РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT

ILMIY-AMALIY JURNAL

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2008 году

№ 1–2 / 2011 (10)

ТАШКЕНТ — 2011

Адрес редакции:
Узбекистан, г. Ташкент, 100109,
Сабир-Рахимовский район, ул. Фароби, д. 3.
Тел.: (8-998-71) 214-50-01
Факс: (8-998-71) 214-50-68
E-mail: niidiv@mail.ru

Редакционная коллегия

Главный редактор Ш.И. Ибрагимов
Зам. гл. редактора С.С. Арифов
Отв. секретарь А.И. Исмагилов
Редактор Г.Е. Полещикова

Абдуллаходжаева М.С., Абидов А.М., Абидова З.М., Ваисов А.Ш.,
Исмаилова Г.А, Кабулов Ш.М., Капкаев Р.А., Мавлянова Ш.З., Маннанов А.М.. Порсохонова Д.Ф.,
Рахматов А.Б., Камилов А.И., Набиев Т.А., Шодиев Х.К., Эшбаев Э.Х., Юлдашев К.А.

Редакционный совет

Абдуллаев М.И.	(Ташкент)	Кошевенко Ю.В.	(Россия)	Самсонов В.А.	(Россия)
Абдусаматов У.А.	(Ташкент)	Кубанов А.А.	(Россия)	Сергеев Ю.В.	(Россия)
Алимов Б.Д.	(Ташкент)	Кубанова А.А.	(Россия)	Собиров У.Ю.	(Ташкент)
Антонов В.Б.	(Россия)	Кунгуров Н.В.	(Россия)	Степаненко В.И.	(Украина)
Бескровная Л.В.	(Ташкент)	Мавлянов И.Р.	(Ташкент)	Тилавбердыев Ш.А.	(Ташкент)
Болтабаев М. Б.	(Киргизстан)	Муталова З.Д.	(Ташкент)	Халидова Х.Р.	(Ташкент)
Гафурахунов М.А.	(Ташкент)	Назаров О.А.	(Ташкент)	Ходжиметов А.А.	(Ташкент)
Даминов Т.А.	(Ташкент)	Пакирдинов А.Б.	(Андижан)	Шиманская И.Г.	(Белоруссия)
Жуматова Г.Г.	(Казахстан)	Рейимкулиев Б.Р.	(Туркменистан)	Якубович А.И.	(Россия)
Караев З.А.	(Азербайджан)	Рознатовский К.И.	(Россия)		
Касымов О.И.	(Таджикистан)	Рубинс А.Я.	(Латвия)		

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан при защите докторских и кандидатских диссертаций.

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации.
Регистрационный номер №0546 от 03.09.2008 г.
Журнал выходит 4 раза в год.

Редакция не несет ответственности за достоверность излагаемых фактов
и не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать 04.05.2011. Формат 60×84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 22,32. Тираж 500. Заказ №202.

ДП «Niso poligraf». 100182, Ташкент, ул. Х. Байкаро, 41.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Ш.И. Ибрагимов, С.С. Арифов, А.И. Исмагилов. Научные достижения дерматовенерологической науки в РСНПМЦ ДиВ 7

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Ш.З. Мавлянова , О.В. Извекова, Д.А. Тешабаева, Ш.А.Гулямова, Ш.А. Тиллавбердиев. Особенности иммунной системы у больных атопическим дерматитом на фоне иммунокорригирующей терапии 11

К.Н. Хаитов. Проективные методы исследования психологического состояния детей, страдающих псориазом 14

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Д.Ф. Порсохонова, А.М. Абидов, У.Ю. Собиров, Э.Х. Эшбоев, Х.Р. Халидова. Рациональная диагностика негонококковых ИППП у пациентов с репродуктивными нарушениями и воспалительными процессами мочеполовых органов 19

КОСМЕТОЛОГИЯ

А.Б. Рахматов. Проблемы комплексной терапии больных угревой болезнью 22

Е.Н. Шупенько, В.И. Степаненко. Угревая болезнь: анализ факторов этиопатогенеза, клинических форм и современных методов лечения. Перспективное направление дальнейшего изучения проблемы 24

Э.Г. Ким. Коррекция рубцовых повреждений кожи методом повторной лазерной абляции 42

В.И. Степаненко, Л.Я. Федорич, Ю.В. Суховерша, П.В. Федорич. Использование ультразвукового диагностического сканирования в изучении динамики состояния рубцовых постакне при их лечении лонгидазой 44

ОБМЕН ОПЫТОМ

А.Б. Рахматов. Лечение поверхностных микозов гладкой кожи кремом «Тербизил» 51

Ш.И. Ибрагимов, Т.Ф.Суюмов, У.А. Маматкулов, М.Р. Махсудов. Изучение состояния степени эндогенной интоксикации у больных гнездной алопецией 54

З.Р. Камолов. Контаб в комплексной терапии больных кожным лейшманиозом 56

Б.Д. Алимов. Результаты анализа системы знаний по вопросам профилактики ИППП и сексуального образования среди подростков 59

С.Ф. Аляви. Энзимотерапия больных артропатическим псориазом 62

Р.Л. Степаненко, Т.С. Коновалова. Папилломавирусная генитальная инфекция: современные методы диагностики и лечения 65

Йўлдошев К.А., Хакимов Д.Р. Асаб тизими захмининг беш йил ичида ривожланганлик ҳолати 74

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

А.М. Маннанов, У.Ш. Рихсиев, К.К. Юлдашев, О.К. Алимханов. Особенности течения опоясывающего лишая у детей 76

С.С. Арифов, Д.С. Джалилов, С.С. Халимов, И.Т. Насретдинов. Случай врожденного ограниченного гипертрихоза 78

Д.Х. Абдиева, М.Л. Арипова. К вопросу о синдроме Блоха-Сульцбергера 80

С.С. Арифов, А.Б. Рахматов, А.М. Абидов, Б.А. Исабаев. Случай патомимии 82

С.С. Арифов, Б.Т. Саатов, Л.В. Епишева, Р.В. Епишев. Случай комедонового невуса 84

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

Венерология

Д.М. Абдуллаев, Р.М. Нарзикулов. Лечение остроконечных кондилом иммуномодулятором гепон 88

А.М. Абидов, Д.Ф. Порсохонова, У.Ю. Сабиров, Г.Р. Ибрагимова. Уровень информированности о распространении ИППП среди женщин, страдающих ВЗМОТ 88

З.М. Абидова, М.А. Мирсаидова. Цитологические изменения шейки матки при нарушении микрофлоры влагалища (обзор литературы) 89

А.М. Абидов, К.А. Юлдашев, Н.Р. Исамухамедова, К.А. Агаханян. Результаты обследования на урогенитальные инфекции у мужчин с репродуктивными нарушениями 90

А.М. Абидов, Н.Р. Исамухамедова. Профилактика цитомегаловирусной инфекции 91

А.М. Абидов, К.А. Агаханян. Частота встречаемости ИППП у пациентов с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта 92

А.М. Абидов, К.А. Юлдашев, Н.Р.Исамухамедова. ПЦР диагностика урогенитальных инфекций у пациентов с репродуктивными нарушениями 92

З.М. Абидова, Ф.В. Азимова. Определение видового состава возбудителей орофарингеального кандидоза у больных ВИЧ-инфекцией 93

З.М. Абидова, Т.А. Набиев, Х.Т. Исраилов, К.И. Файзиев, С.С. Турсунов. Возможность применения раствора «Куриозин» для наружного применения при проявлениях генитального герпеса 94

Г.А. Безкоровайная. Скрининговые исследования супрессии выработки андрогенов и эстрогенов под влиянием секс-трансмиссивных урогенитальных инфекций 95

Г.М. Бишманова. Современные представления о вагинальном кандидозе 95

О.А. Воронова, Н.В. Зильберберг, Н.П. Евстигнеева, И.Ф. Вишневская. Этиотропное лечение бактериального вагиноза, обусловленного ATOPOBIUM VAGINAE 96

А.П. Горбунов, Н.И. Скидан, Д.В. Орехов, Н.П. Евстигнеева, Н.В. Щербакова, Л.И. Юровских, В.Н. Тамбулова. Условно-патогенная микрофлора при негонококковых уретритах 97
Н.П. Евстигнеева, Ю.Н. Кузнецова, А.Г. Сергеев, О.О. Михайлова, А.В. Резайкин. Генетическая внутривидовая неоднородность штаммов Mycoplasma hominis, выделенных от пациенток с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта 97
Ш.И. Ибрагимов, М.А. Мирсаидова. Роль инфекций, передаваемых половым путем, в возникновении неопластических процессов шейки матки (обзор литературы) 98
С.В. Иванов, Л.В. Сологуб. Некоторые аспекты добровольного консультирования и тестирования пациентов с ИППП при разработке программных мероприятий противодействия ВИЧ/СПИДу в Украине 99
Ш.М. Кабулов, С.Х. Исаев. Биохимические показатели крови у ВИЧ-негативных больных с генитальным герпесом 100
О.М. Каримов, Г.А. Исмаилова. Клинико-эпидемиологическая характеристика и современные аспекты терапии пациентов с генитальным герпесом 101
Н.К. Левчик, В.И. Сурганова, М.В. Пономарева. Результаты изучения содержания бензилпенициллина и цефтриаксона в крови в процессе терапии больных сифилисом 101
А.К. Мангитов, Р.И. Исроилов, К.А. Юлдашев, В.А. Абищала. Тажрибавий захмда жигарнинг патоморфологияси. 102
Т.А. Набиев, З.М. Абидова, Х.Т. Исроилов. Генитал учуқ касаллигида I ва II тип учуқ вирусларининг аниқланиш даражаси 102
Н.А. Неронова, А.И. Якубович, Т.Ю. Тонкошкурова, Б.Я. Власов, А.В. Аталян, Е.В. Батунова. Особенности содержания лимонной кислоты в эякуляте у мужчин с хроническим урогенитальным трихомониазом и патоспермией 103
С.Р. Османова, С.В. Ротанов. О применении иммунохроматографических тестов с целью скрининга сифилитической инфекции 104
Д.Ф. Порсохонова, М.Л. Росстальная, Э.Х. Эшбоев, Ю.А. Алимухамедова. Сопутствующие инфекции урогенитального тракта у пациенток с остроконечными кондиломами гениталий 104
О.Д. Пурышкина, Л.В. Сологуб, С.В. Иванов. Аппендикулярно-генитальный синдром при гонорее 105
С.Н. Раздайбедин. Лечение герпетической инфекции 106
У.Ю. Сабиров, Д.Ф. Порсохонова, А.М. Абидов, Г.Р. Ибрагимова. Анализ результатов анкетирования больных с репродуктивными нарушениями — жителей города Ташкента 107
В.И. Степаненко, Т.С. Коновалова, Е.П. Шевченко. Комплексный подход к диагностике и лечению мочеполового кандидоза у женщин 108
В.И. Степаненко, Е.П. Шевченко, Т.С. Коновалова. Рациональная диагностика урогенитальных микст-инфекций 109
А.Ю. Туркевич. Новый алгоритм лабораторной диагностики для дифференциации некоторых заболеваний урогенитальных путей 110
Х.Р. Халидова, Ф.Х. Набиев, И.А. Субботина, А.К. Мангитов. Герпесвирусные инфекции в урогенитальном тракте ВИЧ-инфицированных больных с эпидемическим типом саркомы Капоши и хроническими дерматозами 111
Х.Р. Халидова, Г.А. Исмаилова, М.А.Мирсаидова. Серологический скрининг Human herpes virus type 8 (HHV-8) в различных группах пациентов 112
К.А. Юлдашев, Б.Т. Таджибаев, Ш.А. Джалилова, Д.С. Мухитдинова, В.Д. Цой, З.В. Мирзанеметова, Н.К. Курбанова. 7-летний анализ результатов обследования женщин, относящихся к группе риска, в г. Ташкенте 112
К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, Н.К. Курбанова. Захмдаги серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларда эндоген интоксикация ҳолати 113
К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, Н.К. Курбанова. Захмдаги серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларда ички касалликлар кўрсатгичлари 113
К.А. Юлдашев, Н.Д. Ташпўлатов. Одамдаги иммунтанқислик вируси (ОИВ) билан зарарланган беморда Капоши саркомасининг кўзатилиши 114
К.К. Юлдашев, А.М. Абидов. Психоэмоциональные расстройства сексуальных потребностей у больных с нарушением эректильной функции 115
К.К. Юлдашев, М. Маннанова. Результаты комплексного лечения больных с эректильной дисфункцией на фоне хламидийной инфекции 115
К.К. Юлдашев, А.М. Маннанов. Оценка эффективности алгоритма комплексного лечения больных с эректильной дисфункцией на фоне хламидийной инфекции 116
К.К. Юлдашев, А.М. Абидов. Некоторые показатели эндотелиальной функции у больных с эректильной дисфункцией 116
К.К. Юлдашев, А.М. Абидов, А.М. Маннанов. Результаты анкетирования больных с эректильной дисфункцией на фоне хламидийной инфекции и без нее 116
А.И. Якубович, А.Р. Корепанов. Социально-эпидемиологическая характеристика пациентов кабинета анонимного обследования и лечения 117

Дерматология

Д.Х. Абдиева, М.Л. Арипова. К вопросу диагностики чесотки 118
Д.Х. Абдиева, М.Л. Арипова. Скабиозная лимфоплазия у детей 118
Д.М. Абдуллаев, Р.М. Нарзикулов. Применение гепона в лечении опоясывающего лишая 119
Д.М. Абдуллаев, Р.М. Нарзикулов. Новые подходы в лечении очаговой склеродермии иммуномодулятором «Гепон» 119

К.А. Абдуллаходжаев, У.А. Маматкулов, М.Р. Махсудов, Ш.У. Собиркулов. Морфологическая картина кожи у больных витилиго ... 120
З.М. Абидова, Н.Д. Икрамова. Терфалин в лечении больных дерматомикозами ... 120
З.М. Абидова. Терапевтические возможности фармакотерапии микозов и онихомикозов стоп ... 121
М.А. Адылов. Монооксигеназная ферментная система при алопеции ... 122
Б.С. Азизов. Применение препарата «Фунготербин» при лечении микозов кожи ... 122
Ф.В. Азимова, З.М. Абидова. Характеристика дерматозов у ВИЧ-инфицированных пациентов ... 123
М.Д. Алиев, Т.К. Харатишвили, М.Б. Дорошенко, М.А. Юлдашев. Современные неинвазивные методы визуализации в ранней диагностике опухолей кожи ... 124
С.С. Арифов, Б.Т. Саатов, А.И. Исмагилов. Методы терапии витилиго ... 126
С.С. Арифов, Ф.В. Азимова, Б.Т. Саатов, Н.Д. Икрамова, Н.Б. Бойназаров. Значение окислительного стресса при витилиго ... 127
С.С. Арифов, Б.Т. Саатов, Р.И. Исанбаева. Совершенствование терапии витилиго ... 127
С.Б. Ахмадиева. Современные проблемы розацеа и демодекоза ... 128
Ш.К. Ахмедов, У.Х. Шодиев. Применение гентридерма при лечении красного плоского лишая ... 129
Ш.К. Ахмедов, Д.М. Абдуллаев. Эффективность препарата «Антигелмент» при лечение строфулюса ... 129
Е.М. Баклыкова. Оценка качества жизни больных псориазом ... 130
М.Р. Баратова. Иммунологические показатели у больных экземой ... 131
А.П. Горбунов. Комбинированный метод лечения псориаза ... 132
А.М. Давуров, М.С. Давурова, Г.И. Шамсиева. Новый подход в диагностике грибковых заболеваний ... 132
Д.С. Джалилов, Т.П. Рахматов, Б.А. Исабаев, З.М. Сулакадзе. Терапия ладонно-подошвенных кератодермий ... 133
З.С. Джетписбаева. Восстановительная терапия при болезнях волос ... 134
Е.Л. Евдокимов. Провоцирующие факторы и качество жизни у детей с хроническими дерматозами ... 135
Ш.И. Ибрагимов, Г.И. Шамсиева. Комплексная терапия больных онихомикозами ... 135
Ш.И. Ибрагимов, С. Собиров. Характеристика нейрофизиологических показателей у больных псориазом ... 136
Ш.И. Ибрагимов, А.Ю. Шмидт. Психологическое обследование больных различными дерматозами среди старших возрастных групп ... 137
Ш.И. Ибрагимов, Р.С. Исматов, У.А. Маматкулов. Изучение взаимосвязи показателей липидов и процессов перекисного окисления липидов у больных псориазом ... 137
Ш.И. Ибрагимов, Х.Р. Халидова, Н.А. Абдурахманова, И.Т. Карабаева. Герпесвирус человека 8 типа (HHV-8) в гистологических образцах кожи больных различными типами саркомы Капоши ... 138
Б.А. Исабаев. Особенности клиники и лечения опоясывающего лишая ... 139
З.Р. Камолов. К вопросу лечения кожного лейшманиоза ... 139
Ш.З. Мавлянова, Г.Ш. Гулямова. Оценка дерматологического индекса качества жизни у больных атопическим дерматитом ... 140
Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова, А.Ш. Иноятов. Оценка индекса SCORAD на фоне применения иммунокорригирующей терапии ... 141
Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова. Ретроспективный анализ больных токсикодермией ... 142
Ш.З. Мавлянова, М.Ф. Яхшиева, И.С. Амбарцумян, Н.Х. Усманова, А.Н. Рузикулова, А.Ю. Шмидт. К вопросу клинического течения себорейного дерматита ... 143
Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова. Генетические аспекты атопического дерматита ... 144
Ш.З. Мавлянова, Д.А. Тешабаева. Динамика уровня цитокинов IL-4, IL-6 у больных атопическим дерматитом на фоне терапии препаратом «Гемалин» ... 145
А.М. Маннанов, С.М. Ходжаева, В.Ф. Сиразитдинова. Наследственная предрасположенность и клиническое течение гнездной алопеции у детей ... 146
А.А. Маннанов. Показатели иммунитета у детей, больных ограниченной склеродермией. ... 146
А.М. Маннанов, К.Н. Хаитов, А.А. Маннанов. Качество жизни у детей, больных ограниченной склеродермией ... 147
А.М. Маннанов, С.М. Ходжаева, Н.Б. Бабабекова, К.А. Ибрагимова. Хофитол в терапии псориаза ... 147
Б.П. Недобой, П.М. Недобой. САМР-зависимое фосфорилирование белков кожи у больных псориазом ... 148
Х.А. Ниязов. Мохов (лепра) касаллигининг юқиши тўғрисида ... 150
У.Б. Нурматов. Комплексная терапия зооантропонозной трихофитии лобковой локализации ... 151
Р.А. Орипов, У.Х. Шадыев, Н.Х. Исламов. Применение препарата «Селегель» при сухой себорее ... 153
Р.А. Орипов, У.Х. Шадыев. Дайвобет при лечении псориаза ... 153
А.Б. Пакирдинов, У.А. Валихонов. Эффективность солнцезащитного крема «Avene» у больных фотодерматозами ... 154
А.Б. Рахматов. Коррекция метаболического синдрома у больных псориазом препаратом «Гепа-Мерц» ... 155
А.Б. Рахматов. Обоснование использования рексетина в дерматологии ... 156
А.Б. Рахматов, Л.Д. Ходжаева. Глутоксим в терапии больных красным плоским лишаем ... 157
А.Б. Рахматов, Д.С. Джалилов. Алопекси в терапии больных гнездной алопецией. ... 157
А.Б. Рахматов. Локатоп в наружной терапии дерматозов. ... 158
А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов. Микостер в терапии больных онихомикозами ... 159
Т.П. Рахматов. Онихопатии: диагностика и терапия ... 160
С.Г. Свирид, М.В. Гречуха. Еще раз о местном лечении больных экземой ... 162

В.Ф. Сиразитдинова. Течение герпетической инфекции у детей 163
Н.С. Сирмайс, М.В. Устинов. Опыт применения крема «Эловера» в комплексной терапии больных микробной экземой 163
Н.С. Сирмайс, М.В. Устинов. Новые возможности наружной терапии демодекоза и розацеа гелем «Демотен» 164
У.А. Ташкенбаева. Иммунокомплексный тип повреждения тканей при аллергических васкулитах 165
У.А. Ташкенбаева. Влияние комплексного лечения на форму эритроцитов при аллергических васкулитах 166
У.А. Ташкенбаева. Изменение формы эритроцитов при аллергических васкулитах 166
У.А. Ташкенбаева. Патогенетическое обоснование фармакотерапии аллергических васкулитов 167
У.А. Ташкенбаева. Влияние уровня фактора некроза опухоли и интерлейкина IL–1β на развитие повреждений в коже больных аллергическим васкулитом 167
Ф.В. Тураходжаева. Взаимосвязь изменений иммунной системы и индекса PASI у детей, больных псориазом 168
Ф.В. Тураходжаева. Взаимосвязь изменений иммунной системы и индекса PASI у детей, больных псориазом 168
Ф.В. Тураходжаева. Дисбиотическое состояние кишечника у детей, страдающих псориазом 169
З.Х. Убайдуллаев. Особенности клиники и терапии больных разноцветным лишаем 170
А.В. Фазылов, Р.М. Гайсена, А.С. Югай, Э.Ш. Айталиев. Изучение особенности микрофлоры, вызывающей гнойно-воспалительные заболевания кожи у работников железнодорожной отрасли 171
А.В. Фазылов, Э.Ш. Захидова М.З., К. Касымбекова. Опыт работы кафедры врача общей практики по преподованию цикла дерматовенерологии 171
А. Е. Федоренко, Л.А. Федоренко. Патология кожи как медико-психологическая проблема 172
А.Е. Федоренко, Л.А. Федоренко. Лечение в кабинете галоаэрозольной терапии и психо-эмоциональный статус больных экземой 173
К.Н. Хаитов, Ф.В. Тураходжаева, М.А. Мукаррамов, Н.Б. Бабабекова, Д.Д. Рихсиева. Клеточный иммунитет и цитокиновый статус у детей, больных псориазом 174
Х.Р. Халидова. Про- и противовоспалительные цитокины в регуляции иммунного ответа у больных саркомой Капоши 174
Х.Р. Халидова. Характеристика экспрессии генов P53, BCL-2, PCNA при различных типах саркомы Капоши 175
Х.Р. Халидова, Ф.Х. Набиев, И.А. Субботина. Частота выявления хронических дерматозов у ВИЧ-инфицированных пациентов 176
Ф.Ш. Хамидов, Ш.А. Хамидов, А.Б. Пакирдинов. Лечение нейродерматозов с расстройствами нервной системы вамеланом 176
Ф.Ш. Хамидов. Влияние метаболита Д3 кальцитриол на монооксигеназную функцию печени у больных пузырчаткой 177
Ш.А. Хамидов, Ф.Ш. Хамидов. Эффективность энтеросорбента «Фильтрум-сти» у больных вульгарным псориазом 177
Ш.А. Хамидов, Ф.Ш. Хамидов. Препарат «Йоддицерин» в диагностике герпетиформного дерматоза Дюринга 178
Ш.А. Хамидов, Ф.Ш. Хамидов, А.И. Исмаилов. Настойка «Витодерм» в терапии стрептококковой импетиго 179
У.Х. Шадыев, М.Р. Баратова. Современные подходы к лечению алопеции 179
У.Х. Шадыев, Л.А. Саламова. Анастим — средство для стимуляции роста волос 180
Г.И. Шамсиева. Современные взгляды на диагностику и лечение онихомикозов 180
С.А. Шураева, Б.А. Магрупов. Элидел в терапии больных витилиго 181
Э.Х. Эшбоев, Я.М. Файзиев. Мохов касаллигининг оилада ёки оиладан ташқарида учраши тўғрисида 181
Э.Х. Эшбоев. Самарқанд вилояти худудидаги лепрозориянинг очилиши тўғрисида 182
А.А. Якубов, А.С. Якубова. Лечение угревой болезни 183
F.Sh. Xamidov, A.B. Pakirdinov, A.I. Ismailov, K. Yorkulov, A. Saloxiddinov, K.Z. Botirov, V. Nabiyev. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarda jigar fermentlariga darsil preparatini ta'siri 183

Косметология 184

С.С. Арифов, Р.И.Исанбаева, А.А. Абдурашидов, М.В. Байрашова, Ж.Г. Шоумаров. Некоторые клинико-анамнестические показатели при угревой болезни 184
У.А. Валиханов, А.Б. Пакирдинов, М. Х. Салохиддинова. Эффективность зинерита у больных вульгарными угрями 184
Г.Ш. Гулямова, Р.И. Исанбаева. Опыт применения препарата «Скинорен» при лечении розацеа 185
Р.И. Исанбаева, Г.Ш. Гулямова. Опыт применения Скинорен 15% геля при лечении вульгарных угрей 186
А.И. Исмагилов, Д.М. Комолов, Д.Х. Муллахонов, М.А. Абдуллаев, З.Аширов. Применение 1% крема «Терфалин» в лечении микоза стоп 187
Д.Р. Каримбердыев, Р.Э. Исанбаева, С.С. Арифов, А.А. Абдурашидов. Лечение угревой болезни 187
А.В. Клименко. Диагностика и комплексное лечение акне и акнеподобных дерматозов 188
А.М. Коваленко. Современные подходы к лечению онихокриптоза 189
А.Б. Пакирдинов, У.А. Валиханов, И.К. Каримова. Лечение повышенной пигментации кожи отбеливающей серией «Биора-Лотос» 189
А.Б. Рахматов, Н.В. Мирхамидова. Депидерм в терапии гиперпигментированных пятен 190
А.Б. Рахматов. Перспективы использования специального драже Мерц в дерматокосметологии 191
Н.С. Сирмайс, В.В. Владимиров. Аппарат «Photodyn 750» — новое в терапии различных дерматозов 192

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ В РСНПМЦ ДиВ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, С.С. АРИФОВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

РИД ва ВИАТМ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯСИНИНГ ИЛМИЙ ЮТУКЛАРИ

Ш.И. Ибрагимов, С.С. Арифов, А.И. Исмагилов

Маколада РИД ва ВИАТМ томонидан дерматовенерологик илмида олинган асосий натижалар баён этилган.

SUMMARY

ACHIEVEMENT OF DERMATOVENEROLOGY SCIENCE IN DERMATOVENEROLOGY CENTER

Sh.I. Ibragimov, S.S. Arifov, A.I. Ismagilov

Mean of achievement of dermatovenerology science in dermatovenerology center have been described in the article.

В настоящее время целью реформирования системы здравоохранения, в частности, дерматовенерологиче ской службы, являются обеспечение ее высококачественными кадрами, разработка эффективных методов диагностики, лечения и профилактики кожных и венерических заболеваний на основе доказательной медицины.

В Уставе и Положении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии (далее — Центр) определены цель и задачи центра. Одной из приоритетных задач является проведение научных исследований, направленных на разработку и внедрение в медицинскую практику современных и эффективных методов, технологий, профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных дерматовенерологических заболеваний.

С 2009 года в Центре выполняются 7 прикладных, 2 международные грантовые работы, а также 1 фундаментальный и 1 прикладной грант молодых ученых отдела по координации научно-исследовательской деятельности МЗ РУз, посвященные изучению актуальных проблем дерматовенерологии.

В данной статье изложены фрагменты основных научных достижений, полученных в ходе выполнения грантовых работ.

В настоящее время определен ряд СПИД-ассоциированных дерматозов. Среди них ведущее место занимает саркома Капоши (СК). СК в группе ВИЧ-инфицированных больных составляет 18 %. Риск развития СК у этой категории лиц в 300 раз выше, чем у получавших иммуносупрессивную терапию. В связи с актуальностью данной проблемы проводится грантовое исследование на тему: *«Разработка современных методов диагностики, профилактики и лечения СПИД-ассоциированного дерматоза — саркомы Капоши с учетом клинико-иммунологических и иммуноморфологических исследований»,* руководителем которого является д.м.н. Ш.И. Ибрагимов. В данном гранте участвуют 12 сотрудников Центра.

Проведено клинико-лабораторное обследование 30 больных саркомой Капоши, 69 ВИЧ-инфицированных и 56 ВИЧ-негативных пациентов с подозрением на СК. При изучении гистопатологии определены 3 морфологических варианта СК. Исследователи данного гранта пришли к следующим выводам:

1. Выявленная недостаточность продукции интерлейкина-8 (ИЛ-8), фактора некроза опухоли (TNF-ά) отражает нарушение функциональной активности иммунокомпетентных клеток и активации хелперов 2 порядка. Снижение продукции интерлейкинов может способство-

вать развитию и персистенции вирусной инфекции.

2. Обнаружение последовательностей герпесвируса человека 8 типа (HHV-8) в слюне и уретральном соскобе у ВИЧ пациентов с другими дерматозами свидетельствует о распространенности вируса. Таким пациентам необходимо диспансерное наблюдение и ПЦР-контроль.

3. Высокая экспрессия мутантного гена p53 (80 % опухолевых клеток имеют этот маркер) свидетельствует об агрессивном поведении опухоли.

Как показывают данные литературы, в последнее время отмечается рост больных, страдающих псориазом, особенно среди детей, как правило, с осложненными формами данного дерматоза. Этой проблеме посвящена вторая грантовая работа — *«Разработка методов патогенетической терапии наследственно обусловленных дерматозов (псориаз, кератодермии)».* Руководителем данного гранта является д.м.н., профессор А.Б. Рахматов; в нем участвуют 11 сотрудников Центра.

Проведено обследование и лечение 25 больных с различными проявлениями ладонно-подошвенной кератодермии в возрасте от 3 до 65 лет и 46 больных псориазом в возрасте от 14 до 63 лет. Полученные результаты исследования показали, что в крови у больных ЛПК до лечения отмечалось достоверное увеличение ФНО-*α* по сравнению с контрольной группой. Уровень ИЛ-4 у больных ЛПК был достоверно ниже, чем в контрольной группе. Представленные данные свидетельствуют о том, что пролиферация кератиноцитов, играющая ключевую роль в развитии кератодермии, регулируется многими рецепторными системами для цитокинов. В крови у больных псориазом до лечения отмечалось достоверное увеличение ФНО-α по сравнению с контрольной группой, кроме того, этот показатель повышался с утяжелением кожного процесса. Уровень ИЛ-4 был также достоверно повышен по сравнению с контрольной группой и также реагировал на тяжесть течения кожного процесса. Результаты изучения показателей эндогенной интоксикации при псориазе выявили, что показатели ССЭ и СМП были повышены по отношению к контрольной группе. Ученые данного гранта считают, что полученные результаты позволяют разрабатывать патогенетически обоснованные методы терапии с учетом коррекции цитокинового статуса и эндогенной интоксикации, поскольку последние показатели могут влиять как на клиническое течение процесса, так и на прогноз заболевания.

Изыскание новых методов диагностики, лечения различных урогенитальных инфекций негонококковой этиологии (хламидиоз, микоплазмоз и др.) и их сочетание все еще остаются актуальными для дерматовенерологов, урологов и акушер-гинекологов. В связи с этим проводится грантовая работа *«Разработка и внедрение рациональной диагностики, лечения и профилактики для пациентов с репродуктивными нарушениями, обусловленными негонококковыми ИППП в г. Ташкенте»*. Руководитель — к.м.н. А.М. Абидов. В данном гранте участвуют 10 сотрудников Центра.

Бактериологическое обследование проведено у 118 пациентов (мужчин — 67, женщин — 51 в возрасте от 18 до 45 лет) с воспалительными процессами урогенитального тракта и репродуктивными нарушениями, проживающих в Алмазарском (28 (50,9 %) чел.), Юнусабадском (15 (27,2 %) чел.) и Чиланзарском (12 (21,8 %) чел.) районах.

Всем пациентам проведены клинико-лабораторные исследования, включающие исследование отделяемого половых путей на урогенитальные ИППП, с помощью ПЦР, бактериологической и ультразвуковой диагностики.

Клинико-инструментальные методы обследования показали, что у 21 (70 %) мужчины при помощи ультразвуковой диагностики (УЗД), уретроскопии, ректального исследования простаты выявлены осложнения в виде хронического простатита, везикулита, а исследование спермоплазмы — изолированные нарушения спермы. У 17 (68 %) женщин наблюдались осложнения в виде сальпингоофорита, эндометрита. Анализ анамнестических данных у женщин показал наличие репродуктивных нарушений в виде первичного бесплодия — у 2, вторичного бесплодия — у 2, самопроизвольных выкидышей — у 1 пациентки.

При бактериологическом исследовании отделяемого половых путей из 55 обследованных уреаплазменная инфекция была обнаружена в 25 (45,5 %), хламидийная — в 17 (30,9 %) случаях. Ассоциация уреаплазменной и хламидийной инфекций встречалась в 8 (14,5 %) случаях. Кроме того, микст-инфекция отмечена с такими инфекциями, как трихомонадная, дрожжеподобные грибы рода Candida, гарднереллы и другими инфекциями условно патогенной микрофлоры.

Методом ПЦР диагностики Chlamydia trachomatis была выявлена в 10, Mycoplasma hominis — в 17, Mycoplasma genitalium — в 32 и Ureaplasma urealyticum — в 17 случаях, причем в 98,2 % случаев определялся биовар Parvum. Установлено, что вторичная микрофлора высокочувствительна к цефтриаксону (97,5 % случа-

ев), далее к рокситромицину (75%) и к доксициклину (65%). Ureaplasma urealyticum в 90% случаев чувствительна к азитромицину, который в 94,1% случаев приводил к элиминации возбудителей урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза.

В последние годы пристальное внимание уделяется клиническому течению и лечению инфекций, передаваемых половым путем, у ВИЧ-инфицированных лиц. Из ИППП в этом плане менее изучена рецидивирующая и осложненная формы генитального герпеса (ГГ). Этой проблеме посвящена научная работа на тему: *«Совершенствование методов терапии рецидивирующих и осложненных форм генитального герпеса на основании комплексного изучения этиопатогенеза у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-негативных больных».* Руководитель — д.м.н. З.М. Абидова; в данном гранте участвуют 16 сотрудников Центра.

Проведено клинико-анамнестическое наблюдение и лечение 70 больных с ГГ, из них 35 больных вне ВИЧ и 35 больных на фоне ВИЧ-инфекции, подтвержденной в иммуноблоте. Возраст пациентов колебался от 20 до 59 лет (в среднем — 33 года); давность заболевания в среднем составила от 3 месяцев до 5 лет. Среди 9 обследованных больных при микробиологических и серологических исследованиях обнаружены Gard.vaginalis — у 3, Ur.urealiticum — у 2, Myc. Hominis и Candida albicans — у 2 больных, а также у 2 пациентов серологически установлен сифилис ранний скрытый. Клиническое течение ГГ в группе пациентов вне ВИЧ-инфекции характеризуется преобладанием везикулезной формы поражения. В группе ВИЧ-инфицированных больных с ГГ наблюдается увеличение числа эрозивно-язвенных форм поражения до 51,4% случаев. Проводится терапия больных с применением препарата «Вальтрекс» в форме таблеток и крема «Ациклостад» (Штада), которые способствуют уменьшению количества рецидивов и уменьшают сроки эпителизации эрозивных очагов поражения.

По данным дерматологических учреждений, наблюдается рост больных, страдающих атопическим дерматитом. Самые высокие показатели заболеваемости отмечаются в урбанизированных регионах. Так, например, в Европе в популяции детей, родившихся до 1960 года, распространенность атопического дерматита колебалась от 1,4 до 3,1%, у родившихся в 1960–1970 годы она увеличилась до 3,8–8,8%, а среди рожденных после 1970 года выросла до 20,4%. Терапия данного дерматоза представляет значительную трудность из-за недостаточной изученности его этиологии и патогенеза. В связи с этим проводится грантовая работа *«Разработка нового метода диагностики и оптимальных методов терапии, профилактики атопического дерматита».* Руководитель — д.м.н. Ш.З. Мавлянова; в данном гранте участвуют 9 сотрудников Центра.

Было обследовано 50 больных с атопическим дерматитом (мужчин — 23, женщин — 27) в возрасте от 10 до 65 лет и давностью заболевания от 1 года до 16 лет.

У больных АД отмечается комбинированная иммунологическая недостаточность хелперного характера с микст-бактериальной сенсибилизацией, что сопровождается высоким уровнем IgE, субклассов IgG 1 и IgG 4, способствующих длительному течению заболевания и поддержанию аллергического процесса в организме больных. Повышение концентрации IgG 1 в 2,2 раза по сравнению со значениями здоровых лиц, а также при значении показателя IgG 4 > 0,9 мг/мл, определяет тяжелую степень клинического течения АД с бактериальной сенсибилизацией. Полученные данные имеют важное значение при разработке оптимальных методов патогенетической терапии.

С целью оптимизации терапии больным АД назначали иммунокорригирующий препарат «Гемалин» на фоне традиционной комплексной терапии. Для изучения эффективности иммунотерапии больные АД были разделены на 2 группы: контрольная группа — больные АД (15), получавшие в комплексной терапии иммуномодулин, и основная группа (35), получавшая гемалин. Всем больным проводились иммунологические и микробиологические исследования, определение индекса SCORAD, ДИШС, ДИКЖ.

Патогенетическая терапия больных АД с применением отечественного препарата «Гемалин» способствовала повышению терапевтического эффекта, характеризующегося положительной динамикой клинического течения (снижение индексов SCORAD, ДИШС, ДИКЖ), коррекцией общего иммунного статуса, цитокинового статуса, снижением микс-бактериальной сенсибилизации.

Известно, что витилиго является распространенным заболеванием и по данным литературы им страдает около 1–2% населения земного шара. Эпидемиологические исследования по распространенности кожных болезней, проведенные научными сотрудниками НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз

(2002–2005 гг.), показали, что приблизительно 1,2% населения Республики Узбекистан страдают витилиго. Данный дерматоз среди кожных заболеваний составляет 8,2%. Рост заболеваемости витилиго среди детей, молодежи, лиц трудоспособного возраста придает этому заболеванию определенное социальное значение. Укоренившееся неверное представление о природе этого дерматоза приводит к негативному отношению к лицам, имеющим белые пятна на коже, а упорное и длительное течение заболевания, слабая эффективность лечения усиливают его социальную значимость.

В настоящее время наиболее признанными теориями возникновения витилиго являются нейрогенная, эндокринная и иммунная, а также теория самодеструкции меланоцитов. Кроме того, определен ряд внутренних и внешних факторов, играющих важную роль в развитии дерматоза: фактор роста опухолей, цитокины и воспалительные медиаторы, антиоксидантная защита, окислительный стресс и др. Несмотря на многочисленные исследования этиологии и патогенеза витилиго, вопросы эффективности терапии не удовлетворяют ни больных, ни врачей.

Учитывая данную ситуацию в Центре проводится грантовая научно-исследовательская работа *«Разработка патогенетического метода терапии витилиго с применением нанотехнологий».* Руководитель — д.м.н., профессор С.С. Арифов; в данном гранте участвуют 10 сотрудников.

У больных витилиго выявлено увеличение концентрации в крови фактора некроза опухоли-α (TNF-a), интерлейкина-6 (IL-6), что свидетельствует о наличии нарушения состояния иммунной системы и подтверждает мнение о важной роли иммунных реакций в патогенезе заболевания. Выявлено уменьшение количества функционирующих меланоцитов или их полное отсутствие в витилигинозной коже.

Впервые изучен фракционный состав фосфолипидов кожи у больных витилиго. Установлено значительное изменение количественного состава фосфолипидов как в депигментированной, так и, особенно, в непораженных участках кожи больных, которое выражается в достоверном увеличении уровня ЛФХ, а также кислых фракций фосфолипидов (ФС, КЛ, ФК) на фоне снижения нейтральных (ФХ, ФЭА).

Показано, что по качественному составу белковой фракции показатели сыворотки крови больных витилиго практически не отличаются от аналогичных показателей здоровых лиц. При исследовании в процентном соотношении отдельных фракций белков в сыворотке крови в норме и патологии были выявлены определенные различия. В отличие от нормы в сыворотке крови больных витилиго выявляется тенденция к снижению процентного соотношения альбумина и гаммаглобулиновой фракции. На основании проведенных клинико-биохимических исследований патогенеза витилиго в сотрудничестве с сотрудниками Института биохимии АН РУз разработан липосомный препарат, предназначенный для лечения витилиго, изучены его токсичность и действие на состояние окислительного стресса, показана эффективность при монотерапии в сочетании с фотохимиотерией.

За годы выполнения грантовых работ научными сотрудниками Центра опубликовано более 550 научных работ, из них 134 за рубежом, 15 информационных писем, 40 методических рекомендаций, 10 монографий, 2 учебника, более 11 авторских свидетельств, защищены 3 докторские и 20 кандидатских диссертаций. Результаты научных исследований доложены на 23 международных и 16 республиканских конгрессах и внедрены во всех дерматовенерологических учреждениях Республики Узбекистан. Разработанные методы диагностики, лечения в виде готовой продукции были представлены на 4 Республиканских ярмарках инновационных идей и технологий (2008–2011 гг.).

Таким образом, реализация грантовых программ позволила совершенствовать методы ранней диагностики, разработать эффективные методы профилактики и лечения дерматозов, дерматомикозов, ИППП и внедрить их в практику здравоохранения.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, О.В. ИЗВЕКОВА, Д.А. ТЕШАБАЕВА, Ш.А. ГУЛЯМОВА, Ш.А. ТИЛЛАВБЕРДИЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИЯ ФОНИДА ИММУН ТИЗИМИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ш.З. Мавлянова, О.В. Извекова, Д.А. Тешабаева, Ш.А. Гулямова, Ш.А. Тиллавбердиев

Ушбу мақолада атопик дерматит билан касалланган беморларда гемалин дори воситаси билан олиб борилган иммункоррекция терапияси фонида иммун тизимидаги ижобий ўзгаришлар кўрсатилган.

RESUME

FEATURES OF THE IMMUNE SYSTEM IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS DURING IMMUNOCORRECTING THERAPY.

Sh.Z. Mavlyanova, O.V.,Izvekova, D.A. Teshabaeva, G.Sh. Gulyamova, Sh.A. Tillavberdiev

The article presents the nature of the changes of immunological parameters in patients with atopic dermatitis according to clinical form, disease severity and on the background immunocorrecting therapy with gemalin.

В патогенезе развития атопического дерматита наибольшее значение придается иммунологической концепции, основывающейся на понятии атопии как генетически предопределенной аллергии, обусловленной гиперпродукцией реагиновых антител (IgE и/или IgG4) [1 ,2, 3, 5].

По данным литературы, состояние иммунной системы организма в значительной степени определяет клиническую картину заболевания [2, 4, 6].

Цель исследования. Изучение особенностей изменения показателей иммунного статуса у больных атопическим дерматитом в зависимости от клинических форм, давности и степени тяжести заболевания на фоне иммунокорригирующей терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 больных АД (мужчин — 22, женщин — 23) в возрасте от 10 до 65 лет с давностью заболевания от 1 года до 16 лет.

Всем больным проводились клинические (SCORAD, ДИКЖ, ДИШС), иммунологические и микробиологические исследования до и после патогенетической терапии.

Определение относительного количества Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров проводили методом непрямого розеткообразования с использованием иммунореагента — эритроцитов человека 0 (I) группы Rh^-, нагруженных через 3%-ный раствор хлорного хрома моноклональными антителами (производство Института иммунологии, Россия; Залялиева М.В., 2004).

С целью оптимизации терапии АД была разработана патогенетическая терапия, характеризующаяся назначением препарата «Гемалин» на фоне традиционной комплексной терапии. «Гемалин» — препарат отечественного производства, действующим веществом которого является комплекс пептидов животного происхождения. Он обладает иммуномодулирующим действием, стимулирует процесс образования антител, кооперативный иммунный ответ Т- и В-клеток, влияние на функциональную активность макрофагов, Т-лимфоцитов и естественных килеров, а также оказывает подавляющее действие на функциональную активность Т-клеток супрессоров, повышает неспе-

цифический иммунитет организма, в результате чего в несколько раз увеличивается фагоцитоз и уменьшается чувствительность к инфекционным агентам.

Традиционная комплексная терапия характеризовалась назначением гипосенсибилизирующих, антигистаминных препаратов, витаминотерапии группы B,C, для наружного применения — противовоспалительных стероидных препаратов.

Результаты исследования. В зависимости от клинической формы АД эритематозно-сквамозная форма диагностирована у 7, эритематозно-сквамозная с лихенификацией — у 8, экссудативная — у 14, лихеноидная — у 10, пруригинозная — у 6 больных.

В результате клинических исследований с учетом индекса SCORAD у 7 больных отмечена легкая степень (43,8±3,2 баллов), у 26 — средняя степень (64,7±3,3 баллов), у 12 больных — тяжелая степень (86,4±3,2) тяжести АД.

При сопоставлении результатов иммунологических исследований в зависимости от возрастных категорий в изучаемых группах не выявлено достоверных отличий между показателями клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Нами проанализированы результаты иммунологических исследований в зависимости от клинической формы (табл. 1) и степени тяжести заболевания (табл. 2).

Результаты иммунологических исследований у больных АД показали наличие Т-клеточного иммунодефицитного состояния гипохелперного характера по относительному гипоцитотоксическому варианту с признаками активации В-клеточного звена иммунитета и повышения циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), что свидетельствует о развитии аллергических и аутоиммунных процессов в организме.

Таблица 1

Показатели иммунной системы больных АД в зависимости от клинической формы (%)

Клиническая форма	Т-л%	В-л%	Т-х%	Т-с%	ИРИ	ЦИК
Эритематозно-сквамозная (n=7)	52,2±0,6*	19,7±0,8*	30,7±0,8*	19,4±0,5	1,6±0,1*	23,8±1,7*
Эритематозно-сквамозная с лихенификацией (n=8)	50,4±1,5*	20,5±0,5*	31,3±1,5*	19,3±0,5	1,6±0,1*	23,8±1,6*
Экссудативная (n=14)	50,1±0,4*	19,8±0,6*	31,1±0,6*	19,07±0,4	1,6±0,1*	25,3±0,8*
Пруригинозная (n=6)	51,6±0,8*	19,7±0,5*	32,0±0,9*	20,0±0,8	1,6±0,1*	24,0±1,7*
Лихеноидная (n=10)	47,4±3,3*	19,7±0,4*	31,7±0,52*	18,7±0,4	1,7±0,1*	24,0±1,3*
Больные АД (n=45)	50,0±0,4*	20,9±0,3*	31,04±0,3*	19,8±0,2*	1,6±0,03*	24,8±0,4*
Здоровые (n=26)	61,8±2,13	13,3±1,46	36,2±1,2	18,5±1,2	1,9±0,08	14,5±3,18

* — показатель достоверности по сравнению со здоровыми лицами.

Как видно из таблицы, показатели иммунной системы имеют идентичные нарушения во всех клинических формах заболевания, что достоверно отличается от показателей здоровых лиц ($p < 0,05$).

Таблица 2

Показатели иммунной системы у больных АД в зависимости от степени тяжести заболевания (%)

Степень тяжести по индексу SCORAD	Т-л%	В-л%	Т-х%	Т-с%	ИРИ	ЦИК
Легкая (n=7)	50,6±1,2*	19,9±0,7*	31,6±1,4*	18,5±0,3*	1,71±0,09*	24,03±1,7*
Средняя (n=26)	49,7±0,29*	20,11±0,3*	31,7±0,5*	19,7±0,4*	1,7±0,1*	25,03±0,7*
Тяжелая (n=12)	50,36±0,6*	19,73±0,4*	31,18±0,63*	19,2±0,4*	1,7±0,1*	24,02±0,9*
Больные АД (n=45)	50,0±0,4*	20,9±0,3*	31,0±0,3*	19,7±0,2*	1,67±0,03*	24,8±0,4*
Здоровые (n=26)	61,8±2,13	13,3±1,46	36,2±1,2	18,5±1,2	1,9±0,08	14,5±3,18

* — показатель достоверности по сравнению со здоровыми лицами.

Как видно из таблицы 2, во всех клинических формах АД отмечались снижение Т-клеточного звена иммунитета и дисбаланс субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, что привело к статистически достоверному снижению ИРИ по сравнению с группой здоровых лиц, активации В-клеточного звена иммунитета и повышению уровня ЦИК.

Полученные данные свидетельствуют о целенаправленной иммунологической коррекции иммунной системы у больных АД. В связи с этим больным АД (30) на фоне базисной терапии был назначен иммунокорригирующий препарат «Гемалин» внутримышечно через день по схеме: 1-й раз — 1,0 мл, 2-й раз — 1,5 мл, 3-й — 2,0 мл, 4-й — 2,5 мл, 5-й — 3,0 мл, затем 3 дня отдыха, далее по 3,0 мл в/м через день №6. Результаты иммунологических исследований основной группы больных АД, получавших патогенетическую терапию с препаратом «Гемалин», показали положительную динамику коррекции иммунной системы (табл. 3).

Таблица 3

Показатели иммунного статуса у больных АД, получавших гемалин (М±м)

Степень тяжести по индексу SCORAD	Т-л%	В-л%	Т-х%	Т-с%	ИРИ	ЦИК
Больные АД до лечения (n=30)	50,0±0,4	22,3±0,3	31,0±0,3	19,7±0,2	1,5±0,03	24,9±0,06
Больные АД после лечения (n=30)	56,2±0,08* **	19,6±0,32**	34,8±0,08* **	21,4±1,03*	1,6±0,02* **	18,5±1,04* **
Больные АД, получавшие традиционную терапию (n=17)	50,2±0,9	21,1±0,6	30,8±0,3	22,4±0,7	1,4±0,02	20,7±0,4

*— показатель достоверности до лечения.

**— показатель достоверности по отношению к показателям больных, получавших традиционную терапию.

Как видно из таблицы, традиционная терапия не способствовала полной иммунной коррекции показателей иммунного статуса кроме показателей ЦИК. Однако данный показатель статистически достоверно находился на высоком уровне по сравнению с показателями здоровых лиц (P<0,05), тогда как назначение гемалина на фоне комплексной терапии способствовало выраженной коррекции Т-клеточного звена иммунитета, повышению ИРИ в 1,06 раза по сравнению с показателями до лечения, снижению уровней ЦИК (P<0,05).

Положительная динамика патогенетической терапии с применением гемалина была отмечена и в клинических показателях АД, которая характеризовалась снижением индекса SCORAD в 2,2 раза по сравнению до лечения (P<0,05), уменьшением показателей дерматологического индекса ДИШС в 2,2 раза и ДИКЖ до 26,7±0,53 баллов.

Следует отметить, что во время назначения гемалина на фоне комплексной терапии побочных действий (ухудшение общего состояния, обострение кожно-патологического процесса) не отмечено.

Таким образом, патогенетическая терапия больных АД с применением отечественного препарата «Гемалин» способствовала повышению терапевтической эффективности, характеризующейся положительной динамикой клинического течения (снижение индексов SCORAD, ДИШС).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунгуров Н.В. Иммунологические аспекты атопического дерматита. // Вестник дерматологии и венерологии. 1999. №3. С. 14–16.
2. Кунгуров Н.В., Калюжная В.А. Особенности типов течения атопического дерматита. // Вестник дерматологии и венерологии. 2000. №1. С. 19–21.
3. Калюжная Л.Д. Атопический дерматит и сухость кожи. // Русский медицинский журнал. 2009. №3. С. 12–17.
4. Пампура А.В., Святкина О.Б., Бобровская Т.А. и др.. Значение определения ИЛ-4 и ИЛ-5 у детей с атопическим дерматитом для оценки тяжести, течения и прогноза заболевания. // Педиатрия. 2001. №27. С. 13–16.
5. Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Есионова Е.В. Применение препарата «Гемалин» у больных атопическим дерматитом. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2010. №3. С. 49.
6. Огородова Л.М., Козина О.В., Раенко В.Ф., Ломан Э.А. Сравнительная характеристика содержания IgE у детей с атопическими заболеваниями, протекающими на фоне персистирующих инфекций. // Аллергология. 2005. №5. С. 13–16.

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

К.Н. ХАИТОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

РЕЗЮМЕ

ПСОРИАЗ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИНГ ПСИХОЛОГИК ҲОЛАТИНИ ПРОЕКТИВ УСУЛЛАРИ ОРҚАЛИ ТЕКШИРИШ

Қ.Н. Хаитов

Мақола псориаз билан хасталанган 124 та бемор болаларнинг психологик ҳолатини ўрганишга бағишланган. Психологик ҳолатни текшириш мақсадида «Уй-дарахт-инсон», «Оиланинг кинетик расми», «Мавжуд бўлмаган ҳайвон» проектив текшириш усулларидан фойдаланилди.

SUMMARY

PROJECTIVE METHODS OF RESEARCH OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF CHILDREN SUFFERING FROM PSORIASIS

K.N. Khaitov

In the article the results of study of psychological status of 124 children suffering from psoriasis are presented. The projective method with pictorial tests was used — «Kinetic drawing of a family», «A house, tree, human being» «Nonexistent animal».

Псориаз является одной из наиболее распространенных патологий кожи, в общей структуре больных дерматозами доля пациентов, страдающих чешуйчатым лишаем, составляет 12–15%, среди детей его удельный вес колеблется от 8 до 15%, а среди детей, получивших стационарное лечение, от 22 до 30% [1, 2, 6]. Псориаз становится причиной возникновения серьезных психологических проблем, поводом для самоизоляции, социальной дезадаптации. Обострение заболевания приводит к тяжелому эмоциональному дисбалансу, стрессу, неудовлетворенности жизнью, существенным изменениям уровня социально-психологического комфорта и ощущения собственной неполноценности [5]. Среди всех больных псориазом до 5% — пациенты, страдающие выраженными депрессивными расстройствами, а в некоторых случаях, лица с суицидальными мыслями [4, 5, 6]. В свою очередь, переживания и эмоциональное напряжение, снижение качества жизни у больных псориазом отрицательно влияют на течение патологического процесса и эффективность терапии.

Цель исследования. Оценка психологического состояния детей с различными клиническими проявлениями псориаза.

Материал и методы исследования. Оценка психологического статуса проводилась у 124 детей, больных псориазом, в возрасте 5–15 лет с использованием методики рисуночных тестов. По рисуночным тестам «Дом–дерево–человек», «Кинетический рисунок семьи» и «Несуществующее животное» учитывались: анализ структуры рисунка; особенности графических презентаций; детали рисунка; процесс рисования; вербальная оценка самим ребенком процесса рисования; позитивная и негативная значимость некоторых деталей рисунка для самого больного. Рисование — привычная сфера деятельности для многих детей, в связи с чем появляется возможность оценки эмоционального и интеллектуального состояния психики больного. Удобство данной методики для практического применения заключается в ее информативности, а при повторении — в возможности оценки динамики психического состояния. При исследованиях проводился анализ таких признаков невротизации, как тревожность, подавленность, неуверенность в себе, незащищенность, страх, конфликтность, обидчивость, низкая самооценка, нерешительность, проблемы в межличностных отношениях, сложность общения.

Результаты исследования. При проведении рисуночных тестов из 124 обследованных детей 32 отказались выполнять задание, ссылаясь на неумение рисовать, непонимание смысла задания, нежелание рисовать в присутствии наблюдающих, боязнь оценки нарисованного рисунка с точки зрения своих творческих способностей. Однако после доверительной беседы с разъяснением смысла методики, объяснения, что исследование не затрагивает художественные и творческие способности, дети согласились.

При выполнении рисунка *«Дом–дерево–человек»* (*ДДЧ*) некоторые из детей попросили

линейку, но им объяснили, что по условиям инструкции метода ДДЧ рисунок должен быть нарисован от руки.

Анализ рисунка ДДЧ показал следующее: 32 (25,8%) ребенка нарисовали дом маленьким, находящимся вдали, что характеризовало чувство отвергнутости, отчужденности. Рисунок дома с отсутствием дверей свидетельствовал о сложных взаимоотношениях больного с семьей, что он испытывает трудности в стремлении раскрыться перед ее членами. Такого рода рисунки выполнены 17 (13,7%) больными. Нарисованный 26 (20,96%) детьми дымоход дома с густым клубком дыма свидетельствовал о значительном внутреннем напряжении; тонкая струйка дыма или отсутствие трубы (35 (28,23%) детей) — о чувстве недостатка эмоциональной теплоты; закрытые окна или их отсутствие (19 (15,32%) детей) — об отчужденности, враждебности, наличии трудностей в межличностных отношениях. Тучи, нарисованные 33 (26,6%) детьми над домом, свидетельствовали о тревоге, опасениях, депрессии. Детали рисунка человека также выражают уровень эмоций и интеллекта больного. Так, у 19 (15,32%) детей был нарисован человек с маленькой нечеткой головой, означая застенчивость, робость, переживание за интеллектуальную неадекватность; маленькие плечи, нарисованные 12 (9,68%) детьми, символизировали их малоценность, ничтожность, чрезмерную осторожность. Нечетко нарисованное, неясное и тусклое лицо, изображенное в 23 (18,55%) рисунках, выражало боязливость, застенчивость и незащищенность детей; длинные руки (11,3%) — признак зависимости, нерешительности, потребности в опеке. В рисунке дерева обращалось внимание на такие детали, как заштрихованный ствол, означавший внутреннюю тревогу, боязнь быть покинутым, скрытую агрессивность; ветви деревьев, опущенные вниз, — нежелание каких-либо действий, отказ от усилий, трудности в принятии решений.

Пропорции рисунка по отношению к листу бумаги означают психологическую значимость, важность и ценность вещей, ситуаций или отношений, которые непосредственно или символически представлены в рисунке ДДЧ. Очень маленький рисунок со слабыми линиями был нарисован 21(16,93%) ребенком и обозначал недоверие к себе, чувство неполноценности; помещение рисунка внизу листа, отмеченное у 27 (21,8%) исследуемых, выражало состояние депрессии.

При интерпретации результатов ДДЧ необходимо исходить из целостности всего рисунка, наличие только одного признака не свидетельствует об определенной психологической особенности. Все качественные показатели рисунка ДДЧ согласно рекомендациям Р.Ф. Беляускайте были объединены в следующие симптомокомплексы: незащищенность; тревожность; недоверие к себе; чувство неполноценности; враждебность; конфликтность; трудности в общении; депрессивность.

Таблица 1

Симптомокомплексы рисунка «Дом–дерево–человек» у детей, больных псориазом

Показатели	Мальчики (n=59)		Девочки (n=65)		Всего (n=124)	
	абсолют.	%	абсолют.	%	абсолют.	%
Незащищенность	18	14,52	21	16,94	39	31,45
Тревожность	13	10,48	22	17,74	35	28,22
Недоверие к себе	9	7,26	12	9,68	21	16,93
Чувство неполноценности	11	8,87	18	14,52	29	23,39
Враждебность	11	8,87	15	12,1	26	20,97
Конфликтность	19	15,32	22	17,74	41	33,06
Трудности в общении	13	10,48	14	11,29	27	21,77
Депрессивность	16	12,9	20	16,13	36	29,03

Симптомокомплексы теста ДДЧ выражались в различной степени; чаще всего отмечены такие проявления, как незащищенность (31,45%), тревожность (28,22%), конфликтность (33,06%), депрессивность (29,03%). Менее характерными являлись недоверие к себе (16,93%), чувство неполноценности (23,39%), враждебность (20,97%), трудности в общении (21,77%).

Рисуночный тест *«Кинетический рисунок семьи»* (КРС) представляет информацию о субъективной семейной ситуации больного ребенка, помогая выявить его взаимоотношения с членами семьи, отношение к семье, какое место он занимает в своей семье. Методика направлена на выявление эмоциональных проблем и трудностей взаимоотношений

в семье. Анализ рисунков КРС показал, что в случаях сложных семейных взаимоотношений, когда больной недоволен семейной ситуацией, наименее эмоционально привлекательные члены семьи или лица, часто конфликтующие с ребенком, нарисованы не были, такого рода рисунки были исполнены в 26 (20,97 %) случаях. У 17 (13,7 %) детей на рисунке отсутствовали они сами, что означает низкую значимость, трудности самовыражения, отсутствие чувства общности с семьей. Устные объяснения фактов отсутствия некоторых членов семьи трактовались в виде прямого негативного отношения к своим братьям или сестрам, родителям; в отдельных случаях это скрывалось и объяснялось отговорками: «забыл про него (нее)», «не хватило места», «он (она) у меня получается плохо». В 25 (20,16 %) случаях несоответствие рисунка вербальному описанию расценивалось как конфликтная семейная ситуация. В рисунках, где нарисованы все члены семьи без исключения, обращают на себя внимание размеры самого ребенка и членов его семьи: чем большее внимание уделяется ребенку в семье, тем крупнее и пропорциональней к остальным фигурам он рисует себя; менее значимые для больного члены семьи, несмотря на более старший возраст, рисовались мельче, были искажены. У 28 (22,58 %) детей собственные фигуры были нарисованы очень маленькими, что свидетельствовало о низкой самооценке, чувстве неполноценности в семейной ситуации. В 16 (12,9 %) рисунках некоторые члены семьи были нарисованы раздробленно, не имелось картины целостности рисунка, что указывало на неблагоприятные семейные взаимоотношения, частые конфликты, а иногда на враждебность между некоторыми членами семьи. Негативное отношение, тревожность к определенным членам семьи выявлены в 39 (31,45 %) рисунках, что выражалось в изолированном их расположении от остальных членов семьи, разделением линиями, отграничением от основного рисунка; к ним часто использовались штриховые линии и темные цвета.

Количественная оценка КРС осуществлялась следующей системой симптомокомплексов: благоприятная семейная ситуация; тревожность; конфликтность в семье; чувство неполноценности в семейной ситуации; враждебность в семейной ситуации.

Таблица 2

Симптомокомплексы рисунка «Кинетический рисунок семьи» у детей, больных псориазом

Показатели	Мальчики (n = 59)		Девочки (n = 65)		Всего (n = 124)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Благоприятная семейная ситуация	12	9,68	22	17,74	34	27,4
Тревожность	18	14,5	21	16,93	39	31,45
Конфликтность в семье	11	8,87	14	20,16	25	20,16
Чувство неполноценности в семейной ситуации	25	20,16	21	16,93	46	37,1
Враждебность в семейной ситуации	13	10,48	15	12,1	28	22,58

Среди основных симптомокомплексов рисунка КРС преобладали: чувство неполноценности в семейной ситуации (37,1 %); тревожность во взаимоотношениях больного и членов семьи (31,45 %). В меньшей степени присутствовали: враждебность в семейной ситуации (22,58 %) и конфликтность (20,16 %). Благоприятная семейная ситуация отмечена в семьях у 34 больных (27,4 %).

Следующий проективный метод исследования — *«Несуществующее животное»* (НЖ) построен на теории психомоторной связи и выражает эмоциональное состояние больного ребенка, его страхи, переживания. Больному предлагалось придумать и нарисовать животное, которое никогда и нигде ранее не существовало и не существует, и дать существу неизвестное никому, но подходящее для него название. Анализ рисунков НЖ проводился путем определения нескольких параметров: положение рисунка на листе, центральная, опорная части животного, контуры, линии фигуры, позитивный или негативный настрой, соответствие названия нарисованному существу. В рисунках 24 (19,35 %) больных животное было расположено в нижней части листа, что означает неуверенность в себе, подавленность, нерешительность, низкую самооценку. 17 (13,71 %) детей голову животного нарисована с открытой, но зачерченной пастью округлой формы, что выражает боязливость и тревожность; в 32 (25,81 %) рисунках голова была изображена с рогами, а на конечностях

присутствовали когти, обозначая агрессивность, негативный настрой, а у некоторых детей стремление к самозащите. Однообразность лап НЖ выражало в рисунках 8 (6,45 %) детей конформность суждений, стандартность, банальность. Нарисованные животные при вербальном опросе и объективном анализе были распределены на три типа: угрожаемые, нуждающиеся в защите — в 35 (28,22 %), нейтральные, безопасные — в 47 (37,9 %) и агрессивно настроенные, угрожающие — в 42 (33,87) рисунках.

Количественная характеристика выявленных изменений психологического состояния больных определялась следующими симптомокомплексами: неуверенность в себе; низкая самооценка; подавленность; страх; обдуманность в принятии решений; уверенность в себе; отсутствие защиты от окружающих; астеничность; рациональность; иррациональность.

Таблица 3

Показатели рисунка «Несуществующее животное» у детей, больных псориазом

Показатели	Мальчики (n=59)		Девочки (n=65)		Всего (n=124)	
	абсолют.	%	абсолют.	%	абсолют.	%
Неуверенность в себе	23	18,55	28	22,58	51	41,13
Низкая самооценка	19	15,32	24	19,35	43	34,68
Подавленность	13	10,48	12	9,68	25	20,16
Страх	19	15,32	14	11,29	33	21,61
Обдуманность в принятии решений	5	4,03	11	8,87	16	12,9
Уверенность в себе	11	8,87	16	12,9	27	21,77
Отсутствие защиты от окружающих	9	7,26	15	12,1	24	19,36
Астеничность	17		21	16,94	38	30,64
Рациональность	9	7,26	8	6,45	17	13,71
Иррациональность	12	9,68	17	13,71	29	23,39

В рисунках НЖ чаще наблюдались такие симптомокомплексы, как неуверенность в себе (41,13 %); низкая самооценка (34,68 %); астеничность (30,64 %); в меньшей степени отмечались страх (21,61 %); подавленность (20,16 %); отсутствие защиты от окружающих (19,36 %).

Анализ рисуночных тестов отражает скрытое психологическое состояние больных детей в условиях хронически протекающего соматического заболевания. Отмеченные выше симптомокомплексы являются либо результатом псориатического процесса, либо триггерным фактором (психогенным), приводящим к манифестации или обострению дерматоза.

Нами также была использована шкала, разработанная А.М. Прихожан [3]. Все виды (общие) тревожности были распределены на: 1) школьную тревожность (ситуации, связанные со школой, общение с учителями); 2) самооценочную (ситуации, актуализирующие представление о себе); 3) межличностную (ситуации, зависящие от общения детей с родителями).

В результате данного анализа было определено (*см.* табл. 4), что тревожность как относительно устойчивое личностное образование, в различной степени выраженности присутствует у большинства обследуемых детей (90,32 %). Наибольшие опасения вызывают больные с высоким и очень высоким уровнем тревожности. В наших исследованиях она выявлена у 46 (37,1 %) больных. Такая тревожность может быть обусловлена реальным неблагополучием, связанным с пониженной самооценкой, проблемами в межличностных ситуациях, трудностями в школьной и семейной ситуации. Причиной этому служит хроническое, травмирующее психику ребенка, сопровождающееся большими переживаниями заболевание. Длительные и частые периоды лечения псориаза нарушают нормальный ритм их жизни, дети отстают от своих сверстников, так как вынуждены на некоторое время отказываться от посещения школы. Все эти факторы усиливают эмоциональное неблагополучие, создавая своеобразный замкнутый психологический круг. Больных, имеющих несколько повышенный уровень тревожности, можно отнести к группе риска по развитию более выраженных форм данного состояния, так как негативные ситуации, связанные с болезнью, ее рецидивами, яркими клиническими проявлениями, субъективными ощущениями, будут усиливать психологический дискомфорт, эмоциональное неблагополучие. Такие дети в наших исследованиях составили 28,23 %.

Таблица 4

Выраженность общей (школьной, самооценочной, межличностной) тревожности у детей, больных псориазом

Уровень	Мальчики (n = 59)		Девочки (n = 65)		Всего (n = 124)	
	абсол.	%	абсол.	%	абсол.	%
Не свойственна	7	5,65	5	4,03	12	9,68
Нормальная	13	10,48	18	14,52	31	25,0
Несколько повышенная	18	14,52	17	13,71	35	28,23
Повышенная	19	15,32	22	17,74	41	33,06
Очень высокая	2	1,61	3	2,42	5	4,03

Таким образом, результаты проведенных исследований доказывают значимую роль психологического состояния больных, которое зависит как от их личных качеств, так и влияния окружающей среды, в развитии, течении, прогнозе заболевания. Своевременное определение и устранение этих факторов, коррекция психологического состояния, несомненно, благоприятно отразятся на течении заболевания, способствуя повышению качества жизни детей, страдающих псориазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришко Т.Н., Опарин Р.Б., Бассе Ф.Б., Труфанова Е.Ю., Мордовцев В.Н. Псориаз у детей. // Вестник дерматологии и венерологии. 2005. № 1. С. 59–60.
2. Мурашкин Н.Н., Мазитова Л.П., Намазова Л.С. Особенности ангиогенеза и обоснование патогенетической терапии у детей, страдающих псориазом. // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 1. С. 81–87.
3. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. — Москва. 2000. 264 с.
4. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства. // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. № 1. С. 5–18.
5. Хобейш М.М. Гептрал в терапии псориаза. // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 3. С. 84–86.
6. Хобейш М.М., Мошкалова И.А., Соколовский Е.В. Псориаз. Современные методы лечения. В кн. «Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения». — СПб: СОТИС. 1999. С. 70–134.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕГОНОКОККОВЫХ ИППП У ПАЦИЕНТОВ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, А.М. АБИДОВ, У.Ю. СОБИРОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, Х.Р. ХАЛИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

РЕПРОДУКТИВ ЎЗГАРИШЛАР ВА СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ ЯЛЛИГЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ГОНОКОКК БЎЛМАГАН ЖЙОУИ РАЦИОНАЛ ТАШХИСИ

Д.Ф. Порсохонова, А.М. Абидов, У.Ю. Собиров, Э.Х. Эшбоев, Х.Р. Халидова

Мақолада муаллифлар томонидан репродуктив ўзгаришлар ва сийдик-таносил аъзолари яллигланиш жараёнлари бўлган беморларда гонококк бўлмаган ЖЙОУИ рационал ташхиси бўйича ўтказилган текширувлар натижалари келтирилган. Муаллифлар томонидан юкорида келтирилган ўзгаришлари ўлган 18–45 ёшдаги Тошкент шаҳрида яшовчи 55 кишини текшириш натижалари келтирилган. Кўпчилик ҳолатларда беморларда Mycoplasma genitalium аниқланди. Муаллифлар ушбу тоифадаги беморларда урогенитал инфекцияни оптимал ташхис этиш учун икки боскичли текширувни таклиф этганлар, у ўз ичига урогенитал трактдан ажратилувчи суюқликни «ЭД-1» озика мухитига экиш орқали бактериологик тахлил ўтказиш ва кейинчалик хламидий ва уреамикоплазмлар баъзи штаммларини ПЗР усули билан текширишни олди. «ЭД-1» озиқа мухитида уреаплазмани ажратиш кейинчалик ушбу кўзгатувчини антибиотикларга сезгирлигини ўрганишга имкон беради.

SUMARY

THE EFFICIENT DIAGNOSTIC OF NONGONOCOCCAL STD (SEXUAL TRANSMITTED DISEASES) IN PATIENTS WITH REPRODUCTIVE DISORDERS AND INFLAMMATORY PROCESS OF UROGENITAL ORGANS

D.F. Porsokhonova, A.M Abidov., U.Ju. Sobirov, E.H. Eshboev, Kh.R. Khalidova

The article contains results of authors own investigations on diagnostic of nongonococcal STD in patients with reproductive disorders and inflammatory process of urogenital organs. Authors are demonstrating the results of 55 residents of Tashkent city from 18 to 45 ages, in wich detected foregoing disorders. The Mycoplasma genitalium was detected in majority. For optimal diagnostic of urogenital infections in this contingent authors recommending two step investigations, including bacteriological analysis of urogenital tract scrape, madding by sowing on nutrient medium «ED-1», and further investigations to different strains of Chlamydia and Mycoplasma by PCR method. The selection of Ureaplasma on nutrient medium «ED-1» will allow carrying out further examinations the perceptibility of this infection to antibiotics.

Вопросы репродуктивного здоровья неразрывно связаны с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) [1]. В настоящее время среди ИППП на первый план выходят негонококковые возбудители — так называемые инфекции «нового поколения», вызывающие воспалительные процессы мочеполовых органов, среди которых особое место занимают хламидиоз и уреамикоплазмозы. Доказано, что хламидии и уреамикоплазмы являются наиболее частыми микробами-ассоциантами ВИЧ/СПИДа, сифилиса, гонореи, усложняя их течение и терапию. Доказана роль этих инфекций в формировании многочисленных нарушений репродуктивной системы как у мужчин, так и у женщин [2, 3]. Реальные цифры распространенности хламидиоза и уреамикоплазмоза значительно превышают данные официальной регистрации. Имея высокий процент неучтенного инфицирования, закономерно следует ожидать рост осложненных и экстрагенитальных форм этих инфекций [4]. В связи с этим выявление негонококковых возбудителей и других ИППП у пациентов с репродуктивными

осложнениями и воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), устранение факторов, способствующих заражению, совершенствование методов диагностики уреамикоплазмоза и терапии изучаемых ИППП являются особо важной задачей.

Цель исследования. Подбор оптимального диагностического пакета для рациональной диагностики негонококковых возбудителей ИППП.

Материалы и методы исследования. Нами проведена оценка микробного фона урогенитального тракта у 55 жителей Ташкента в возрасте от 18 до 45 лет, проживающих в Юнусабадском, Алмазарском, Чиланзарском районах, имеющих репродуктивные осложнения. Для этого на первом этапе исследования нами проводились микробиологические исследования отделяемого урогенитального тракта: прямая микроскопия окрашенных мазков по Граму; посев на питательные среды для обнаружения факультативных анаэробов — нейтральная среда, 5%-ный кровяной агар, питательная среда «ЭС-1» для влагалищных трихомонад, гонококков, а также среда «ЭД-1» для выращивания урогенитальных микоплазм; тестирование по Amsel. По результатам первого этапа исследований пациенты, позитивные на предмет присутствия Ureaplasma urealyticum и Chlamydia trachomatis, были дообследованы с использованием метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) для идентификации штамма возбудителя.

Методом ПЦР определяли Ureaplasma urealyticum E-960, Ureaplasma urealyticum (Parvo), Mycoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis. Для определения чувствительности Ureaplasma urealyticum к антибиотикам производился дополнительный пересев выделенной культуры на среду «ЭД-1».

Результаты исследования. До обращения к нам большинство пациентов уже были обследованы на классические ИППП и получили лечение по поводу ВЗОМТ. Однако в ряде случаев проведенное лечение не дало результатов. При проведении обследования в РСНПМЦ ДиВ у 80% пациентов отмечался лейкоцитоз при микроскопии отделяемого цервикального уретрального канала и влагалища у женщин, уретрального канала — у мужчин. Клинически у женщин это выражалось наличием выделений из половых путей белого или молочно-белого цвета, иногда мелкопенистого характера. У 56,7% больных отмечался болевой, у 53,3% — дизурический, у 97% — уретро-вагинальный (выделения из мочеполовых органов), у 45% — сексуальный синдром. У 68% женщин наблюдались осложнения в виде сальпингоофорита, эндометрита; 49% женщин имели репродуктивные нарушения в форме первичного и вторичного бесплодия, невынашивания беременности, мертворождения.

Клинико-инструментальные методы обследования показали, что у 70% мужчин при ультразвуковой диагностике (УЗД), уретроскопии, ректальном исследовании предстательной железы выявлены осложнения в виде хронического простатита, везикулита. Исследование спермоплазмы показало изолированные нарушения семенной жидкости.

Полноценное бактериоскопическое и бактериологическое обследование позволило выявить присутствие негонококковых возбудителей у 70% пациентов. Спектр негонококковых возбудителей у пациентов с репродуктивными нарушениями был представлен следующим образом: уреаплазменная инфекция была обнаружена у 45,5%, хламидийная — у 30,9% больных; ассоциация уреаплазменной и хламидийной инфекций встречалась у 14,5%, трихомонадная инфекция — у 1,8%, Gardnerella vaginalis — у 9,01%, дрожжеподобные грибы рода Candida — у 12,7% пациентов.

Посев условно патогенной микрофлоры позволил выделить St. epidermidis — у 20%, E. coli- — у 5,5%, St. viridans — у 5,5%, микрококки — у 12,7% больных. В микробной флоре урогенитальных путей женщин выявлены также St. haemolyticus — у 1,8%, St. faecalis — 1,8%, Proteus vulgaris — 1,8%, St. aureus — у 1,8%. Ureaplasma urealyticum в посеве на питательную среду «ЭД-1» была выделена в 45,5% случаев. Последующий пересев с целью получения антибиотикограммы показал наибольшую чувствительность (90%) к азитромицину.

Изучение чувствительности к антибиотикам сопутствующей микрофлоры показало высокую чувствительность к следующим препаратам: цефтриаксон — в 97,5%, рокситромицин — в 75% и доксициклин — в 65% случаев.

Последующий ПЦР анализ позволил идентифицировать возбудителей по штаммам, при этом негонококковые возбудители выявлены у 98,2% обследованных пациентов. Так, Chlamydia trachomatis была выявлена у 18,2%, Mycoplasma hominis — у 30,9%, Mycoplasma genitalium — у 58,2% и Ureaplasma urealyticum — у 30,9% больных, причем в 98,2% случаев определялся биовар Ureaplasma urealyticum Parvum. Необходимо отметить, что в основном вышеуказанные возбудители определялись в виде микст-инфекций. Так, Ur.urealyticum сочеталась в семи случаях с Mycoplasma genitalium, в четырех случаях с Chlamydia trachomatis. Сочетание M.genitalium с M.hominis выявлено в

семи случаях; Ur.urealyticum, Ch.trachomatis и Mycoplasma genitalium — в трех случаях. Наиболее часто встречающейся инфекцией явилась M.genitalium, которая определялась как моноинфекция в 25,5%, а в комбинации с другими инфекциями — в 58,2% случаев.

Таким образом, следует отметить, что одним из первых признаков присутствия негонококковых возбудителей в урогенитальном тракте как у мужчин, так и у женщин является наличие лейкоцитоза в мазках отделяемого цервикального, уретрального каналов и влагалища, что становится основанием для дальнейшего обследования на негонококковые возбудители, особенно для пациентов с репродуктивными нарушениями и ВЗОМТ. Наиболее частым возбудителем, обнаруживаемым при наличии репродуктивных осложнений и ВЗОМТ, была Ureaplasma urealyticum, причем позитивный рост на питательной среде «ЭД-1» давали и такие штаммы, как Ureaplasma urealyticum T-960, Ureaplasma urealyticum (Parvo), Mycoplasma genitalium, в связи с чем наиболее рациональным методом диагностики негонококковых возбудителей на первом этапе обращения является посев на питательную среду «ЭД-1» для выращивания урогенитальных микоплазм. Эффективная микроскопия мазков отделяемого цервикального, уретрального каналов и влагалища по Романовскому-Гимзе с целью идентификации Chlamydia trachomatis также дает высокий процент совпадений с результатами ПЦР анализа.

Проведение последующей ПЦР диагностики Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum T-960, Ureaplasma urealyticum (Parvo), Mycoplasma genitalium, которые являются наиболее частой причиной репродуктивных нарушений и хронических воспалительных процессов в малом тазу, позволяет проводить целенаправленный контроль излеченности в отношении отдельно взятых штаммов, а выделение Ureaplasma urealyticum на питательной среде «ЭД-1» позволит изучить чувствительность данного возбудителя к антибиотикам для наиболее рационального лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасьева Н.В., Анастасьева В.Г., Ковалев Е.В. Нарушения репродуктивной функции в семье при генитальном хламидиозе // Профилактика и пути коррекции нарушений репродуктивной функции в семье. — М., 1990. С. 23–29.
2. Бухарина Е.В. Роль инфекций, передаваемых половым путем, в патогенезе невынашивания беременности ранних сроков // Вестник последипломного медицинского образования. 2001. №2. С. 17–18.
3. Анискова И.Н., Брагина Е.Е, Гомберг М.А. и др. Особенности сперматогенеза у мужчин, состоящих в бесплодном браке, и с хламидийной инфекцией в анамнезе // Тезисы докладов Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. «Внутриутробные инфекции плода и новорожденного». — Саратов. 2000. С. 18–19.
4. Порсохонова Д.Ф., Рахматов А.Б. Значение хламидийной и уреамикоплазменной инфекции в развитии экстрагенитальной патологии. // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. №3(6), 2002. С. 96–98

ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ХУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАРИ

А.Б. Рахматов

22 та вульгар хуснбузар билан огриган беморларни комплекс даволашда тетрациклин гуруҳлига мансуб Юнидокс Солютаб антибиотики 2 та схемада (14 кун ва 3-ой) кулланилди, дори воситасини ўзоқ вақт кўллаш унинг хавфсизлиги ва самарадорлигини тастикланди ва бунда клиник согайши 63,6 % дан то 81,8 % га кутарилиши кузатилди.

RESUME

PROBLEMS OF COMPLEX TREATMENT OF ACNE

A.B.Rakhmatov

Complex treatment was done in 22 patients sugger from acne vulgaris with antibiotic unidox solutab in two ways (14 days and 3 montis), by which was estamblished safety of long implementation of antibiotic, clinical recovery increased from 63,6 % until 81,8 % of cases.

Вульгарные угри встречаются у 60–95 % лиц 15–20-летнего возраста и у 30–35 % мужчин и женщин в возрасте от 35 до 40 лет [1, 2, 8, 9]. Клинические проявления вульгарных угрей обусловлены поражением сально-волосяных фолликулов обструктивного и/или воспалительного характера вследствие эндогенных (гиперандрогения) и экзогенных (механические, термические, наружный уход) причин.

В патогенезе заболевания особое значение имеет активация условно-патогенной флоры сально-волосяных фолликулов из-за повышенного образования кожного сала со сниженной бактерицидностью. В этой связи основным фактором рассматривается Propionbacterium acnes, микробные липазы которого, выделяемые при избыточной пролиферации, способствуют образованию свободных жирных кислот, повреждающих стенку сально-волосяного фолликула с последующим воспалением и пустулизацией [2, 6, 10]. По этой причине должны использоваться именно те антибактериальные препараты, которые наиболее чувствительны не только к широко распространенным стафило- и стрептококкам, активизирующимся при воспалении, но и к анаэробным комменсалам, запускающим и поддерживающим воспалительную реакцию в структуре-мишени вульгарных угрей. Развитие воспалительных изменений в сально-волосяном фолликуле и пролиферацию условно-патогенных микроорганизмов может поддерживать изменение бактерицидности гидролипидной мантии кожи вследствие разнообразных эндогенных факторов (эндокринопатии, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.). В связи с выявляемыми системными нарушениями организма рекомендуется использовать термин «угревая болезнь», который указывает на взаимосвязь воспалительных изменений кожи с функционированием других органов и систем [3, 5, 7].

Являясь значительным косметическим дефектом, вульгарные угри сопровождаются снижением самооценки, приводят к психосоциальной дезадаптации и резко снижают качество жизни, что придает данному заболеванию социальный характер [1, 4, 9].

Разработка эффективных методов терапии является серьезной проблемой современной дерматокосметологии, ввиду чего изучаются различные препараты, имеющие этиопатогенетическую направленность при вульгарных угрях.

Цель исследования. Оценка эффективности длительного применения препарата «Юнидокс Солютаб» в комплексной терапии больных вульгарными угрями.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 22 больных (мужчин — 16, женщин — 6) в возрасте от 17 до 25 лет с папуло-пустулезной формой вульгарных угрей. В зависимости от методики использования препарата больные были разделены на две сопоставимые группы. Пациенты I группы (11 больных) принимали «Юнидокс Солютаб» по 100 мг 2 раза/сут. в течение 14 дней, затем по 100 мг 1 раз/сут. в течение 2 недель, затем по 50 мг 1 раз/сут. до 3 месяцев. Пациенты II группы (11 больных), которая рассматривалась как группа сравнения, получали данный препарат 100 мг 2 раза/сут. в течение 10 дней. Помимо указанного препарата комплексная терапия больных заключалась в использовании пребиотиков (на весь период приема антибиотика), гепатопротекторов и в наружном лечении.

Следует указать, что до начала лечения всем пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование, по показаниям больные проконсультированы врачами смежных специальностей (терапевт, эндокринолог, гинеколог и др.). Оценку лабораторных исследований проводили согласно Международной системе единиц. По показаниям было исследовано содержимое пустул и сально-волосяных фолликулов на Demodex folliculorum. Нами оценивались ближайшие (регресс остро-воспалительных элементов) и отдаленные (продолжительность клинической ремиссии и выраженность обострений) результаты лечения, которые обрабатывались статистически.

Необходимо указать, что у большинства больных отмечалось длительное существование вульгарных угрей с частыми рецидивами, причем последние наблюдались каждые 1–2 месяца. В большинстве случаев вульгарные угри располагались в трех топографических зонах: лицо, спина, грудь.

Обоснованием включения в комплексную терапию больных вульгарными угрями антибиотика из группы доксициклинов явилось его способность подавлять активность Propionbacterium acnes, воздействовать на другую грамположительную и грамотрицательную флору, накапливаться в секрете сальных желез и снижать уровень свободных жирных кислот. Имеются указания, что даже в низких концентрациях доксициклин способен накапливаться в сальных железах [6, 8, 10].

Для доксициклина моногидрата («Юнидокс Солютаб») свойственны следующие особенности: растворимая форма моногидрата не вызывает раздражения слизистой пищевода и желудка из-за нейтральной среды; обусловливает высокую биодоступность (более 95%); обладает высокой тропностью к сально-волосяным фолликулам; минимален риск развития дисбактериоза кишечника; [1, 4, 10].

Результаты исследования. Анализ ближайших результатов комплексной терапии больных с использованием «Юнидокс Солютаба» показал, что переносимость лечения была удовлетворительной и явлений дисбактериоза и/или кандидоза кишечника не выявлено ни в одном из 22 случаев заболевания. Разрешение воспалительных элементов среди больных обеих групп было примерно одинаковым, когда пустулизация и воспалительная инфильтрация очагов поражений разрешались примерно на 7–10 сутки лечения в основной группе и на 10–15 сутки в группе сравнения. Клиническое выздоровление в процессе проведенного лечения отмечено у 9 (81,8%) больных основной группы и у 7 (63,6%) больных группы сравнения. Анализ отдаленных результатов (после одного года наблюдения) показал, что рецидивы заболевания были отмечены у 2 (18,2%) больных основной группы против 5 (45,5%) больных группы сравнения. Хотя и возникали новые рецидивы заболевания, но количество угревой сыпи значительно уменьшалось как и выраженность воспалительной реакции, что является доказательством правильно подобранного антибактериального средства.

Таким образом, проведенные исследования указывают, что использование препарата «Юнидокс Солютаб» в комплексной терапии вульгарных угрей должно быть длительным, что значительно повышает эффективность лечения и уменьшает выраженность рецидивов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбанова В.И., Шишкова М.В. Угри: патогенез, клиника, лечение. Учебное пособие. — Москва. 2008. 94 с.
2. Аравийская Е.Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности. // Лечащий врач. 2003. №4. С. 4–6.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний. /Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти. — Москва. 2009. 732 с.
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. /Под ред. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс. 2007. 300 с.

5. Ковалев В.М. Угревая болезнь. — Киев: Здоровя. 1991. 144 с.
6. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Багмет А.Н. Микробиоценоз кожи у больных угревой болезнью и пути его коррекции. //Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. 2003. № 1. С. 43–47.
7. Clinical Dermatology. /Ed. by R.Weller, J.Nunter, J.Savin. 2008. P. 163–170.
8. Cunliffe W.J., Gollnick H.P. Acne diagnosis and management. London: Taylor and Francis. 2001.
9. Gollnick H.P., Finlay A.Y., Shear N. Global Alliance to Improve Outcomes in acne. //Amer.J.Clin. Dermatol. 2008. Vol. 9. P. 279–284.
10. Layton A.M. A review on the treatment of acne vulgaris. //Int.J.Clin.Pract. 2006. Vol. 60. P. 64–72.

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ И СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ. ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Е.Н. ШУПЕНЬКО, В.И. СТЕПАНЕНКО

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца;
Киевский городской кожно-венерологический диспансер

РЕЗЮМЕ

ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ОМИЛЛАРИ, КЛИНИК ШАКЛЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ТАҲЛИЛИ. МУАММОНИ ЧУҚУРРОҚ ЎРГАНИШНИНГ ИСТИҚБОЛЛИ ЙЎНАЛИШИ

Е.Н. Шупенько, В.И. Степненко

Мақолада ҳуснбузар касаллиги (акне) этиологияси, патогенези, клиник кечишига замонавий қарашлар тақдим этилган. Ҳуснбузар касаллиги юзага келиши ва ривожланиши, шунингдек касаллик классификациялари, клиник шакллари ва даволаниши батафсил таҳлил қилинган. Ушбу дерматоз ривожланишининг қўшимча омиллари ва механизмлари мажлизини ўрганиш долзарблиги қайд этилган.

SUMMARY

ACNE DISEASE: ANALYSIS OF ETIOPATHOGENESIS, CLINICAL FORMS AND NEW WAYS OF TREATMENT. FUTURE WAYS OF INVESTIGATIONS OF THIS PROBLEM

E.N. Shupenko, V.I. Stepanenko

In the article modern views on aetiology, pathogenesis and clinical current of acne are presented. The detailed analysis of the mechanism of occurrence and development of acne disease and also classifications, clinical forms and disease treatment is carried out. The urgency of studying of a complex of additional factors and mechanisms of development of this dermatosis is defined.

Этиология и патогенез угревой болезни. Угревая болезнь (акне) по распространенности занимает одно из ведущих мест среди дерматозов и является важной медико-социальной проблемой. Согласно многочисленным литературным сообщениям угревая болезнь наблюдается у 60–80 % лиц подросткового и юношеского возраста [1, 6, 38, 62]. Ряд исследователей считают угревую болезнь наиболее распространенным дерматозом, который возникает в начале пубертантного периода, достигает наибольшего развития в юношеском возрасте и медленно регрессирует в раннем взрослом периоде [74, 108, 121].

Частота возникновения и продолжительность течения акне у женщин и мужчин имеют отличия. В частности, у девочек акне возникает и регрессирует раньше, чем у мальчиков; наиболее выразительный пик у девочек наблюдается в 13–14 лет, у мальчиков — в 15–16 лет. В дальнейшие годы юношеского возраста уровень заболеваемости более тяжелыми клиническими формами акне возрастает у мальчиков и снижается у девочек.

Согласно данным ряда авторов клинические проявления угревой болезни наблюдаются у 5 % женщин и у 3 % мужчин раннего взрослого и взрослого возраста [4, 89], при этом у

мужчин они характеризуются более тяжелыми клиническими формами.

Важной проблемой для врачей-дерматовенерологов являются персистирующие юношеские («постпубертантные») акне, а также разные типы акне, которые впервые возникают у взрослых людей, в частности, после 20 лет. Кроме того, в последнее десятилетие ряд исследователей акцентируют внимание на различных клинических проявлениях форм угревой болезни с дополнительными патогенетическими звеньями их развития, в частности эндокринного, инфекционного и паразитарного происхождения [27, 53, 75, 80, 83].

Этиология и патогенез угревой болезни изучены недостаточно. Остается неопределенным место угревой болезни среди дерматологических нозологий. Наиболее распространенный среди дерматологов термин «угри» отдельные исследователи считают осложнением себореи [145], другие относят к хронической пиодермии [50]. Вместе с тем, большинство профильных специалистов считают правомерным употребление термина «угревая болезнь» [32, 104]. Обоснованием является то, что существующий термин «угри» характеризует скорее морфологический элемент сыпи, а не заболевание. В литературе также применяется понятие «вульгарные угри», но оно не охватывает всего разнообразия клинической картины. В связи с этим предложенный рядом исследователей термин «угревая болезнь», несмотря на его определенную размытость, охватывает всю пестроту клинических проявлений воспаления сальных желез. Угревая болезнь включает различные проявления угревой сыпи у лиц подросткового и юношеского возраста, угри у взрослых людей, а также многочисленную группу акнеподобных высыпаний. Нужно также учитывать, что для развития угревой болезни должен существовать определенный фон, в частности себорея, — особое состояние, связанное с гиперпродукцией кожного сала и изменением его состава. Термин «себорея» является довольно распространенным в специальной дерматологической литературе. Себорею разделяют на редкую, густую, и смешанную. Соответствующие формы себореи могут сопровождаться, образованием угревой сыпи. Вместе с тем, с позиций современного подхода к лечению угревой болезни, выбор терапии не всегда основывается на форме себореи. Это дает основание считать состояние себореи одним из симптомов в симптомокомплексе угревой болезни [146].

Клинические разновидности себореи (редкая, густая и смешанная) связаны с количеством и консистенцией кожного сала, обусловленных его физико-химическими свойствами.

Редкая себорея возникает в возрасте 12–14 лет и совпадает с периодом полового созревания. Девочки болеют чаще, чем мальчики. У больных регистрируется гиперемированная кожа лица, которая вследствие повышенного саловыделения напоминает «лакированную». Из расширенных выводных протоков сальных желез выдавливаются червеобразные сальные нити. Волосы на волосистой части головы становятся блестящими и склеиваются отдельными прядями, наблюдаются множественные желтоватые жирные корочки и чешуйки. При проведении папиросной бумагой по коже лица и волосам на ней остается жирный след. Ранняя редкая себорея у молодых мужчин приводит к возникновению себорейной аллопеции на височно-лобном и теменном участках, у молодых женщин — к поредению волос. Редкая себорея сопровождается папулезной и пустулезной сыпью [32].

Густая себорея возникает преимущественно у мужчин в возрасте 17–20 лет. Кожное сало более густой консистенции, чем при резкой себорее. На коже лица у выводных протоков сальных желез образуются закупоренные комедонами (просовидными «белыми» угрями) атеромы. Кожа лица при наличии густой себореи грубеет и приобретает сероватый оттенок. На коже волосистой части головы накапливаются мелкие и большие чешуйки сероватого цвета, которые располагаются в лобно-височной области. Одновременно с повышенной сухостью и шелушением кожи волосистой части головы возникают эритематозные пятна, которые распространяются на кожу лба и висков в виде своеобразной «себорейной короны». Волосы утончаются, теряют естественный блеск, становятся сухими и ломкими. На фоне густой себореи, как правило, возникают сферообразная, индуративная и абсцессная формы угревой болезни [32, 98].

Смешанная себорея является переходной между редкой и густой ее формами и регистрируется, согласно наблюдениям ряда исследователей, в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин одинакового возраста [32]. Указывается также, что смешанная себорея начинается с проявлений редкой себореи на коже лица и волосистой части головы, формируется медленно и протекает хронически с дальнейшим приобретением признаков густой себореи. Смешанная себорея сопровождается сухостью кожи волосистой части головы, лица, шеи,

плеч, груди, спины, а также наличием перхоти, которая может покрывать всю поверхность волосистой части головы в виде «асбестового панциря».

По данным разных исследователей, ведущими факторами развития угревой болезни являются: нарушение состава и продукции кожного сала; изменение гормонального и иммунного статуса организма; нарушение кератинизации фолликулярного канала; интенсивная колонизация протоков сальных желез Propionibacterium acnes; развитие воспалительной реакции в перифолликулярных участках; генетическая склонность [30, 52, 88, 128].

Изменение состава кожного сала играет определенную роль в образовании комедонов. Установлено, что липиды кожного сала состоят из двух компонентов: эпидермальных липидов и липидов, которые образуются непосредственно в сальной железе. Эпидермальные липиды продуцируются в клетках сосочкового слоя и накапливаются в кератосомах. По мере продвижения клеток к зернистому слою эпидермиса эти органеллы выделяют липиды в межклеточное пространство. По данным ряда авторов [84, 128], при угревой болезни наблюдаются дефицит кератиносом и снижение содержимого эпидермальных липидов, линоленовой кислоты, церамидов, свободных стеролов. Одновременно на фоне снижения уровня эпидермальных липидов в сальных железах усиливается секреция липидов и повышается содержимое фолликулярного холестеролсульфата. Последний усиливает адгезию эпителиоцитов в акроинфундибулемы и является одним из факторов фолликулярного ретенционного гиперкератоза, т.е. оказывает содействие патологической кератинизации устья сально-волосяного фолликула.

Кроме качественных изменений кожного сала при угревой болезни происходят его количественные нарушения. При этом гиперсекреция кожного сала является важным условием для формирования акне [98]. Доказано, что уровень секреции кожного сала зависит от многих факторов: возраста, пола, температуры окружающей среды, а также активности андрогенов.

Кожа является главным звеном метаболизма половых стероидных гормонов, действие которых осуществляется через специфические андрогенные рецепторы, находящиеся в разных андрогенозависимых структурах. Основными мишенями являются эпидермис, волосяные фолликулы, сальные железы и фибробласты. Под влиянием андрогенов усиливается митотическая активность и дифференцирование клеток эпидермиса, синтез межклеточных липидов, рост волос [113]. Секреция кожного сала и объем сальных желез стимулируются свободным тестостероном тестикулярного или овариального происхождения, а также дегидроэпиндростероном и 4-андростендионом, которые синтезируются в надпочечниках. Соответствующим действием владеет также прогестерон — предшественник тестостерона, эстрагенов и адренокортикоидов. Прогестерон усиливает секреторную функцию сальных желез за счет андрогенной и антигестрогенной активности [88].

Согласно результатам исследований отдельных авторов [113] важным фактором гиперсекреции кожного сала является также повышенная чувствительность сальных желез к тестостерону. Соответствующую чувствительность определяют присутствующие в клетках сальных желез ферменты: 17β-, 3β-гидроксистероиддегидрогеназа и 5-редуктаза. Установлено, что первые два фермента метаболизируют дегидропиандростерон и андростерон в дегидротестостерон, который является непосредственным гормональным стимулятором синтеза кожного сала.

У больных угревой болезнью биосинтез дегидротестостерона в сальных железах выше, чем у здоровых людей в 2–30 раз. Кроме того, возрастает также активность 3β-гидроксистероиддегидрогеназы и 5α-редуктазы [90]. Повышение андрогенной и ферментной активности приводит к активизации предварительно неактивных сальных желез, которые начинают продуцировать кожное сало, тем самым усиливая себорею и увеличивая количество высыпаний [90, 92].

Кроме гиперсекреции кожного сала и биологических изменений его состава указывается также на другие факторы, приводящие к нарушениям в сально-волосяном фолликуле и возникновении акне. Одним из соответствующих факторов является изменение кератинизации фолликулярного канала. В норме в фолликулярном канале имеется тонкий, состоящий из эпителиоцитов пласт, который легко шелушится. При образовании комедонов происходит замедление отторжения эпителиоцитов [128]. Соответствующее усиление сцепления происходит вследствие нарушения состава или продукции межклеточных липидов, а также недостаточной дезинтеграции десмосом эпителиоцитов в роговом слое. Нарушение нормального шелушения эпителиоцитов оказывает содействие ретенционному гиперкератозу [122]. Гиперкератоз и усиление сцепления корнеоцитов приводят к закупорке протоков сальных желез роговыми массами и образованию комедонов. При гиперкератозе на

коротком эпидермальном участке фолликулярного канала выводное отверстие становится более расширенным, образуются открытые комедоны, которые имеют вид небольших черных головок диаметром 1–3 мм [128].

При гиперкератозе в длинном глубоком участке фолликулярного канала выводное отверстие не расширяется и постепенно весь канал заполняется детритом и салом: формируются закрытые комедоны, имеющие белые головки диаметром 2 мм. В дальнейшем закрытые комедоны превращаются в воспалительные папуло-пустулезные элементы или увеличиваются в объеме и трансформируются в открытые комедоны. В закрытых комедонах дренаж кожного сала и продуктов жизнедеятельности Propionibacterium acnes полностью прекращается. Закупорка протоков сальных желез приводит к полному прекращению доступа воздуха, то есть создаются анаэробные условия, которые являются оптимальными для быстрого размножения P. acne .

Важное значение в развитии акне принадлежит микробной гиперколонизации. В частности, установлено, что кожу, предрасположенную к поражению акне, заселяют три типа микроорганизмов — Staphyllococcus epidermitis, Malassezia furfur, Propionibacterium acnes [8, 38, 65, 80]. При этом считается, что P. acnes играют ключевую роль в общей фазе заболевания [27, 82].

Propionibacterium acnes принадлежат к микроаэрофильным бактериям и размножаются исключительно в анаэробных условиях, в связи с чем их количество в комедонах, особенно закрытых, во много раз превышает численность аэробных бактерий [116].

В настоящее время установлено, что P.acnes синтезируют разные хемоаттрактанты, которые проникают через стенку интактного фолликула, и притягивают лейкоциты, которые формируют инфильтрат вокруг фолликула. Лейкоциты в присутствии антител к P.acnes и комплемента освобождают лизосомальные ферменты, которые извне повреждают стенку фолликула. P.acnes синтезируют липазу, которая расщепляет триглицериды кожного сала до достаточно агрессивных свободных жирных кислот, способных повреждать стенку фолликула изнутри [116].

Установлено, что P.acnes продуцируют также ряд ферментов (протеазы, липазу, лецитиназу, фосфолипазу и др.), которые повреждают фолликулярный эпителий, что приводит к непосредственному контакту содержимого комедона с окружающими тканями и провоцирует воспаление [91, 116]. Клинические проявления воспаления имеют широкий диапазон: от небольших поверхностных папуло-пустулеозных до глубоких нодулокистозных элементов.

Воспалительная реакция усиливается также вследствие непосредственного влияния на нее P.acnes, которые продуцируют подобные гистамину вазоактивные амины, а также синтезируют антигены, стимулирующие выработку антител.

Таким образом, анализ литературных данных указывает на важную роль P.acnes в формировании воспалительных форм УБ. В частности, в комедонах и папуло-пустулезных элементах оказывается высокая степень засеменения P.acnes, а в нодулокистозных элементах их численность минимальна. По мнению отдельных исследователей, это обусловлено фагоцитозом P.acnes клетками микроокружения и генерацией лейкоцитами активных форм кислорода, которые пагубно воздействуют на анаэробные бактерии.

Своеобразность действия P.acnes определяет особенности регресса воспалительных элементов. В отличие от большинства стрепто- и стафилодермий, они существуют более продолжительный срок, несмотря на интенсивную терапию. Отдельные авторы высказывают мысль, что медленному регрессу элементов сыпи при угревой болезни способствует присутствие синтезированных P.acnes стимуляторов воспаления, а также выразительная резистентность этих бактерий к разрушению нейтрофилами, моноцитами и возможность их персистенции.

Согласно данным ряда исследователей участие других микроорганизмов в патогенезе акне, в частности стафилококков и грибов рода Candida, не влияет на развитие воспалительного процесса. Это объясняется тем, что соответствующие микроорганизмы не выживают в протоках сальных желез без доступа кислорода [101, 116]. Вместе с тем, согласно результатам исследований отдельных авторов [38, 39, 53], у больных угревой болезнью были выявлены достоверные нарушения микроценоза кожи в виде ограничения качественного состава и увеличения осеменения как пораженной, так и непораженной кожи. В микробиоценозе пораженной кожи с отягощенным течением угревой болезни было установлено увеличение удельного веса монокультур P.acnes и золотистого стафилококка на фоне уменьшения сапрофитов, в частности Staph. epidermitis.

Среди пусковых механизмов развития акне весомое значение принадлежит генетическим факторам. Согласно результатам исследований

отдельных авторов [77] различная экспрессивность и вариации генов детерминируют развитие сальных желез и их функциональную способность, а также активность ферментов, которые имеют существенное значение в развитии акне и определяют тяжесть клинических проявлений заболевания. Некоторые исследователи высказывают мысль о наличии ядерного R-фактора, который определяет генетическую склонность к возникновению угревой болезни [46].

В последние десятилетия определен ряд факторов и механизмов возникновения вульгарных и гиперандрогенных акне. Установлена взаимозависимость между гиперсекрецией сальных желез и системой гипоталамо-гипофиз-половых желез у больных акне. Исследован ряд звеньев развития себорейных акне и их взаимосвязь с гормональными и иммунными нарушениями в организме больных [2, 30, 52, 57, 69, 75, 85, 88, 90, 98]. Вместе с тем в дальнейшем детальном рассмотрении и обсуждении нуждается ряд вопросов, которые отображают представление о связи акне с гормональным влиянием у женщин: передменструальные, постменструальные, постменопаузальные, гиперандрогенные поздние акне и эндокринные акне.

Весомое значение в патогенезе акне у женщин принадлежит гормональным дисфункциям, связанным с дисбалансом уровней тестостерона и других андрогенов, нарушениям менструального цикла и разным гинекологическим проблемам [1]. Предложен также термин «гиперандрогенная дермопатия», в состав клинических проявлений которой входят акне, себорея и гирсутизм [67].

Среди эндокринных акне у женщин освещается синдром поликистозных яичников, заболевание с гиперандрогенией овариального генезиса, связанное преимущественно с нарушением гонадотропной функции гипоталамо-гипофизарной системы. По данным некоторых исследователей, соответствующий синдром у 30% женщин дебютирует гиперандрогенными акне [25, 34]. Весомое значение в патогенезе гиперандрогенных акне занимают также гиперпролактенемии [67], ведущим клиническим проявлением которых является синдром персистирующей галактореи-аменореи.

Возникновению и рецидивам акне у женщин могут оказывать содействие кратковременные изменения эндокринного баланса, связанные с менструальным циклом, функциональной пролактинемией, применением контрацептивов с большим содержимым прогестинов, приемом анаболитических стероидов и ряда других препаратов, временной дисфункцией гипоталамуса, быстротечной функциональной гиперплазией с усилением секреции надпочечников и половых желез [97].

Нужно отметить, что на современном этапе нарушения уровня половых гормонов в патогенезе угревой болезни исследованы лучше у женщин, больных разными клиническими формами этого дерматоза. Вместе с тем, согласно данным отдельных авторов, нарушение уровня баланса половых гормонов у мужчин также имеет весомое значение в патогенезе развития разных форм угревой болезни [4]. В частности, было определено содержимое андрогенных и эстрогенных гормонов в коже мужчин, страдающих разными формами УБ [32]. Согласно результатам проведенных исследований были выявлены нарушения как андрогенной, так и эстрогенной функции сальных желез в разных соотношениях. На основании анализа полученных результатов исследований была высказана мысль, что в ряде клинических случаев возможной причиной недостаточной эффективности гормональной терапии при угревой болезни, а также обострений кожного воспалительного процесса на фоне приема больными андрогенных и эстрогенных гормонов является назначение соответствующего лечения без определения уровня этих гормонов в коже больных.

Нужно также отметить, что отдельные исследователи указывают на отсутствие нарушений гормонального статуса и андрогенных дисфункций у подавляющего большинства больных [98]. Рядом авторов предложена модель периферических факторов, обусловливающих выборочную повышенную чувствительность сальных желез к андрогенной плазме, в том числе у женщин с акне при отсутствии гирсутизма. В настоящее время признается генетический полиморфизм ферментов и цитозольных рецепторов, влияющий на интенсивность стероидного метаболизма в кожных клетках-мишенях и чувствительность рецепторов. У женщин соответствующая конституционная форма может объединяться с гирсутизмом [85].

Таким образом, несмотря на однотипность и определенность патофизиологии полиморфных акне (гиперкератинизация фолликулярного эпителия и выводных протоков сальных желез, их повышенная активность, микробная гиперколонизация анаробными бактериями, воспалительные реакции), эпидемиологические, инициальные и тригерные их факторы являются разнообразными. Установление новых факторов этиологической гетерогенности акне нуждается в оптимизации диагностики этого заболевания.

Отдельные авторы высказывают мысль о возможности определенного значения клещей-демодицидов (Demodex folliculorum, Demodex brevis) в патогенезе акне [7, 9, 49]. Другие исследователи, базируясь на результатах проведенных клинических наблюдений и лабораторных исследований, считают демодикоз сопутствующим заболеванием при угревой болезни или ее осложнением [32, 53]. Кроме того, ряд авторов указывают на весомое значение в патогенезе акне гормональных нарушений в сочетании с токсичным действием клещей-демодицидов.

В соответствующем аспекте нуждаются в анализе результаты исследований ряда авторов, которые обнаруживали клещей-демодицидов у 42 % обследованных больных с разными клиническими формами угревой болезни. Исследования на наличие клещей проводились в материале, взятом у больных с участков кожи лица, груди, спины [7]. Авторы указывают, что частота выявления клещей-демодицидов зависит от клинической формы угревой болезни. В частности, чаще всего соответствующие клещи оказывались у больных с розацеаподобной формой дерматоза (92 %), реже, у больных с конглобатной формой (41 %) заболевания. На основании анализа проведенных исследований эти авторы пришли к выводу, что клещи-демодициды являются одним из патогенетических факторов возникновения и развития угревой болезни.

Согласно мнению отдельных исследователей при возникновении и развитии угревой болезни имеет значение не только плотность популяции клещей-демодицидов в коже больных, но и доминирование отдельных их видов [9, 13, 49], например, D.brevis.

Заслуживают также внимания результаты исследований отдельных авторов, которые указывают, что клещи-демодициды могут переносить на своем теле патогенные микроорганизмы и вирусы, а также оказывают содействие их инвазии в кожу [94].

Согласно ряду литературных сообщений на развитие и течение угревой болезни влияют разные заболевания печени. В частности, согласно данным отдельных исследователей [32, 66] у большинства обследованных больных УБ были установлены разной степени тяжести нарушения углеводного, липидного и белкового метаболизма. Ряд авторов [41, 53] указали, что у всех обследованных больных выявлялись гиперлипидемия, относительная гиперхолистеринемия, гипо- и липопротеидемия, при этом уровень показателей соответствующего дисбаланса углублялся в зависимости от степени тяжести течения УБ.

Вопрос о значении нарушений функций желудочно-кишечного тракта в патогенезе угревой болезни является противоречивым. Ряд авторов на основании результатов проведенных исследований указали на наличие хронического гастрита со сниженной или повышенной секрецией желудка, функциональных расстройств, язвенной болезни, хронического колита и гастродуоденита, что усугубляет клиническую картину дерматоза [6, 14, 32, 63].

Ряд профильных специалистов-дерматовенерологов изучили влияние нарушений состава микрофлоры кишечника на клинические проявления разных заболеваний кожи [10, 12, 15, 79]. В частности, было доказано проникновение патогенной и условно-патогенной микрофлоры кишечника через гистогематические барьеры в кровеносное русло, тем самым поддерживая возникновение вторичных очагов инфекции в организме. Довольно часто источником поддержания клинических проявлений ряда хронических дерматозов являются индигенные микроорганизмы кишечника. Установлено, что микрофлора кишечника является определенным барьером, который препятствует колонизации организма патогенными и условно-патогенными микроорганизмами [17]. При этом качественное и количественное изменение микрофлоры сопровождается образованием отрицательных микроэкологических условий для клеток организма хозяина и способствует усилению воспалительных и аллергических реакций [12]. В некоторых публикациях последних лет акцентируется внимание на существенное патогенетическое значение дисбиотических нарушений в кишечнике на клиническое течение угревой болезни у женщин [15, 16, 66]. Вместе с тем вопрос патогенетического влияния дисбактериоза кишечника на развитие и характер течения угревой болезни у мужчин нуждается в более углубленном исследовании.

Отсутствие единогласного мнения среди специалистов-дерматовенерологов о значении заболеваний желудочно-кишечного тракта на патогенез угревой болезни указывает на целесообразность проведения более углубленного исследования соответствующих нарушений.

Клинические формы и диагностика угревой болезни. Для угревой болезни существенным является полиморфизм морфологических элементов сыпи на участках воспалительного процесса, с учетом которого данный дерматоз классифицируется по клиническим формам.

Отдельные авторы [71] предлагают выделять 4 стадии тяжести угревой болезни. Пер-

вая стадия акне характеризуется наличием закрытых и открытых комедонов без выразительных воспалительных проявлений. При второй стадии наблюдаются папулы и одиночные пустулы. Третья стадия характеризуется возникновением папул, пустул и одиночных кист, а также выразительными воспалительными проявлениями. При четвертой стадии наблюдается наличие всех приведенных выше элементов сыпи. Предложено также выделять следующие клинические формы угревой болезни: комедонную, папулезную, пустулезную, уплотненную, шаровидную, абсцедирующую, флегмонозную, атероматозную, фульминантную, молниевую [32].

Морфологические элементы сыпи при угревой болезни характеризуются полиморфизмом. В частности, Адаскевич В.П. [1] указывает на 17 акне-элементов, распределяя их на первичные невоспалительные, вторичные воспалительные и третичные поствоспалительные. Подавляющее большинство исследователей выделяют комедонные и воспалительные формы акне, а также указывают на клиническое значение разнообразия элементов постакне [108, 110].

При определении клинического диагноза угревой болезни общепринятым является описание доминирующих типов морфологических элементов кожной сыпи, с учетом которых определяются тяжесть заболевания и тактика терапии. В частности, комедонные акне не сопровождаются образованием воспалительных элементов сыпи. К воспалительной сыпи относятся папулезные, пустулезные и узловатые элементы. Менее тяжелым вариантом соответствующих воспалительных элементов сыпи являются индуративные, а более тяжелым — шаровидные и конглобатные. Выделяют также тяжелые деструктивные типы поражений, в частности, узелковокистозные, абсцедирующие, колликвативные, келлоидные, рубцующиеся. При определении клинического диагноза акне учитываются также формы поражения с нетипичной локализацией и системными симптомами, в частности лихорадкой, насморком, артропатией [1, 4, 74, 98].

В определении тяжести акне, кроме наличия доминирующих типов морфологических элементов кожной сыпи, важное значение имеют численность акне-элементов, а также характер хода и разноплановые осложнения. Наиболее распространенной является деление акне на 3 или 4 степени тяжести с количественным определением преимущественно воспалительных элементов, в частности, I степень — менее 10 элементов сыпи, IV степень — более 30 воспалительных элементов или более 50 комедональных элементов при подсчете на одной половине лица, а также на участке спины размером 20×20 см [108]. Однако общепринятой классификации угревой болезни к настоящему времени не существует.

Диагностика акне основывается на анамнезе возникновения, течении и клинической картине воспалительного процесса, а также результатах лабораторных, в том числе микроскопических исследований на выявление клещей-демодицидов на участках пораженной кожи.

Для дифференциальной диагностики акне и акнеподобных дерматозов существенное значение имеют возрастные критерии возникновения и продолжительности периода заболевания.

Согласно существующей классификации акне по возрастному критерию выделяются неонатальные акне, грудничковые акне, акне взрослых.

Неонатальные акне (acne neonatorum) возникают у новорожденных детей на 5–7 день жизни [6]. Элементы кожной сыпи представлены малозаметными закрытыми комедонами на щеках, лбу и носу. Иногда могут возникать и открытые комедоны, воспалительные папулы, пустулы. Причины возникновения угрей у новорожденных связывают со стимуляцией функции сальных желез материнскими и собственными андрогенами, которые продуцируются надпочечниками [108]. Количество высыпаний может увеличиваться под влиянием мазей, которые применяются матерями для ухода за кожей ребенка. Выздоровление наступает спонтанно в течение 1–3 месяцев жизни ребенка. Срок выздоровления может быть ускорен путем местного применения 1%-ного спиртового раствора салициловой кислоты [6].

Грудничковые акне (acne infantum) отличаются от неонатальних тем, что проявляются у детей на 3–6 месяце жизни и характеризуются образованием численной сыпи, элементы которой представлены преимущественно воспалительными папулами и пустулами. Причины возникновения грудничковых акне неизвестны. Вместе с тем высказывается мнение, что заболевание связано с преждевременной секрецией андрогенов. Установлено, что грудничковые акне чаще возникают у мальчиков. Заболевание может длиться до достижения ребенком пяти лет [124, 136].

Юношеские акне (acne vulgaris), согласно отдельным литературным данным, встречаются практически у 100 % мальчиков и у 60 % девочек в возрасте 13–16 лет [118]. После пика заболевания в подростковом возрасте соответствующий показатель постепенно снижается.

Клинически юношеские акне характеризуются выразительным полиморфизмом элементов кожной сыпи. Заболевание начинается с повышения саловыделения на коже лица и волосистой части головы. В дальнейшем на фоне себореи возникают закрытые и открытые комедоны. Сначала комедоны появляются на носу, а затем на лбу, щеках и подбородке. Иногда элементы высыпания предствлены только комедонами, либо трансформируются в папулы и пустулы. Папулезная форма юношеских акне является наиболее распространенной. Высыпания могут локализоваться на лице, а также на шее, плечах, груди, верхней половине спины. Полный регресс юношеских акне, даже при отсутствии лечения, у большинства лиц происходит в возрасте 16–18 лет. У девочек процесс регресса происходит раньше, чем у мальчиков. Однако иногда клинические проявления акне продлеваются, при этом тяжесть клинической картины возрастает у юношей и снижается у девушек [6].

Термин «акне взрослых» объединяет разные формы акне, которые возникают или активизируются после 20-летнего возраста [108]. Клинические проявления угревой болезни, как свидетельствуют данные отдельных исследователей, регистрируются у 5% женщин и 3% мужчин I и II периодов взрослого возраста [5]. Нужно также отметить, что к настоящему времени общепринятой классификации разных типов акне, которые встречаются у взрослых лиц, не существует. В частности, отдельные исследователи предлагают выделять персистирующие, инверсные, конглобатные акне, поздний тип акне, пиодермию лица [74].

Адаскевич В.П. [1] объединяет в группу акне взрослых 12 типов поражений, в частности, передменструальные, гиперандрогенные, постменструальные, поздние акне у женщин, акне при андролютеоме беременных, акне спины, андрогенные акне у мужчин, конглобатные акне у мужчин с хромосомным набором ХУУ, акне тропические, допинга акне, тестостерон-индуцированные акне.

Ряд авторов [6] выделяет шаровидные, инверсные, молниеносные акне, пиодермию лица, поздние акне у женщин, тропические акне, механические акне, синдом Фавра-Ракушо, медикаментозные акне, косметические акне, хлоракне.

Шаровидные акне возникают преимущественно в раннем взрослом возрасте и характеризуются тяжелым торпидным течением. При соответствующем типе акне возникает значительное количество больших комедонов, абсцессов, кист, узлов и папулезних элементов кожной сыпи или интенсивной себореи. Морфологически кисты имеют дермальное и субдермальное фолликулярное происхождение, а узлы являются результатом асептического воспаления вследствие разрыва этих кист. Узлы размещаются глубоко в дерме и достигают верхнего участка подкожно-жировой клетчатки с дальнейшим преобразованием в абсцессы. Узлы и кисты могут также превращаться в фистулы и дренажные пазухи, которые разрешаются плотными рубцами с перепонками и свищевыми порами. У мужчин шаровидная форма акне описывается под названием «инверсные акне», а также в ассоциации с кариотипом ХУУ [103].

Молниеносные акне встречаются довольно редко и являются разновидностью тяжелого клинического хода шаровидных акне. Регистрируются исключительно у юношей и молодых мужчин. Для молниеносного типа акне характерно внезапное возникновение на туловище массивных мучительных узлов и кист. На коже лица высыпания могут не образовываться. Ход заболевания сопровождается повышением температуры тела, болями в суставах, лейкоцитозом [114, 125].

Пиодермия лица — довольно редкая форма акне, которую некоторые авторы относят к розацеа. Заболевание возникает внезапно: на коже лица на фоне эритемы и отека возникают узлы и глубокие абсцессы [109].

Поздние акне у женщин возникают после 25 лет. Клиническая картина заболевания характеризуется довольно широким диапазоном — от комедонов до узлов, которые возникают на фоне повышенного салоотделения.

Высыпания соответствующей разновидности акне связывают с нарушением функции половых желез, в частности, гиперандрогенией овариального или надпочечного происхождения [77, 120, 123]. Поздние акне у женщин нужно дифференцировать от предменструальных акне, которые возникают в норме у 70% женщин. Предменструальные акне образуются на 2–7 день до менструации с дальнейшим быстрым регрессом после ее завершения.

Тропические акне возникают преимущественно у европейцев с жирной себореей, которые попали в жаркий влажный климат тропиков. Для этой разновидности акне характерным является образование преимущественно на спине численных папуло-пустулезных элементов сыпи, на фоне которых возникают отдельные узлы и кисты [6].

Механические акне возникают у лиц, у которых длительно действующее, локальное механическое воздействие на кожу (трение, давление) приводит к повреждению верхнего участка

сально-волосяных фолликулов. Механические акне могут возникать вследствие длительно действующей носки тугих головных уборов или у лиц, которые имеют привычку постоянно растирать кожу лица и шеи [96].

Синдром Фавра-Ракушо возникает у лиц со светлой кожей и характеризуется образованием большого количества открытых и закрытых комедонов на висках, лбу, ушах и щеках. Причиной заболевания считается чрезмерная инсоляция [123].

Медикаментозные акне обусловлены некоторыми врачебными препаратами, в частности у лиц, предрасположенных к себорее. Развитие заболевания связывают с токсичным повреждением эпителия фолликулов. Дальнейшая воспалительная реакция приводит к возникновению папул или пустул. Возникновение медикаментозных акне могут провоцировать системные и местные кортикостероиды, андрогены, барбитураты, галогены (йод, бром), некоторые анти- и иммунодепрессанты. Кроме того, соответствующая разновидность акне может возникать у лиц, получающих сеансы ПУВА и УФ терапии [110].

Косметические акне возникают преимущественно у женщин, которые длительное время пользуются косметическими средствами, содержащими ланолин, вазелин, растительные масла, этанола лаурил, олеиновую кислоту, фенол, серу, сульфат цинка. Соответствующие компоненты обладают выразительными комедогенными свойствами. При этом у пациентов возникают мелкие персистирующие закрытые комедоны. Особенностью этой формы акне является то, что, несмотря на проведение адекватной терапии и полное прекращение применения косметических средств, инволюция элементов кожной сыпи происходит очень медленно [6].

Хлоракне возникают после внешнего контакта с токсичными хлорированными углеводами или после ингаляций этих веществ. Химические вещества, которые служат причиной этого заболевания, содержат полихлорбифенилы, хлор нафталаны, диоксаны, азобензолы, хлоробензины. Комедоны возникают на различных участках лица и тела. Клиническими симптомами являются также пигментные нарушения, гипертрихоз, гипергидроз ладоней и подошов, порфирия, анорексия, гиперлипидемия. Кожные и системные симптомы хлоракне могут длиться годами [93, 119].

Таким образом, к настоящему времени не полностью выясненными является целый ряд вопросов, связанных с этиологией, патогенезом, клиническим ходом и диагностикой угревой болезни.

Разнообразие этиопатогенетических типов и клинических форм угревой болезни, особенности ее течения у мужчин разного возраста указывают на целесообразность усовершенствования подходов к ее диагностике, проведение углубленного анализа нозологического профиля и клинических форм акне у пациентов, которые обращаются в специализированные дерматовенерологические учреждения, в том числе с учетом возраста больных, клинических форм и продолжительности течения соответствующего заболевания.

Решение этих задач окажет существенное содействие при разработке усовершенствованных комплексных индивидуализированных методов терапии и реабилитации больных с разными клиническими формами данного дерматоза.

Терапия различных клинических форм угревой болезни. В лечении угревой болезни применяются системные и местные противоугревые средства, которые направлены на прерывание ведущих звеньев патогенеза акне, в частности аномальную кератинизацию и дифференцировку кератоцитов в протоках и устьях сальных желез, а также гиперсеборею, закупорку протоков сальных желез, повышенную активность микрофлоры в сальных железах.

Системная терапия угревой болезни предусматривает применение антибиотиков и ретиноидов, а также препаратов, обладающих антиандрогенным действием. Предложен ряд разных схем и комбинаций соответствующей системной терапии при лечении больных угревой болезнью [1, 19, 23, 24, 47, 60, 74, 76, 84, 97, 116].

Несмотря на то, что на современном этапе УБ не рассматривается как инфекционное заболевание, антимикробная эффективность антибиотиков должна учитываться, так как направлена на угнетение роста P. acnes, уменьшение уровня свободных жирных кислот в общем объеме поверхностных липидов, ингибирование синтеза хемотоксичных факторов P. acnes, а также обладает антиоксидантным и противовоспалительным действием. Пероральное назначение антибиотиков является целесообразным при среднетяжелой и тяжелой клинической степени акне, когда воспалительные элементы сыпи невосприимчивы к внешней терапии. Антибиотикотерапия при акне осуществляется преимущественно тетрациклинами и макролидами. При этом антибиотики тетрациклинового ряда (тетрациклин, доксициклин, эритромицин) традиционно считаются основными при пероральной терапии акне

[60, 128]. Выбор суточной дозы приема тетрациклинов определяется индивидуализировано с учетом оценки эффективности и токсичности препаратов. Ряд исследователей указывают на достаточно высокую эффективность короткими курсами антибиотиков — макролидов [6].

Во всех современных схемах лечения угревой болезни рекомендуются длительные курсы перорального приема антибиотиков — от 3 до 6 месяцев. Побочные эффекты, которые при этом возникают, рекомендуется уменьшать путем индивидуализированного подбора оптимальной дозы антибиотика и параллельного назначения антимикотических препаратов [97, 108, 112, 116]. Вместе с тем необходимо отметить, что в настоящее время среди зарубежных и отечественных врачей-дерматовенерологов продолжаются дискуссии по поводу целесообразности проведения длительных курсов антибиотикотерапии при лечении угревой болезни [4, 6, 42, 74]. Соответствующие дискуссии обусловлены ростом резистентности бактерий в организме к антибиотикам при их длительном применении. Согласно результатам исследований отдельных авторов было установлено развитие резистентных штаммов P. acnes у 60 % пациентов, которые принимали тетрациклины или макролиды при общем курсе лечения больше 3 месяцев [100]. При этом указывается, что увеличение численности резистентных штаммов P. acnes прямо пропорционально продолжительности приема антибиотика.

Другой проблемой, довольно часто возникающей при длительном приеме антибиотиков, является развитие вторичных фолликулитов вследствие присоединения грамнегативных энтеробактерий, коагулазонегативных стафилококков или грибов рода Candida. В связи с этим ряд исследователей считают, что проведение многомесячной антибиотикотерапии при акне нецелесообразно в связи с развитием резистентных штаммов бактерий и нарушением биоценоза кишечника [6]. Параллельно высказывается мысль, что назначение антибиотиков курсом 5–10 дней при тяжелых формах акне также нерационально. Это обусловлено тем, что при коротких сроках применения антибиотики не могут эффективно влиять на P. acnes в сальных железах, учитывая чрезмерно высокий уровень секреции кожного сала у соответствующих больных.

Согласно данным отдельных исследователей [100] недостаточная эффективность антибиотикотерапии при акне обусловливается рядом факторов: мощность антибиотика неадекватна тяжести хода заболевания; короткий курс лечения; большая скорость экскреции кожного сала, затрудняющая создание необходимой концентрации антибиотика в сально-волосяном фолликуле; наличие фолликулита, возникающего на фоне приема антибиотика вследствие роста сапрофитов (грамнегативные бактерии, стафилококки, грибы рода Candida); развитие резистентности P. acnes к антибиотикам.

Ахтямов С.Н. и соавт. [6] на основании результатов проведенных клинических наблюдений указывают, что для достижения регресса воспалительных проявлений акне достаточным является ограничение приема антибиотиков на протяжении 1–2 месяцев с дальнейшим проведением противорецидивного лечения внешними ретиноидами. Ряд других исследователей рекомендуют назначать больным акне пероральный прием антибиотиков в комбинации с применением внешних лечебных средств, в частности третиноина и бензоилпероксида [128]. Проведение соответствующей комбинированной терапии повышает эффективность лечения, оказывает содействие уменьшению численности резистентных штаммов бактерий на коже, а также снижает уровень свободных жирных кислот. Это объясняется тем, что комедолитик оказывает содействие увеличению проникновения антибиотика в протоки сальных желез.

В системной терапии тяжелых клинических форм угревой болезни также применяется препарат «Изотретиноин» (роаккутан). Согласно результатам исследований ряда авторов роаккутан является наиболее мощным противоугревым препаратом системного действия, который предотвращает образование рубцов и позволяет достигать излечения или длительных ремиссий [31, 43, 105, 112, 126, 128]. Доказано, что роаккутан оказывает непосредственное влияние на патологическую фолликулярную кератинизацию, а также ослабляет функцию сальных желез и уменьшает их размеры на 90 %. Кроме того, препарат является мощным комедолитиком, предотвращает образование микро- и макрокомедонов, обладает антихемотоксичным и противовоспалительным действием, а также оказывает содействие изменению питательных факторов для микроорганизмов и, таким образом, уменьшает численность P. acnes [122]. Уменьшение продукции кожного сала при приеме роаккутана происходит довольно быстро, через 2 недели от начала терапии. При этом уменьшается рост P. acnes и их способность к генерации противовоспалительных медиаторов. При лечении роаккутаном существенно уменьшается коли-

чество и размеры воспалительных элементов сыпи (папуло-пустулезных, нодулокистозных). Роаккутан назначают на длительный срок (от 4 месяцев до 1 года) в дозах от 0,1 до 1 мг/кг в сутки в зависимости от тяжести заболевания. Вместе с тем, частота нежелательных побочных эффектов, возможность угрозы тератогенного действия, противопоказание при разной сопутствующей патологии, а также достаточно высокая его стоимость привели к ограничению применения этого препарата, в частности, только при наличии тяжелых клинических форм акне [97, 116].

Накопленный в последние годы клинический опыт применения роаккутана способствовал разработке усовершенствованных схем его применения. В частности, Ахтямов С.Н. [6] предложил прерывистую схему (пульс-терапия) назначения роаккутана по 40 мг в сутки на протяжении недели с дальнейшим перерывом в течение месяца. Продолжительность лечения по соответствующей прерывистой схеме должна составлять от 4 до 12 курсов пульсатерапии.

Наиболее угрожающим побочным эффектом роаккутана является его тератогенное действие, в связи с чем препарат нежелательно применять женщинам репродуктивного возраста. При назначении роаккутана женщинам репродуктивного возраста предлагается параллельное применение контрацептивов за месяц до назначения роаккутана и далее в течение всего курса лечения, а также на протяжении нескольких месяцев после его завершения.

При недостаточной эффективности антибиотикотерапии акне у женщин репродуктивного возраста подавляющее большинство специалистов-дерматовенерологов рекомендуют назначение половых гормонов, так как одним из возможных факторов развития этого заболевания является изменение гормонального статуса.

Основными мишенями гормональной терапии являются андрогены, которые продуцируются яичниками и надпочечниками, а также андрогены рецепторов в коже [67, 129].

При лечении больных акне применяются эстрогены, пероральные антиандрогены, глюкокортикоиды. Согласно результатам наблюдений ряда исследователей применение эстроген-гестагенных препаратов в лечении женщин, больных акне, позволяет достигать достаточно высокой терапевтической эффективности [57, 85, 86]. При этом указывается, что более выразительный терапевтический эффект наблюдается при применении эстрогенов в комбинации с гестагенами. Механизм действия этих препаратов состоит в антиандрогенной супрессии андрогенов, которые продуцируются яичниками, а также за счет повышения уровня глобулинов, которые связывают половые гормоны и оказывают содействие снижению уровня циркулирующих свободных андрогенов. Комбинированное применение препарата «Диане-35», который содержит прогестерон с антиандрогенной активностью (ципротерона ацетат) и этинилэстрадиол, является особенно эффективным для женщин с поздним акне. Доказано, что ципротерона ацетат уменьшает синтез андрогенов в яичниках и действует на периферические ткани-мишени, конкурентно уменьшая присоединение эндогенных андрогенов, в частности 5α-дегидротестостерона, к андрогенным рецепторам [92]. Согласно отдельным литературным данным положительный терапевтический эффект при применении препарата «Диане-35» регистрировался у 70% женщин, больных поздними акне. Вместе с тем, после прекращения соответствующей терапии у 40% обследованных регистрировались рецидивы заболевания [6, 31].

К стероидным антиандрогенам принадлежит спиронолактон — антагонист альдостерона. Он блокирует рецепторы андрогенов непосредственно в сальных железах, уменьшает синтез кожного сала, а также ингибирует биосинтез андрогенов [1, 5].

Согласно результатам клинических наблюдений ряда исследователей антиандрогенный эффект гормональной терапии возрастает при комбинированном применении контрацептивных препаратов с ципротерон ацетатом (андрокур), что существенно уменьшает продукцию кожного сала. Предлагалось также усиливать угнетение секреции кожного сала путем комбинации эстрогенов с кортикостероидами в низких дозах. Глюкокортикостероиды в низких дозах оказывают содействие противовоспалительному и антиандрогенному эффектам, особенно у больных акне с врожденной гиперплазией надпочечников. В соответствующих случаях целесообразным является назначение преднизолона в дозе 2,5–5 мг в сутки или дексаметазона в дозе 0,5 мг в сутки [20].

К группе современных патогенетических средств внешней терапии акне принадлежат местные ретиноиды (третиноин, ретин-а и др.), азелаиновая кислота, местные антибиотики и бензоилпероксид [4, 28, 46, 55, 70, 102]. Согласно существующему алгоритму терапии при акне I степени тяжести лечение ограничивается назначением топического третиноина и бензоилпероксида.

При акне II и III степени применяются топические ретиноиды с бензоилпероксидом и системная терапия оральными антибиотиками или гормональными препаратами, а при акне IУ степени назначается изотретиноин или топические ретиноиды с оральными антибиотиками и гормональная антиандрогенная терапия [23, 52, 56].

При применении третиноина могут возникать побочные проявления, в частности, эритема, сухость кожи и шелушение [4, 6]. Кроме того, на фоне лечения может временно увеличиваться количество микрокомедонов. Соответствующий процесс носит транзиторный характер и не нуждается в отмене препарата.

Азелаиновая кислота (скинорен) также является достаточно эффективным противоугревым препаратом, обладающим антикератинизирующими, комедолитическими, противовоспалительными и противомикробными свойствами [1, 37, 73]. В большинстве предложенных схем терапии акне скинорен рекомендуется при комедональных и легких воспалительных формах заболевания. Вместе с тем отдельные исследователи рекомендуют назначать скинорен при келоидно-кистозной форме акне [69]. Скинорен преимущественно действует на кератиноцити в терминальной фазе их дифференцирования. В частности, под действием этого препарата замедляется пролиферация кератиноцитов в воронках фолликулов, уменьшается толщина рогового слоя и межклеточный отек. Противовоспалительное действие азелаиновой кислоты осуществляется также за счет ограничения колонизации протоков сальных желез микрофлорой [98]. Азелаиновая кислота, в отличие от ретиноидов, не обладает себосупрессивным действием. Экспериментальными и клиническими исследованиями было установлено, что азелаиновая кислота непосредственно не действует на морфологию и функционирование сальных желез [98]. Доказано также, что лечебный эффект скинорена является более медленным и более слабым, чем ретиноидов. Начальный терапевтический эффект наблюдается через 4 недели от начала применения скинорена, заметное уменьшение численности комедонов происходит через 3 месяца, а существенное уменьшение численности папул и пустул — через 4–5 месяцев [4, 5]. Преимуществом скинорена является возможность его применения в разные сезоны года, учитывая отсутствие фотодинамических реакций. Кроме того, скинорен не обладает тератогенным и мутагенным действием, а также может применяться при раздражительной коже у атопиков, больных акне [1, 108].

На протяжении последнего десятилетия среди специалистов-дерматовенерологов длятся дискуссии рациональности применения местных антибиотиков при акне, обусловленные тем, что антибиотики, которые входят в состав местных противоугревых препаратов, при их длительном применении оказывают содействие формированию резистентных штаммов бактерий [112, 116].

В ряде литературных сообщений последних лет предложены методики совместного применения бензоилпероксида с топическими антибиотиками с целью предотвращения развития антибиотикостойких штаммов бактерий и усиления объединенного антимикробного эффекта [116], а также методики комбинированного местного лечения акне топическими ретиноидами и бензоилпероксидом. Вместе с тем, согласно результатам исследований отдельных авторов бензоилпероксид не обладает себосупрессивным действием [4]. Кроме того, указывается, что этот препарат может вызывать контактный дерматит и усиливать чувствительность кожи к инсоляции.

В комплексном лечении больных угревой болезнью применяется также ряд местных химических антисептиков (хлоргексидин, ихтиол) и антимикробных средств растительного происхождения [33, 72].

Нужно отметить, что длительная системная и местная терапия угревой болезни может приводить к нежелательным побочным эффектам. В связи с этим важными являются вопросы повышения безопасности базисного лечения акне [1, 6]. В частности, рекомендуется применять препараты с гепатопротекторным и детоксикационным действием, а также иммуномодуляторы [11, 22]. При конглобатных формах акне на фоне вторичного иммунодефицита отдельные исследователи рекомендуют назначать препараты цинка, лейкинферон, липоевую кислоту [35, 36]. Отдельные авторы рекомендуют включать стафилококковую вакцину в комплексную терапию тяжелых форм акне [45].

Отдельные авторы с учетом установленного патогенетического значения дисбактериоза кишечника на клиническое течение угревой болезни рекомендуют включать пробиотики, пребиотики, протигрибковые и ферментные препараты в комплексную терапию больных с тяжелыми формами этого дерматоза [15, 16, 27, 66].

Важное значение в комплексной индивидуализированной терапии акне принадлежит

средствам седативного действия и психотерапии [18, 25, 26, 48].

На современном этапе среди профильных специалистов-дерматовенерологов активно дискутируется вопрос о целесообразности проведения при угревой болезни лечебно-косметологических мероприятий, в частности, механических и химических пилингов, глубокой очистки кожи, крио- и лазеротерапии и др., с целью повышения эффективности базисного лечения и терапевтической коррекции резидуальных проявлений воспалительного процесса [3, 26, 29, 68, 112]. При этом указывается на целесообразность рационального подхода к проведению соответствующих процедур.

В многочисленных публикациях последних лет представлен опыт применения косметических средств повседневного ухода за кожей у больных акне после завершения базисного лечения, в частности, моющих и увлажняющих препаратов, тоников, а также декоративной косметики [11, 21, 23, 24, 42, 51, 78]. При этом акцентируется внимание на необходимости дифференцированного подхода к назначению соответствующих косметических средств. Это обусловлено тем, что косметические средства могут или существенно улучшать эффективность предыдущей базисной терапии и внешний вид пациента, или оказывать содействие их ухудшению.

Нужно отметить, что предложенные в настоящее время различные методы и средства лечения угревой болезни (акне) часто являются недостаточно эффективными, что нуждается в разработке новых и усовершенствованных подходов к терапии и реабилитации больных этим дерматозом.

Перспективные пути исследования дополнительных звеньев патогенеза угревой болезни у мужчин. Анализ приведенного выше обзора специальной литературы указывает, что подавляющее большинство научных исследований последнего десятилетия по проблеме угревой болезни посвящено лицам женского пола [14, 16, 53, 64, 66]. Вместе с тем генетические, анатомические, физиологические, гормональные и другие отличия организма женщин и мужчин могут влиять на определенные патогенетические звенья развития угревой болезни, а также на характер и тяжесть течения этого дерматоза у лиц разного пола. В связи с этим нуждаются в дальнейшем исследовании некоторые дополнительные звенья патогенеза, характера течения и клинических форм угревой болезни у мужчин разных возрастных категорий. В частности, целесообразным является изучение микроценоза и жирно-кислотного состава участков пораженной кожи у мужчин, больных разными клиническими формами угревой болезни. Кроме того, нуждается в более углубленном изучении наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени, а также состояние микроценоза кишечника, в том числе видовой состав и количественное содержимое кишечной микрофлоры. Целесообразным является также определение показателей уровня половых гормонов, нуждается в изучении возможность корреляционной связи и влияние изменений жирно-кислотного состава микробиоценоза кожи, дисбактериоза кишечника и нарушений метаболизма половых гормонов на характер течения угревой болезни у мужчин. Научное и практическое значение будут иметь результаты экспериментальных культуральных и электронно-микроскопических исследований и структурно-морфологических изменений выделенных с кожи и кишечника больных угревой болезнью мужчин патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и дрожжеподобных грибов рода Candida при их инкубации в присутствии некоторых современных антибиотиков и антимикотиков системного действия.

Под нашим наблюдением находились 78 мужчин в возрасте от 18 до 53 лет со средней и тяжелой формами клинического течения угревой болезни. У большинства обследованных диагностированы заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, а также нарушения видового и количественного содержания кишечной микрофлоры. По результатам исследований у мужчин, больных угревой болезнью, определена корреляционная взаимосвязь между степенью тяжести дисбактериоза кишечника и тяжестью течения угревой болезни.

Результаты соответствующих исследований будут способствовать разработке усовершенствованных комплексных методов лечения угревой болезни у мужчин с индивидуализированным учетом патогенетических звеньев развития и клинических форм дерматоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Акне и розацеа. — СПб.: Ольга. 2000. 132 с.
3. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА. 2003. 160 с.
3. Андреева Л.Н.,Меркулова С.А. Опыт сочетанного применения пилингов New Youth Perfect peel и геля «Куриозин» в лечении невоспалительных форм акне //Тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов. — СПб. 2003. Т. 1. 161 с.
4. Аравийская Э.А., Красносельских Г.В., Соколовский Э.В. Кожный зуд. Акне. Урогенитальная хламидийная инфекция — СПб.: Сотис. 1998. С. 68–110.
5. Аравийская Э.Р., Соколовский Э.В. Наружная терапия акне: новые возможности и перспективы. //Тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов. — СПб. 2003. Т. 1. С. 162.
6. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. — М.: Медицина. 2008. 400 с.
7. Бабаева М.А., Добржанская Р.С., Меледжаева М.А.. Амангулиев А. Клещ-железница при угревой болезни в условиях Туркмении //Сборник научных трудов «Новые косметические препараты и лечение заболеваний и косметических недостатков». — Москва. 1988. С. 40–41.
8. Багмет А.Н., Шаповалова О.В. Коррекция нарушений микроценоза кожи при легких формах угревой болезни //Дерматология и венерология. 2003. №1(19). С. 44–46.
9. Бакшт Б.П. Фолликулярный демодекс у больных розацеа // Вестник дерматологии и венерологии. 1966. №8. С. 15–21.
10. Бурнашева Р.Х., Рахматуллина Н.М.. Гумерова А.М. Крапивница и хронические очаги инфекции // Казанский медицинский журнал. 1995. №1. С. 510–52.
11. Буровая С.А., Маковая Г.Н. Актинолизат в комплексном лечении угревой болезни // Тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов. — СПб. 2003. Т. 1. С. 164.
12. Бухарин О.В., Малышев А.В. Факторы персистенции кишечной микрофлоры при дисбиозе // Вестник Российской академии медицинских наук. 1997. №3. С. 19–22.
13. Волощенко А.Э. Роль клеща-железницы в возникновении дерматоза кожи типа розовых угрей // Сборник научных работ им. Я.И. Свердлова. — Л., 1970. С. 45–48.
14. Высоцкая Г.Л. Патогенетическое обоснование комплексной терапии женщин, больных угревой болезнью // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Харьков. 2006. 18 с.
15. Волкова Л.А., Халиф И.Л., Кабанова И.Н. Влияние дисбактериоза кишечника на течение вульгарных угрей // Клиническая дерматология. 2001. №6. С. 39–41.
16. Вольбин С.В. Дифференцированные подходы к лечению больных угревой болезнью с учетом метаболичных нарушений, микробиоценоза кожи и кишечника // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Харьков. 2008. 16 с.
17. Воробьев А.А. Дисбактериоз — актуальная проблема медицины // Вестник Российской академии медицинских наук. 1997. №3. С. 4–7.
18. Высоцкая А.Л. К вопросу терапии угревой болезни у женщин // Украинский медицинский альманах. 2006. №1. С. 40–43.
19. Гашинов Ю.С., Гашинова Э.Ю., Харитонова Э.Г., Андреева Д.А. Применение «Далацина Т» в комплексном лечении угревой сыпи //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2000. №2(3). С. 223–224.
20. Гомболевская С.Л. Гиперандрогенная дерматопатия при синдроме поликистозных яичников // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Москва. 1997. 21 с.
21. Гончарова П.А. Опыт применения лазерной дермаабразии в лечении рубцов постакне // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2001. №2–3(4). С. 170–172.
22. Гулей Л.О. Влияние комплексного лечения больных на акне с использованием препарата «Ів-Кер» на иммунологические показатели крови и некоторые параметры липидного обмена //Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2006. №3(22). С. 33–37.
23. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. Акне: природа возникновения и развития, вопросы систематизации и современные ориентиры в выборе терапии // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. №4. С. 8–13.
24. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. Клинико–лабораторные показатели рецидивов вульгарных угрей, коррекция этих состояний // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. №5. С. 73–77.
25. Дворянкова Э.В., Потекаев Н.Н., Горячкина М.В., Доброхотова Ю.Э., Рагимова З.Э. Психосоциальные аспекты угревой болезни у женщин с синдромом гиперандрогении

// Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 3. С. 47–50.
26. Должикова Э.М., Горбунова И.С. 20-летний опыт лечения угревой болезни в отделении детской дерматологии Института красоты // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. «Возрастные аспекты дерматологии, венерологии и косметологии». — М.: РМАПО. 2000. С. 11–12.
27. Дюдюн А.Д., Резниченко Н.Ю. Применение системных пробиотиков — путь к улучшению лечения угревой болезни // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2007. № 1–4(10). С. 98–102.
28. Забненкова О.В. Патогенетическое обоснование местного лечения вульгарных угрей // Клиническая дерматология и венерология. 2006. № 2. С. 43–46.
29. Иринчин Г.В. Оптимизация профилактически-реабилитационных мероприятий при лечении больных угревой болезнью // Журнал дерматовенерологии, косметологии им. М.О. Торсуева. 2003. № 1–2(6). С. 13–17.
30. Калюжная Л.Д., Шухтин В.В. Современный взгляд на роль половых гормонов у больных мужчин с угревой болезнью // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2004. № 1–2(7). С. 214–215.
31. Качук М.В., Музыченко А.П. Угревая болезнь // Материалы IV съезда дерматовенерологов Республики Беларусь. — Минск. 2001. С. 248–251.
32. Ковалев В.М. Угревая сыпь. — Киев: Здоровье. 1991. 143 с.
33. Козин В.М. Наружная фармакотерапия дерматозов. — Минск. 1997. С. 59–63.
34. Кокорина В.Ф., Каухова А.А. Поликистоз яичников (методические рекомендации). — Москва. 2001. 26 с.
35. Колесниченко С.А. Комплексная этиопатогенетическая терапия больных акне с учетом показателей липидного обмена и уровня цинка в сыворотке крови // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Москва. 2000. 18 с.
36. Котова Н.В. Комплексное лечение ювенильных акне с использованием лейкинферона. // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Москва. 1999. 17 с.
37. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Шабардина О.В., Кениксфест Ю.В., Кащеева Л.В., Есаулова Э.А., Корчевая Т.А. и др. Опыт использования нового препарата азелаиновой кислоты — геля Скинорен в терапии угревых сыпей //Клиническая дерматология и венерология. 2005. № 4. С. 31–36.
38. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Багмет А.Н., Шаповалова О.В. Микробиоценоз кожи у больных угревой болезнью и пути его коррекции // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2003. № 1(8). С. 43–47.
39. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Багмет А.Н. Комбинированная терапия угревой болезни с учетом микроценоза пораженной кожи //Новости дерматологии и венерологии. 2002. № 2. С. 46–47.
40. Кутасевич Я.Ф., Огурцова А.Н., Маштакова И.А. Лечение акне с учетом разработанных критериев оценки степени тяжести // Первый Российский конгресс дерматовенерологов. Тезисы научных работ. — СПб. 2003. Т. 1. С. 64.
41. Кутасевич Я.Ф., Огурцова А.Н., Шляхов Н.А., Маштакова И.А. Корреляционные связи метаболических показателей у больных угревой болезнью. Современные проблемы дерматовенерологии, косметологии и управление здравоохранением. Сборник научных работ. — Харьков. 2004. Вып. 3. С. 288–289.
42. Лавриненко В.Н. Антибиотики в терапии угревой болезни // Материалы IV съезда дерматовенерологов Республики Беларусь.— Минск. 2001. С. 160–162.
43. Литус И.В. Опыт лечения угревой болезни роаккутаном в сочетании со скинореном // Журнал дерматологии и венерологии. 2000. № 2(10). С. 76–79.
44. Масюкова С.А., Ахмедов Н.М., Федоров С.Б. Ретинола пальмитат в терапии больных вульгарными угрями // Вестник дерматологии и венерологии. 1992. № 10. С. 36–37.
45. Масюкова С.А., Бекмагомаева З.С., Разумова С.А. и др. Вакцинотерапия больных тяжелыми формами акне // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматологии, венерологии и косметологии». — Москва. 2000. С. 53–54.
46. Масюкова С.А., Ахтямов С.Н. Акне: проблемы и решение // Consilium medicum. 2002. Т.4. № 5. С. 217–223.
47. Молочков В.А., Романенко Г.Ф., Кряжева С.С., Жигульцова Т.И. Роаккутан в комплексном лечении флегмозных и конглобатных угрей // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. № 1. С. 51–53.

48. Монахов С.А., Иванов О.Л. Современная терапия акне антиандрогенными препаратами у женщин: эффективность и переносимость // Гинекология. 2006. №3. С. 25–30.
49. Мухина Н.М., Евсеева В.В. Значение биологических особенностей угревой железницы в патогенезе и терапии розовых и вульгарных угрей // Сборник трудов 1-го Московского медицинского института. 1980. С. 59–60.
50. Нобл У.К. Микробиология кожи человека: — М.: Медицина, 1986. 493 с.
51. Новоселова Э.Г., Агульский О.И. // Материалы научно-практической конференции «Природные минералы и косметика». — Новосибирск. 2000. С. 40–42.
52. Огурцова А.Н., Митряева Н.А., Маштакова И.А. Влияние гормонального типа на иммунологическую реактивность организма у больных акне // Материалы научно-практической конференции «Возраст и кожа». — Киев. 2004. С. 69–70.
53. Огурцова А.Н. Комплексное лечение больных угревой болезнью с учетом гормонального фона и микроценоза кожи. // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Харьков. 2005. 22 с.
54. Папий Н.А. Медицинская косметика. Практическое пособие для врачей. — Минск. 1999. 192 с.
55. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Скинорен-гель в терапии и профилактике акне // Клиническая дерматология и венерология. 2007. №4. С. 40–43.
56. Половко Н.П., Ткаченко С.Г. Рациональные подходы к лечению угревой болезни // Дерматология и венерология. 2004. №3(25). С. 65–68.
57. Потекаев Н.Н., Доброхотова Ю.Э., Горячкина М.В. и соавт. Угревая болезнь и гиперандрогения: некоторые аспекты диагностики // Клиническая дерматология и венерология. 2008. №6. С. 24–27.
58. Проценко Т.В., Кондратенко И.В. Опыт лечения больных угревой болезнью // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2001. №2–3. С. 44–45.
59. Проценко Т.В., Кондратенко И.В. Опыт лечения спортсменов с угревой болезнью // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2002. №2(3). С. 201–203.
60. Проценко Т.В., Корчак И.В., Проценко О.А., Стинская Я.Б. Юнидокс солютаб в комплексном лечении больных угревой болезнью //Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2005. №2(17). С. 51–56.
61. Проценко Т. В., Каплан А.В. Инновационные подходы к наружной терапии обыкновенного акне // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2007. №2(25). С. 12–14.
62. Проценко Т.В., Лебединская Л.А., Проценко О.А. Изотрексин в комплексном лечении при угревой болезни // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2008. №3(30). С. 63–64.
63. Радионов В.Г., Высоцкая А.Л., Гусь О.С. Эффективность применения антигомотоксических препаратов и комплекса Celebis при лечении угревой болезни // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2005. №3. С. 36–38.
64. Радионов В.Г., Высоцкая А.Л. Особенности гормонального и психосексуального статуса женщин, больных угревой болезнью // Журнал дерматологии, косметологии им. М.О. Тосуева. 2005. №1–2. С. 115–118.
65. Рахманова С.Н., Юцковский А.Д., Диго Р.Н., Накоряковал Ф. Стафилококки в микробиоценозе акне-элементов больных угревой болезнью // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2005. №3–4(8). С. 111–113.
66. Резниченко Н.Ю. Современные аспекты патогенеза угревой болезни // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2007. №1–4(10). С. 169–174.
67. Рудых Н.М. Роль гипоталамического синдрома в патогенезе гиперандрогенной дермопатии и разработка патогенетически ориентированного принципа лечения. // Автореф. дис. докт. мед. наук. — Иркутск. 2000. 38 с.
68. Самгин М.А., Монахов С.А. Комплексный подход к местной терапии акне с применением средств лечебной косметики. «Эксфолиак» // Клиническая дерматология и венерология. 2005. №3. С. 75–77.
69. Самцов А.В., Шимановский Н.Л. Новые возможности в лечении угревой болезни с помощью скинорена // Российский журнал кожных и венерических болезней. 1999. №3. С. 64–66.
70. Сафарова Г.Г. Комплексное лечение вульгарных угрей с учетом патогенетических механизмов формирования резистентности к антибиотикотерапии и влияние на процесс салоотделения // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Москва. 1998. 23 с.
71. Сергеев В.П., Рокицкая В.Н. Роль цинка в патогенезе и лечении вульгарных угрей // Вестник дерматологии и венерологии. 1983. №9. С. 14–17.

72. Сидорова И.Л. Опыт лечения тяжелых форм угревой болезни // Материалы Пленума Белорусского медицинского общества врачей-дерматологов и венерологов — Минск. 2000. С. 181–184.
73. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А. Скинорен в терапии угревой болезни // Вестник дерматологии и венерологии. 1993. № 6. С. 13–17.
74. Соколовский Э.В., Красносельских Г.В., Аравийская Э.А. Лечение акне // Новости фармакотерапии. 1998. № 5–6. С. 87–96.
75. Солошенко Э.М., Кутасевич Я.Ф., Огурцова Г.М., Соловьева О.И. Угревая болезнь: иммунный гомеостаз и дифференционная диагностика степеней тяжести хода заболевания с использованием нейронной сети //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2005. № 1–2(8). С. 69–72.
76. Суворова К.Н., Котова Н.В. Акне // Новый медицинский журнал. 1997. № 3. С. 7–9.
77. Суворова К.Н., Гомболевская С.Л., Камарина М.В. Гиперандрогенные акне у женщин. — Новисибирск: Экор. 2000. 124 с.
78. Тлишь М.М. Применение геля «Телекс-акне» для наружной терапии угревой болезни // Материалы научно-практической конференции «Современные методы лечения в дерматовенерологии». — Казань. 2001. С. 79–80.
79. Федорова Э.Р. Микрофлора толстого кишечника у детей, страдающих аллергическими заболеваниями // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Новгород, 1992. 18 с.
80. Федотов В.П., Горбунцов В.В., Соболь Н.В. Спорагал в комплексной терапии больных угревой болезнью, осложненной малассезиозом кожи // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2005. № 3–4(8). С. 40–43.
81. Федотов В.Г., Святенко Т.В. Акне: теория и практика // Дерматовенерология, косметo-логия, сексопатология. 2006. № 1–2(9). С. 80–85.
82. Федотов В.П., Юшишин Н.И., Святенко Т.В. Фолликулярные папулезные высыпания на волосистой части головы, туловище, конечностях // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2001. № 2–3 (4). С. 210–212.
83. Хмелева А.В., Колесник А.Н. Некоторые аспекты диагностики и лечение угревой болезни // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2006. № 3–4(9). С. 230–235.
84. Цепколенко В.А., Маврова Д.И. Современные подходы к патогенезу и лечению угревой болезни // Дерматология и венерология. 2007. № 4(38). С. 41–44.
85. Шахмейстер И.Я., Машкиллейсон Л.А. «Диане» в терапии гирсутизма, угревой сыпи и себореи // Вестник дерматологии и венерологии. 1993. № 6. С. 11–12.
86. Шишкова М.В. Опыт применения антиандрогенного препарата «Логест» в терапии угревой болезни // Актуальные проблемы дерматологии и венерологии. — М.: ЦНИКВИ. 2000. С. 77.
87. Шишкова М.В. Опыт применения нового препарата «Дифферин» для наружной терапии акне // Тезисы научных работ Российского конгресса дерматовенерологов. — СПб. 2003. Т. 1. С. 181.
88. Шухтин В.В. Уровень половых гормонов у мужчин, больных угревой болезнью // Дерматология, косметология, сексопатология. 2004. № 3–4 (7). С. 65–68.
89. Юцковская Я.А., Мельникова Э.В., Метляева НБ. Оценка состояния психоэмоциональной сферы у больных акне // Вестник дерматологии и венерологии. 2005. № 3. С. 48–49.
90. Aizava H., Niimura M. Oral spinolactone therapy in male patients with rosacea //Journ. Dermatol. 1992. Т. 19. № 5. P. 293–299.
91. Allaker R., Greenman J., Osborne R. The production of inflammatory compounds by Propionibacterium acnes and others skin organisms // Brit. J.Dermatol. 1987. Vol. 117. P. 175–183.
92. Beylot C. Oral contraceptives and cyproteron acetate in female acne treatment // J.Invest. Dermatol. 1997. Vol. 108. P. 393.
93. Birnbaum L. The mechanism of dioxin toxicity: relationship to risk assessment //Environ. Health Perspect. 1994. Vol. 102. Supp. 9. P. 157–167.
94. Borrie P., Jones B. Staphylococcal granuloma, rosacea and conjunctival cicatrisation // Proc. Roy. Soc. Med. 1969. V. 52. P. 553–554.
95. Burke B., Cunliffe W. The assessment of acne vulgaric-the Leed technique // Dr.J.Dermatol. 1984. Vol. 111. P. 83–92.
96. Busler R. Acne mechanica in athletes // Cutis. 1992. Vol. 50. P. 125–128.
97. Cargnello J. Acne:whats new? // Dermatology. 1996. Vol. 165. P. 153–158.
98. Cunliffe W. Acne and unemploument // Brit.J.Dermatol. 1987. Vol. 123. P. 116–118.
99. Cunliffe W., van de Kerkhof P., Capuyo R. et al. Roaccutane treatment guidelines, results of an international survey // Dermatology. 1997. Vol. 194. P. 351–357.

100. Eady E., Ingham E., Wallers C. Modulation of comedonal levels of interleukin-1 in acne patients treated with tetracyclines // J.Invest. Dermatol. 1993. Vol. 101. P. 86–91.
101. Eady E.A. Bacterial Resistance in Acne// Dermatology. 1988. Vol. 196. P. 59–66.
102. Elson M. Differential effects of glycolic acid and tretinoin in acne vulgaris // Cosmetol. Dermatol. 1992. Vol. 5. P.28-32.
103. Eckert P. Acne inverse//Zentalbe. Chir. 1996. Vol. 121. P. 65–67.
104. Gibrig P., Grimmel M., Moll J. Jung E.G. Spezeille Spateffekte bei PUVA-Patient // Aktuel. Dermatol. 1989. D.15, № 1–2. S. 28–31.
105. Goulden V., Clark S., McGeown C., Cunliffe W. Treatment of acne with intermittent isotretinoin // Br.J.Dermatol. 1997. Vol. 137. P. 106–108.
106. Goulder V., Stables G., Cunliffe W. Prevalence of facial acne in adults // J. Am. Acad. Dermatol. 1999. Vol. 41. P. 577–580.
107. Harper J.C., Thiboutot D.M. Pathogenesis of acne: recent research advances // Adv. Dermatol. 2003. Vol.19. P. 1–10.
108. Jansen T., Michelsen S., Plewig G. Acne neonatorum: diagnosis and treatment.Sebaceous Gland, Acne and Related Disorders-Basic and Clinical Research, Clinical Entities and Treatment. Abstracts for the IY International Dermatology Symposium. Berlin//J. Europ. Acad. Dermatol. and Venereol. 1997. Vol. 11, №1. P. 386.
109. Jansen T., Plewig G. An historical note on pyoderma faciale // Br.J.Dermatol. 1993. Vol. 129. P. 594–596.
110. Kaminer M., Gilchrest B. The many faces of acne // J.Amer.Acad.Dermatol. 1995. Vol. 32. P. 6–14.
111. Kutasevich Y.F. Mitriayeva N., Mastakova I., Ogurtsova A. Hormonal disbalance at patients with acne//J.Acad.Dermatol.Venereol. 2005. Vol. 19. Supp.2. P. 1–12.
112. Landaw K. Dispelling myths about acne// Postgraduate Medicine. 1997. Vol. 102, №2. P. 1–11.
113. Liao S. Androgen action:molecular mechanism and medical applicftion //J.Formos Med. Assoc. 1994. Vol. 93. P. 741–751.
114. Lepagney M., Muscat G., Stalder J. Caspour diagnostic:acne fulminans // Ann.Dermatol. Venereol. 1993. Vol. 120. P. 917–918.
115. Leyden J. Guest editorial. A review of the use of combination therapies in the treatment of acne vulgaris// J.Am.Acad.Dermatol. 2003. Vol.49. P. 119–210.
116. Leyden J.J. Therapy for acne vulgaris // N. Engl. J. 1997. Vol. 336. P. 1156–1162.
117. Leyden J.J. A review of the use of combination therapies die treatment of acne vulgaris // J. Am. Acad. Dermatol. 2003. Vol. 49, Suppl. 3. P. 200–210.
118. Lusky A.W., Biro F., Huster G. et al. Acne vulgaris in Early Adolescent Boys// Arch. Dermatol. 1991. Vol. 127. P. 210–216.
119. Mc. Danagh A., Gawkrodger D., Walker A. Chloracne-study of an outbreak with new clinical observations // Clin.Exp.Dermatol. 1993. Vol. 18. P. 523–525.
120. Mc.Kenna T. Variable androgen sensitivity in relationship to hirsutism and acne (comment) // Clin.Endocrinol. 1993. Vol. 39. P. 551–556.
121. Meigel W.N. Acne in der Pubertat: Abwarten, vorsichtig oder beherzt therapien? // Fortschriffe der praktischen Dermatologie und Venerologie. — Berlin: Springer. 1999. P. 165–169.
122. Melnik D.C. Kinner T., Plewig G. Influence of oral isotretinoin treatment on the composition of comedonal lipids. Implications for comedonalthis in acne vulgaris // Arch. Ltrmatol.Res. 1988. Vol. 280. P. 97–102.
123. Molinatti G., Messina M., Monaco A. Virilization in women. Clinical and therapeutic aspects // Minerva-Endocrinol. 1993. Vol. 18. P. 1–11.
124. O'Brien J.M. Common skin problems of infancy, clilhood, and adolescence // Prime Care. 1995. Vol. 22. P. 99–115.
125. Piazza J., Guinta G. Lytic bone lesions and polyarthritis associated with acne fulminans // Brit.J.Rheumatol. 1991. Vol. 30. P. 387–389.
126. Plewig G., Albecht G., Ytnz B. et al. Systematiche Behandulung mit Isotretinoin/Aktueller Stand // Yaurazzt. 1997. №48. P. 881–885.
127. Plewig G., Dressel H., Pfleger M. et al. Low-dose isotretinoin combined with tretinoin is effective to correct abnormalities of acne // J.Dtsch. Dermatol. Ges. 2004. Vol. 2. P. 31–45.
128. Plevig G., Jansen T., Kligman A.M. Pyoderma faciale. A reviw and report of 20 additional cases: is it rosacea // Arch Dermatol. 1992. T. 128. №12. P. 1611–1617.
129. Plewig G., Novel acnes cases//Journal of the European Academy of Dermatol. and Venereol. 2001. Vol. 15. Suppl.2. P. 101–103.
130. Poli F., Rabet V., Lauze C. Adroute H., Morinet P. Efficacy and safety of 0,1% retinaldehyde /6% glycolic acid for mild to moderate acne vulgaris. A. multicentre, double-blind, randomized, vehicle-controlled trial // Dermatology. 2005. Vol. 210. Suppl. 1. P. 14–21.

КОРРЕКЦИЯ РУБЦОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЖИ МЕТОДОМ ПОВТОРНОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ

Э.Г. КИМ

Центр эстетической хирургии «CHIROY-TIB»

Рубцовые изменения кожи — одна из актуальнейших проблем эстетической медицины и дерматологии в частности.

В медицинской литературе достаточно, много работ, посвященных этой проблеме, но учитывая обилие рубцовых деформаций, нет единого универсального метода коррекции рубцов, так как в каждом конкретном случае вопрос коррекции решается индивидуально.

На сегодняшний день одним из самых эффективных методов коррекции рубцов является метод лазерной абляции, который выполняется при гипертрофических, атрофических и нормотрофических послеоперационных, посттравматических, послеожоговых и постугревых рубцах.

По длительности существования рубцы подразделяются на «молодые» (до года) и «старые» (более года) [1]. По данным большинства исследователей, формирование рубца (перестройка его структуры, созревание коллагеновых волокон, уменьшение количества кровеносных сосудов и клеточных элементов, дегидратация и превращение молодой соединительной ткани в фиброзную) происходит в течение 5–6 месяцев и дальнейшие изменения рубца, как правило, незначительны [2, 3]. Считается, что «молодые» рубцы в большинстве случаев поддаются терапевтической коррекции, которая может улучшить их внешний вид, сделать их меньше, мягче, но не способна окончательно их выровнять. «Старые» рубцы подлежат только хирургическому и другим агрессивным методам лечения.

15-летний опыт, накопленный в Центре эстетической хирургии «CHIROY-TIB» по лечению методом механической дермабразии, подтолкнул к идее использовать для этих целей эрбиевые лазерные технологии.

Известно, что при воздействии эрбиевого лазера на посттравматические и послеоперационные рубцы отмечаются их уплощение и повышение эластичности. Стоит указать на преимущества эрбиевого лазера:

— управляемая глубина воздействия не более 5 мкм;

— возможность многократного прохода каждой точки обрабатываемой поверхности для получения наилучшего результата;

— отсутствие термического эффекта при высокой абляции;

— этап реабилитации с сокращенными сроками реэпителизации (не более 7–8 дней).

В Центре за период с 2006 по 2010 годы выполнены лазерные операции 479 пациентам в возрасте от 10 до 60 лет с различными рубцовыми деформациями кожи.

Всем пациентам проводилась лазерная абляция рубцов, длительность существования которых составляла не менее 6 месяцев.

Для проведения лазерных операций использовался эрбиевый лазер «Dermablate-MCL-30» (Германия) с длиной волны 2,94 нм и выходной энергией импульса 8–100 дж/см^2. Режим воздействия, количество проходов и сеансов (однократно или повторно) выбирались индивидуально в зависимости от типа рубца. Лазерные абляции выполнялись в операционных условиях с соблюдением правил асептики. В зависимости от площади обрабатываемой поверхности проводилась местная или общая анестезия.

Послеоперационное поле обрабатывалось 5%-ным раствором марганца, пантенолом, левомеколем, а также пленочным покрытием типа «Omiderm».

У пациентов преимущественно имели место постугревые, посттравматические и постожоговые рубцы. 203 пациента имели гипертрофические, 102 — нормотрофические и 173 — атрофические рубцы. Эпителизация раневой поверхности после первичной абляции заканчивалась на 7–8 день. Через 2–3 недели при необходимости выполнялась повторная лазерная абляция. В зависимости от высоты или глубины рубца выполнялись 2–3 процедуры.

Наблюдения за пациентами велись в течение года.

Результаты сравнительной оценки данных лечения рубцовых повреждений кожи однократной и повторной лазерной абляцией с использованием эрбиевого лазера представлены в следующей таблице:

Результаты	Однократная абляция	Повторная абляция (2–3 раза)
Хорошие	176 (46,2%)	51 (51,5%)
Удовлетворительные	168 (43,9%)	44 (45,3%)
Неудовлетворительные	37 (9,9%)	3 (3,2%)
Всего	381 (100%)	98 (100%)

Результаты оценивались в первичном периоде — через 1,5 месяца, окончательные — не ранее 6 месяцев после лазерной процедуры. Клиническая оценка результатов производилась врачом и самим пациентом по объективным данным (уменьшение размера рубца, высоты, плотности) и субъективным ощущениям (уменьшение зуда, чувства стягивания).

Результаты считались хорошими при значительном уменьшении высоты рубца, его побледнении, значительном снижении плотности, площади рубцовой поверхности; удовлетворительными — при незначительном уменьшении высоты, гиперемии, плотности; неудовлетворительными — при наличии осложнений или отсутствии эффекта от воздействия.

Учитывая ранние сроки реэпителизации при воздействии эрбиевого лазера (в среднем 7–8 дней), появлялась возможность проведения повторной лазерной абляции, что позволяло сократить сроки лечения рубцовых деформаций до 2–3 месяцев.

Как следует из данных таблицы, однократная лазерная абляция не всегда давала удовлетворительный результат; существенно выше оказался результат при повторных абляциях. К тому же возможность проведения повторных лазерных воздействий уже через 2–3 недели после первичной операции значительно сокращало длительность лечения.

Перечислим критерии клинического эффекта после проведения повторной лазерной абляции:

— значительно улучшается рельеф и структура ткани;

— уменьшаются неровности вплоть до полного выравнивания кожи (*см. вклейку, фото 1*);

— благодаря использованию эрбиевого лазера процедура проводится в щадящем режиме и рубцовая поверхность становится более ровной, исключены ожоговые осложнения.

Метод повторной лазерной абляции рубцовых дефектов кожи наиболее эффективен при коррекции гипер- и нормотрофических рубцов, менее эффективен — при гипотрофических и атрофических рубцах и малоэффективен при послеожоговых рубцах.

При гипертрофических рубцах этот метод позволяет сделать рубец более ровным и менее выступающим над кожей (*см. вклейку, фото 2*). Убедительные результаты получены при лечении постугревых атрофических рубцов, устранение которых другими методами практически невозможно (*см. вклейку, фото 3, 4*). После 2–3 процедур достигается вполне удовлетворительный результат. Повторная абляция атрофических рубцов, как правило, заключается в выравнивании краев рубцовой ямки, что в целом дает неплохой результат. При повторной лазерной абляции постожоговых рубцов были получены наименее удовлетворительные результаты. На наш взгляд, при таких рубцах данный метод имеет ограниченные показания и может применяться лишь на завершающем этапе комплексного лечения, например, пластическая операция + лазер; инъекции гель + лазер; липофилинг + лазер и др. (*см. вклейку, фото 5*).

В целом, при применении метода повторной лазерной абляции рубцовых изменений кожи нами получены хорошие результаты у 51,5 %, удовлетворительные — у 45,3 % и неудовлетворительные — у 3,2 % пациентов.

Среди осложнений мы наблюдали гипертрофию рубца, которая отмечалась в основном при выполнении лазерной абляции «молодых» рубцов (15 пациентов) и у кормящих женщин (2 пациентки). У одной пациентки послеоперационный период осложнился нагноением раны под пленочным покрытием «Omiderm» из-за погрешностей в наружной обработке, в связи с чем ей произведена смена покрытия.

Таким образом, лазерная абляция, в большей степени повторная, с использованием эрбиевого лазера — высокоэффективный метод эстетической коррекции рубцов, позволяющий получить хорошие результаты при лечении различных рубцовых деформаций кожи, значительно сократив при этом сроки лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция. Очерки пластической хирургии. Т. 1. 2005. — СПб.: Командор-SPB. С. 21–36.
2. Виссарионов В.А. Эстетические недостатки кожи. Коррекция методом дермабразии. — Москва. 2002. С. 87–88.
3. Глубокова И.Б. Репарация кожи после механической дермабразии. // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2005. №6. С. 55–59.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СКАНИРОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ РУБЦОВЫХ ПОСТАКНЕ ПРИ ИХ ЛЕЧЕНИИ ЛОНГИДАЗОЙ

В.И. СТЕПАНЕНКО, Л.Я. ФЕДОРИЧ, Ю.В. СУХОВЕРША, П.В. ФЕДОРИЧ

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца; Украинская военно-медицинская академия, г. Киев, Украина

РЕЗЮМЕ

ЛОНГИДАЗА БИЛАН ДАВОЛАШДА ЧАНДИҚЛИ ПОСТАКНЕ ҲОЛАТИНИНГ ДИНАМИКАСИНИ ЎРГАНИШДА УЛЬТРАТОВУШЛИ ТАШХИС ҚЎЮВЧИ СКАНЕРЛАШДАН ФОЙДАЛАНИШ

В.И. Степаненко, Л.Я. Федорич, Ю.В. Суховерша, П.В. Федорич

Ҳуснбузар касаллигининг кечиши ва даволаш натижаларини баҳолаш учун терини ультратовушли ташхис қўювчи сканерлашдан фойдаланиш имконияти илк бор кўрсатилди. Чандиқли постакнени даволашда терапевтик-реабилитация воситаси сифатида лонгидаза препаратидан фойдаланишнинг юқори самарадорлиги намойиш этилди.

SUMMARY

USE OF ULTRASONIC DIAGNOSTIC SCANNING IN THE STUDY OF DYNAMICS OF THE STATE OF CICATRICAL POSTACNE AT THEIR TREATMENT OF LONGIDASUM

V.I. Stepanenko, L.Ya. Fedorych, Yu.V. Sukhoversha, P.V. Fedorych

First possibility of the use of ultrasound diagnostic scanning of skin is rotined for the estimation of dynamics of flow and results of treatment of acne. High efficiency of the use of preparation of longidasum is shown as a therapy-reabilitational mean at treating of cicatrical postacne.

Угри (acne) возникают в результате воспаления сально-волосяных фолликулов кожи. У подавляющего большинства молодых людей акне исчезают бесследно в возрасте 18–20 лет, но у части лиц инволюция акне происходит медленнее. В соответствующих случаях заболевание может приобрести тяжелое течение с формированием стойких нодуло-кистозных или папуло-пустулезных высыпаний [2, 19].

Угревая болезнь (УБ) является одним из наиболее распространенных хронических рецидивирующих заболеваний кожи, которая способна поражать, по данным разных авторов, от 70 до 80% людей молодого возраста, особенно в пубертатном периоде [1, 10]. УБ занимает первое место в структуре косметологической патологии и третье место среди больных дерматологического профиля [12, 18].

Лечение больных УБ нуждается в комплексном подходе, направленном на основные звенья в патогенезе заболевания. Терапевтическая тактика должна предусматривать достижение уменьшения фолликулярного гиперкератоза, притеснения продукции кожного сала, создания неблагоприятных условий для размножения пропионовых бактерий. Терапия включает как местное, так и системное лечение, выбор которого зависит от стадии заболевания, возраста, пола, особенностей кожи пациента и сопутствующих заболеваний организма [10, 11]. Кроме того, лечение должно быть также направлено на предотвращение и уменьшение проявлений постакне — наиболее существенных осложнений этой болезни с точки зрения внешнего вида кожи. Явления постакне включают в себя расширение пор, неравномерную текстуру кожи и неоднородный ее цвет за счет поствоспалительных пятен, дисхромий и рубцов, а также расширения капилляров в местах долговременного воспаления и постоянной травматизации (участки крыльев носа, носогубного треугольника, скул, подбородка, щек) [7, 17]. Рубцы из всех перечисленных явлений постакне хуже всего поддаются коррекции. Они образуются при поражениях кожи, которые достигают сосочкового слоя дермы или более глубоких слоев за счет преобладания процессов фиброгенеза над процессами фибролиза при репарации [5, 8].

В последнее время в литературе появилось сообщение об эффективности препарата «Лонгидаза» в лечении рубцов, в частности рубцовых постакне [6]. Лонгидаза является комбинацией двух отдельных медицинских веществ: фермента гиалуронидазы и селективного иммуномодулятора полиоксидония. Лонгидаза — комплексный современный медицинский препарат, который владеет ферментативной, протеолитической активностью пролонгированного действия, селективными иммуномодули-

рующими, хелатирующими, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами [4, 9]. Для введения лонгидазы была выбрана разработанная нами методика иммуномезотерапии. Иммуномезотерапия (ИМТ) — терапевтическая техника, предусматривающая локорегионарное внутрикожное введение иммуномодулирующх средств непосредственно в очаги поражения кожи с помощью техники папульной мезотерапии. При введении с помощью ИМТ селективных иммуномодулирующих препаратов достигается значительная стимуляция местного иммунитета, который способствует более быстрому выздоровлению соответствующих больных и предотвращает возникновение тяжелых косметологических осложнений [14].

Для индикации результатов этапного комплексного лечения УБ, а именно рубцовых постакне, нами было решено применить методику ультразвукового диагностического сканирования (УДС) [13]. Этот метод безопасен, не инвазивен и пригоден для многократного повторения. УДС — достаточно отработанная современная методика, которая в настоящее время в медицинской практике составляет более трети от общего объема диагностических исследований с построением изображений [15, 20]. УДС позволяет определять толщину и плотность разных слоев кожи. Плотность измеряется в условных единицах плотности (УЕП), может динамически изменяться, что имеет определенную диагностическую ценность.

До настоящего времени, согласно проведенному нами обзору специальной литературы, метод УДС не применялся для объективной оценки эффективности лечения УБ. Вместе с тем, в отдельных литературных сообщениях указывается на успешное использование УДС кожи для количественной оценки эффективности действия антигистаминных препаратов при лечении аллергических процессов в эксперименте [14, 20].

Цель исследования. Оценка эффективности терапевтико-реабилитационных мероприятий, в частности, при введении лонгидазы с помощью ИМТ, при рубцовых постакне путем ультразвукового диагностического сканирования участков пораженной кожи.

Материал и методы исследования. С 2009–2010 годы нами обследованы 42 больных УБ (женщин — 14, мужчин — 28). Обе группы были равноценными относительно возраста, пола и клинической картины заболевания. Возраст больных варьировал от 19 до 34 лет (в среднем 25 ± 6 лет).

Критерием включения пациентов в опытную группу было наличие у них проявлений постакне, в частности, гипертрофических и нормотрофических рубцов. Нужно отметить, что обследованию подлежали только пациенты со свежими рубцами при условии негативации проявлений острого воспаления в соответствующем участке кожи, в частности, через 2–3 недели после затухания воспалительного процесса. Рубцы именно такой давности не имеют признаков острого воспаления и вследствие этого не способны испытывать динамических изменений, которые могли бы исказить результаты исследования.

С помощью УДС проводилась динамическая специальная оценка следующих характеристик кожи: толщина и ультразвуковая плотность эпидермиса, толщина и ультразвуковая плотность дермы в ячейках рубцовых постакне (рис. 1).

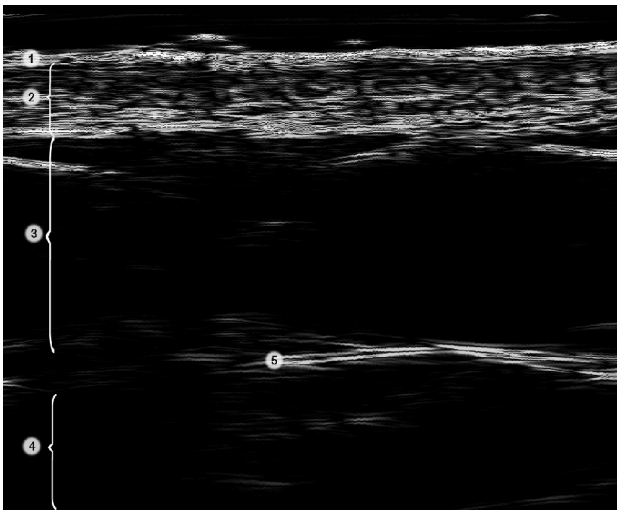


Рис. 1. **Ультразвуковое сканирование кожи, датчик 22 Мгц:**
1 – эпидермис; *2* – дерма; *3* – подкожная жировая клетчатка; *4* – мышцы; *5* – фасция.

Обследование проводилось перед началом использования препарата «Лонгидаза» и через 4–6 недель в динамике комплексного лечения.

Инструментальная часть исследования выполнялась на ультразвуковом аппарате DUB-SkinScaner производства Taberna Pro Medicum (Германия) с датчиком 20 Мгц. Интерпретация и анализ данных выполнялись на оригинальном программном обеспечении к сканеру DUB-SkinScaner. В качестве проводника использовался стандартный ультразвуковой гель. Вычисление данных проводилось по программе MS Excel 2003 [3].

Терапевтико-реабилитационные мероприятия проводили препаратом «Лонгидаза». Пациенты контрольной группы наблюдения по окончании базисного специфического лечения УБ, в отличие от пациентов опытной группы, лонгидазу не получали. Лонгидазу начинали вводить после ликвидации острой фазы воспаления УБ, когда

исчезали пустулезные элементы высыпаний, то есть при полном отсутствии полостных воспалительных элементов на коже лица. Для этого препарат в дозе 3000 МЕ перед введением растворяли в 2 мл 2%-ного раствора лидокаина. Курс введений лонгидазы в гипер- и нормотрофические рубцы составлял 10–15 процедур с перерывами между введениями от 3 до 5 суток.

Перед первой процедурой введения лонгидазы каждому из больных проводили определение индивидуальной переносимости препарата и его растворителя.

С помощью УДС проводилось исследование оценки толщины и ультразвуковой плотности эпидермиса и дермы кожи щек обследованных пациентов, в частности, в ячейках рубцовых постакне. Обследования проводились до лечения и через 4–6 недель после его начала.

Результаты исследования. У пациентов *контрольной группы* соответствующие показатели в начале наблюдения были такими: толщина эпидермиса (рис. 2) составила 93±4,2 мкм, ультразвуковая плотность эпидермиса (рис. 3) — 75±3,5, толщина дермы (рис. 4) — 2199±105 мкм, ультразвуковая плотность дермы (рис. 5) — 4,2±0,2. Через 4–6 недель были получены следующие данные: толщина эпидермиса (рис. 2) — 91±3,5 мкм, ультразвуковая плотность эпидермиса (рис. 3) — 89±4,2, толщина дермы (рис. 4) — 2193±106 мкм, плотность дермы (рис. 5) — 11±0,5.

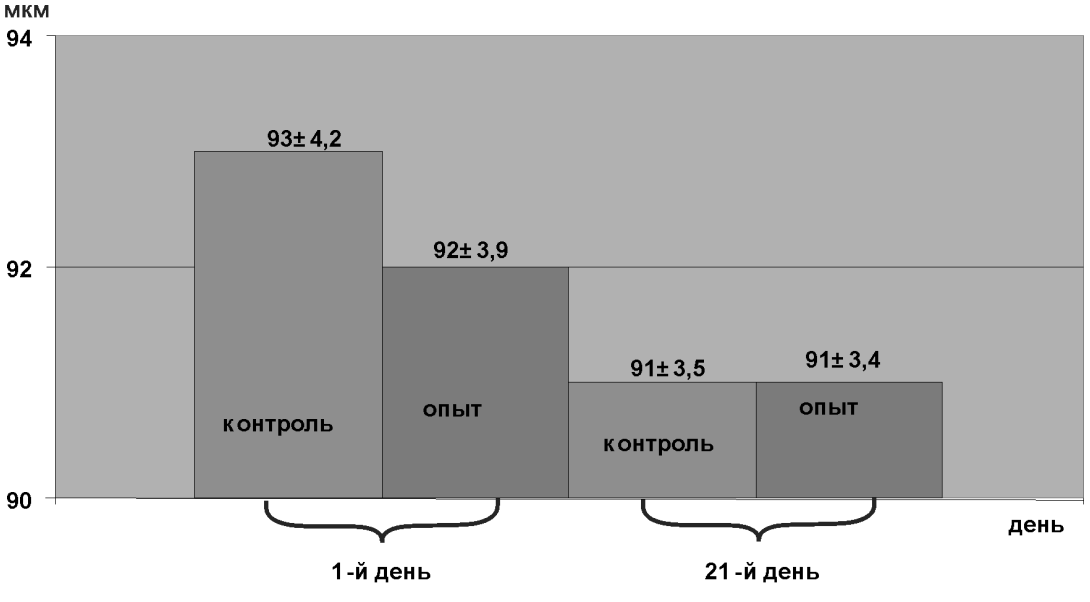


Рис. 2. **Толщина эпидермиса до и после лечения, мкм**

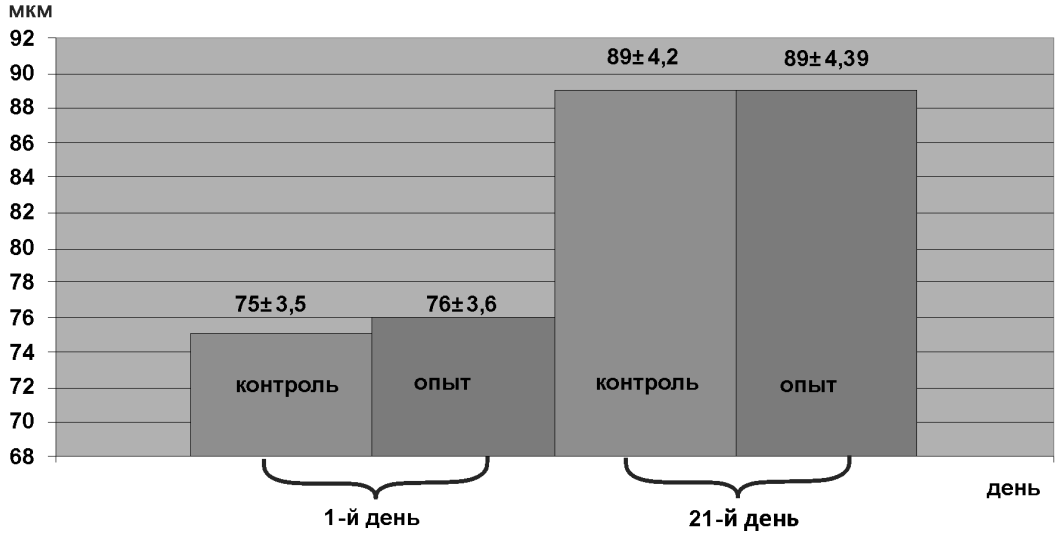


Рис. 3. **Ультразвуковая плотность эпидермиса, УЕП**

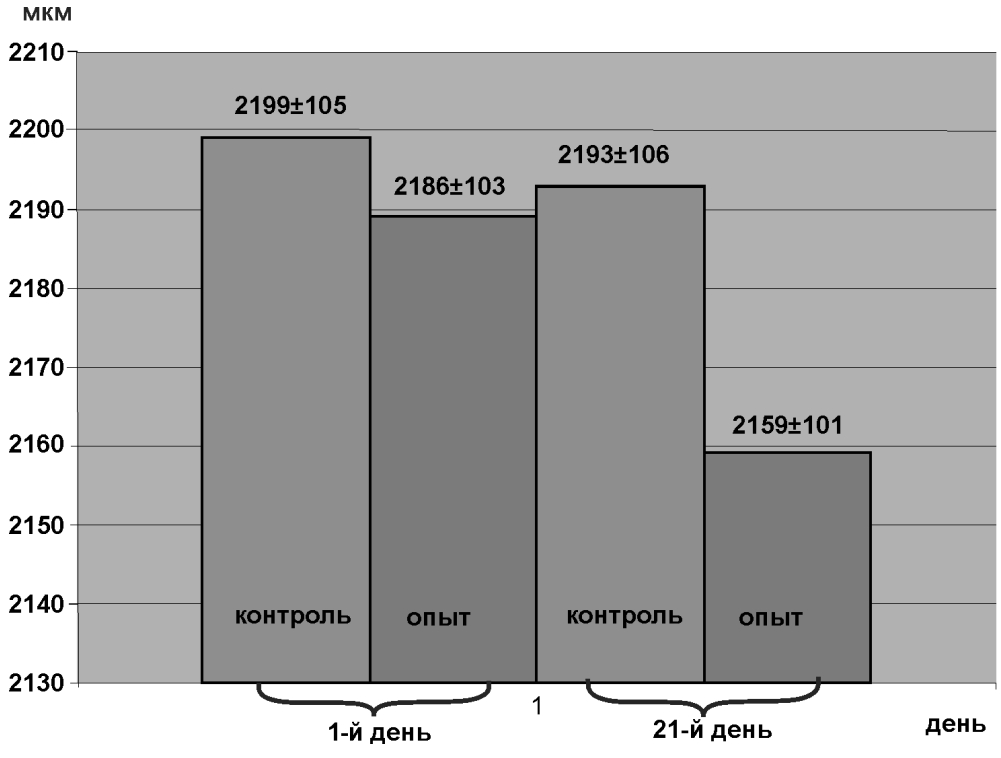


Рис. 4. **Толщина дермы до и после лечение, мкм**

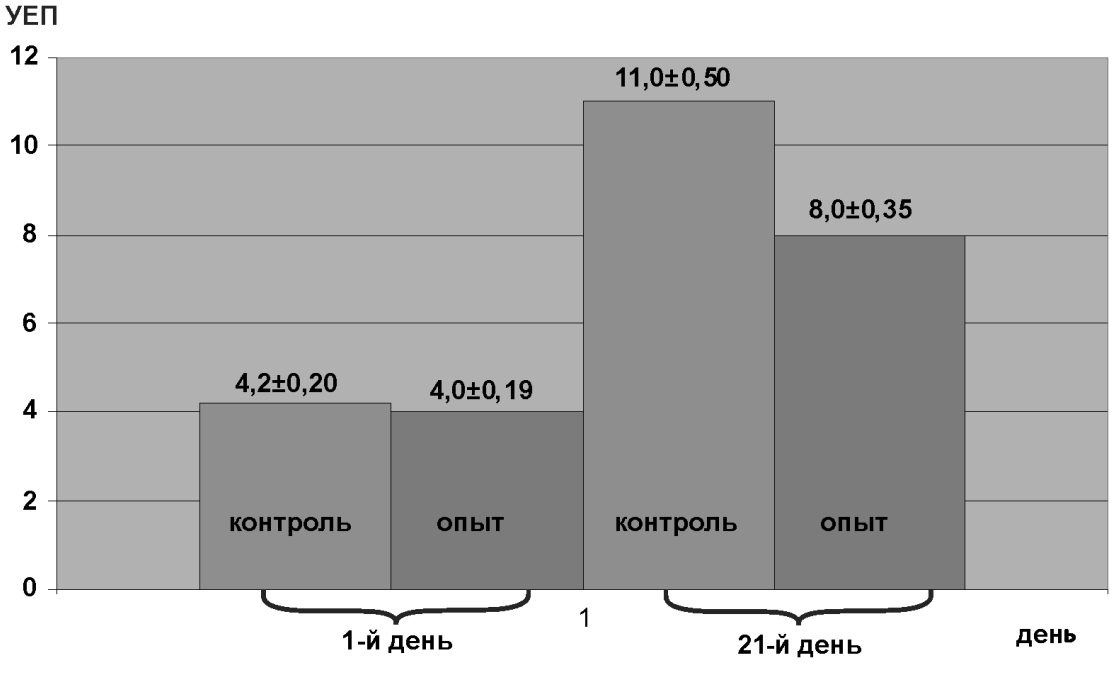


Рис. 5. **Плотность дермы к и после лечение, УЕП**

В *группе исследования* определялись следующие показатели: до лечения лонгидазой (в начале исследования) толщина эпидермиса (рис. 2) составила 92 ± 3,9 мкм, ультразвуковая плотность эпидермиса (рис. 3) — 76 ± 3,6, толщина дермы (рис. 4) — 2186 ± 103 мкм, ультразвуковая плотность дермы (рис. 5) — 4,0 ± 0,19. После проведенного лечения (через 4–6 недель) были получены следующие данные: толщина эпидермиса (рис. 2) — 91 ± 3,4 мкм, ультразвуковая плотность эпидермиса (рис. 3) — 89 ± 4,3, толщина дермы (рис. 4) — 2159 ± 101 мкм, плотность дермы (рис. 5) — 8 ± 0,35.

Выявленные в обеих группах показатели в начале наблюдения не имели статистических различий. Толщина эпидермиса и дермы кожи щек, а также ультразвуковая плотность эпидермиса в области рубцовых постакне через 4–6 недель от начала наблюдения также существенно не изменились ни в опытной, ни в контрольной группах. Показатели же ультразвуковой плотности дермы в очагах рубцовых постакне кожи щек через 4–6 недель от начала наблюдения в контрольной и опытной группах имели достоверные ($p < 0{,}005$) различия (рис. 5). Так, в контрольной группе этот показатель составил 11 ± 0,5 УЕП, в опытной — 8±0,35 УЕП. То есть, ультразвуковая плотность дермы у пациентов контрольной группы за трехнедельный срок увеличилась почти втрое. У пациентов опытной группы, которые получали лечение лонгидазой, этот показатель увеличился только вдвое. Таким образом, нами доказано, что использование лонгидазы значительно замедляет процессы фиброгенеза в свежих рубцах и, следовательно, эти рубцы будут составлять значительно меньший косметологический дефект.

Таким образом, продемонстрированная явная и статистически достоверная разница в показателях ультразвуковой плотности дермы доказывает эффективность предложенной нами методики реабилитационно-косметологических мероприятий при рубцовых постакне, представленных свежими гипертрофическими рубцами, что предусматривает курс введения лонгидазы методом ИМТ.

Рассмотрим эффективность введения лонгидазы методом ИМТ при рубцевых постакне путем ультразвукового сканирования участков пораженной кожи на следующем примере.

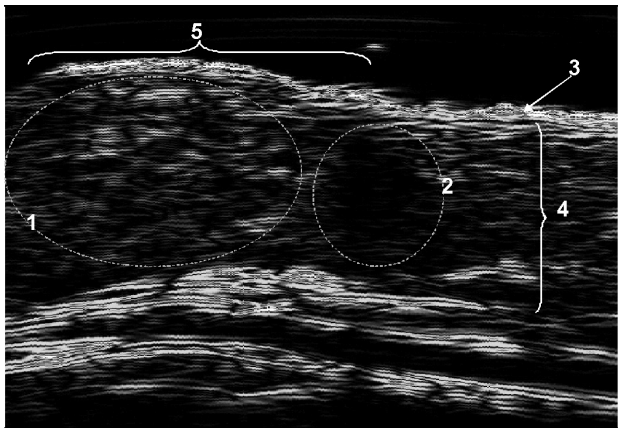


Рис. 6. **Больной С., 19 лет. Угревая болезнь. Состояние кожи к началу ИМТ:**

1 — рубцовые изменения в дерме, ее пролиферация; *2* — регрессия воспалительной папулы; *3* — эпидермис; *4* — дерма; *5* — участок гипертрофического рубца.

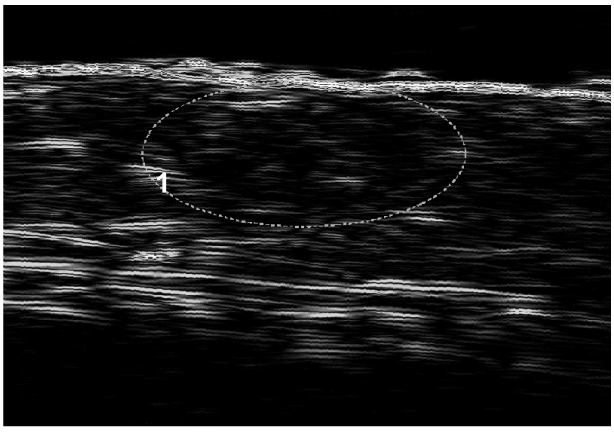


Рис. 7. **Тот же больной. Состояние кожи через 22 дня от начала ИМТ препаратом «Лонгидаза»**

На первой ультразвуковой сканограмме больного С (рис. 6) четко визуализируются эпидермис (3) и дерма (4). На участке «молодого» гипертрофического рубца (5) эпидермис имеет неровную поверхность и возвышается над соседними участками кожи на 0,5 мм. На участке гипертрофического рубца в дермальном слое (1) ход волокон соединительной ткани имеет несколько хаотичное направление. УОЩ дермы в зоне рубца составляет 12 УЕП в отличие от другой части дермы, где структура однородна и ход волокон упорядочен. На границе между этими участками определяется округлое гипоэхогенное образование (2), которое является продуктом регресса воспалительной папулы, с нечеткими границами и гиперэхогенным кольцеобразным ободком без перифокального отека.

На второй ультразвуковой сканограмме (рис. 7), сделанной на 22 сутки от начала проведения курса ИМТ лонгидазой, четко визуализируются слои кожи: эпидермис и дерма. В дермальном слое ход волокон соединительной ткани имеет уже упорядоченное направление. Ультразвуковая плотность дермы в зоне рубца составляет 8 УЕП. В дермальном слое на месте «молодого» гипертрофического рубца наблюдается округлое образование (1) с кольцеобраз-

ным гипоэхогенным контуром (перифокальный отек).

Динамика изменений на сканограммах указывает, что под воздействием проведения ИМТ препаратом «Лонгидаза» у больного УБ со склонностью к образованию рубцов наблюдаются позитивные изменения, а именно, уменьшаются показатели ультразвуковой плотности соединительной ткани в зоне «молодого» рубца, что свидетельствует об эффективности методики данного лечения при постакне. Механизмы реализации этих процессов, по нашему мнению, нуждаются в последующем углубленном изучении.

ВЫВОДЫ

1. Ультразвуковое диагностическое сканирование является перспективным методом исследования состояния структур и слоев кожи в динамике лечения ряда хронических дерматозов. Применение УДС дает возможность объективно оценивать эффективность разных методов комплексного лечения или отдельно взятых лекарственных препаратов в терапии заболеваний кожи.

2. Нами впервые показано, что УДС кожи может применяться для оценки эффективности лечения угревой болезни и является диагностически-прогностическим методом при исследовании патологических состояний кожи, сопровождающихся образованием рубцов.

3. Использование препарата «Лонгидаза» в этапном лечении тяжелых форм угревой болезни, согласно предложенной нами методике, способствует замедлению процессов фиброгенеза в свежих рубцах, что проявляется значительным уменьшением темпов роста ультразвуковой плотности дермы у пролеченных пациентов.

4. Результаты проведенных исследований указывают на целесообразность и эффективность предложенной нами тактики проведения терапевтико-реабилитационных мероприятий, что предусматривает применение лонгидазы техникой иммуномезотерапии при лечении рубцовых постакне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. — М.: Мед. лит. 2006. 672 с.
2. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология — М.: Медицина. 2003. 396 с.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — М.: Практика. 1998. 459 с.
4. Коваленко В.Н., Викторов А.П. Компендиум. Лекарственные препараты. 2004. 1664 с.
5. Кошевенко Ю.Н. Справочник по дерматокосметологии. — Москва. 2004. С. 295.
6. Лонгидаза. Инструкция по применению. ООО«НПО Петровакс Фарм». ФСП. №42. 05016582–05.
7. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии: Руководство для врачей. — Харьков: Факт. 2007. 792 с.
8. Озерская О. С. Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция. — СПб.: ОАО «Искусство России». 2007. 224 с.
9. Петрович Е.А., Колесов А.А., Манухин И.Б. Безопасность и эффективность препарата «Лонгидаза» 3000 МЕ при лечении больных, страдающих спаечным процессом. // Иммунология. 2006. №2. С. 12–14.
10. Половко Н.П., Ткаченко С.Г. Раціональні підходи до лікування вугрової хвороби // Дерматологія та венерологія. 2004. №3(25). С. 65–67.
11. Резніченко Н.Ю. Вугрова хвороба: пошук нових шляхів патогенетичного лікування: монографія. // Запоріжжя: Просвіта, 2007. 108 с.
12. Степаненко В.И., Клименко А.В. Діагностика та диференційна діагностика вугрової хвороби (акне), розацеа і демодикозу з урахуванням аналізу клінічних ознак та симптомокомплексів на засадах доказової медицини. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2009. №1(32). С. 44–56.
13. Степаненко В.И., Федорич Л.Я., Суховерша Ю.В., Федорич П.В Дослідження щільності та товщини шарів шкіри у осіб молодого віку з використанням методу ультразвукового діагностичного сканування // Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2009. №4(35). С. 11–15.
14. Федорич Л.Я. Имуномезотерапия // Украинский журнал дерматологіі, венерологіі, косметології. 2010. №3(38). С. 174.

15. Altmeyer P., Hoffman K., Stücker M. General phenomena of ultrasound in dermatology. // Ultrasound in dermatology. Berlin: Springer, 1992: P. 55–79.
16. Braun R.P., Rabinovitz H.S., Oliviero M., Kopf A.W., Saurat J.H. Dermoscopy of pigmented skin lesions. //J Am Acad Dermatol. Jan 2005. 52(1): 109–21.
17. Chivot M., Pawin H., Beylot C. et al. Acne: epidemiology, physiopathology, clinical features and treatment// Ann. Dermatol. Venereol. 2006. № 10. P. 813–824.
18. Dreno B. Cosmetics in accompaniment of acne treatments// Journal of the European Academy of Dermatol. and Venereol. 2001. Vol. 15. Suppl. 1.2. P. 90.
19. Graber E.M. Acne therapy. Introduction. //Semin Cutan Med Surg. 2008 Sep; 27 (3):169.
20. Serup J., Keiding J., Fullerton A., Gniadecka M., Gniadecki R. High-frequency ultrasound examination of skin: introduction and guide. // Handbook of non-invasive methods and the skin. Boca Raton: CRC Press, 1995. P. 239–56.

ОБМЕН ОПЫТОМ

ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ КРЕМОМ «ТЕРБИЗИЛ»

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

«ТЕРБИЗИЛ» КРЕМИ ЁРДАМИДА СИЛЛИК ТЕРИ ЮЗА МИКОЗИНИ ДАВОЛАШ

А.Б. Рахматов

Баъзи юза микозларни (юза трихофития, оек микози, ранг-баранг темиратки) монотерапия усулида 1% «Тербизил» креми кулланилиши куп ҳолатларда юкори самарали клиник ва микологик тузалишни курсатади.

SUMMARY

TREATMENT SUPERFICIAL FORMS OF FUNGAL INFECTION OF THE SKIN BY «TERBIZIL» CREAM

A.B. Rakhmatov

In the treatment of some superficial mycoses (superficial trychophitia, pityriasis versicolor, mycoses of legs) was used monotherapy with 1% cream «Terbizil», which can get positive results and clinical and mycological recovery.

Микозы (от греч. myces — гриб) кожи являются весьма распространенным заболеванием как у человека, так и у животных. В общей структуре дерматологических заболеваний микозы занимают второе место после пиодермий. Следует указать, что термином «микозы» обозначают болезни, вызываемые патогенными и условно-патогенными грибами, сходные в клинико-эпидемиологическом, патогенетическом и терапевтическом отношениях [1, 2, 5, 7].

Возбудители дерматомикозов — гетерофилы — микроорганизмы, которые нуждаются в питании готовыми органическими веществами, что обусловлено наличием специальных кератолитических ферментов. Дерматомицеты являются аэробами и не присутствуют в природной флоре человека и животного, а в классификации они отнесены к патогенным плесневым [1, 5, 8, 9].

Для проникновения гриба в кожу и развития последующего микотического поражения определенное значение имеют патогенность и вирулентность возбудителя (место его обитания, микроскопические и культуральные особенности, биохимическая активность, иммуногенные свойства и возможность заражения животных этим грибом). Необходимо подчеркнуть, что в последнее десятилетие важная роль в развитии дерматомикозов отводится состоянию макроорганизма (возраст, снижение иммунного статуса, нарушения обменных процессов, состояние авитаминоза, различные эндокринопатии и др.). Конечно, нельзя не учитывать и состояние кожи как одного из способствующих факторов к инфицированию дерматомицетами (наличие трещин, мацерации, потертости, травм и т.д.) [1, 3, 7, 8, 10].

Эпидемиологические условия распространения грибковых заболеваний весьма разнообразны и до настоящего времени полностью не изучены. Источниками заражения при грибковых заболеваниях могут быть сам больной человек или какое-либо животное, а также почва. Иногда инфекцию распространяет здоровый человек — бессимптомный носитель патогенных грибов на коже. Вопрос о том, откуда патогенные грибы попадают на кожу человека и животных, до настоящего времени полностью не известен. Можно предполагать, что все же исходным резервуаром грибов является почва. Продолжительность инкубационного периода варьирует в зависимости от вида гриба и места его внедрения. Грибковые заболевания на гладкой коже обычно развиваются быстрее, так как инкубационный период бывает укорочен [1, 5, 7, 10].

Необходимо указать, что в большинстве случаев диагностика микозов не затруднена. При этом необходимо учитывать следующие критерии:

— типичная клиническая картина (свойственная для каждой нозологической формы);

— анамнестические данные (особенно применение антибиотиков);

— данные микроскопического исследования нативного материала;

— данные культурального исследования с последующей микроскопией выросших колоний гриба;

— положительная проба Бальцера (йодная);

— люминесцентное свечение при облучении лампой Вуда;

— серологическая и ПЦР диагностика [1, 5, 9].

Естественно, что у врача не возникает дискуссии о необходимости лечения больных микозами. Необходимость лечения пораженной кожи и ее придатков объясняется тем, что существенно нарушается функция органов, возникает угроза диссеминации грибковой инфекции с развитием эритродермических состояний, а при длительном хроническом течении возможно осложнение в виде вторичной пиодермии. Сегодня уже доказано, что патогенные грибы способны вызывать развитие микогенной сенсибилизации вплоть до клинических проявлений в виде дерматитов, экземы, нейродермита, вазомоторного ринита, бронхиальной астмы [2, 5, 12]. Кроме того, необходимо отметить и тот факт, что наличие грибковой инфекции способствует формированию лекарственной непереносимости, особенно антибиотиков, а также приводит к развитию вторичного иммунодефицита [9, 11].

При лечении любого грибкового заболевания применяется как системная, так и местная терапия, включая их комбинацию. Местная терапия грибковых заболеваний кожи имеет очевидные преимущества, которые заключаются в непосредственном влиянии на область поражения, в минимальных побочных эффектах. При использовании системной терапии не во всех случаях достигается клиническое и микологическое выздоровление наряду с развитием побочных эффектов. В этой связи оправдано массовое использование только местной терапии при грибковых инфекциях [2, 4, 6, 9]. По этой причине в практической дерматологии необходимы высокоэффективные наружные антимикотические средства и, следовательно, разработка их применения является актуальной задачей.

Цель исследования. Разработка методов терапии различных грибковых заболеваний наружным средством «Тербизил».

Методы и результат исследования. Под нашим наблюдением находились 33 больных с поверхностной трихофитией гладкой кожи, 56 — с микозами стоп, 41 — с разноцветным лишаем (мужчин — 89; женщин — 41) в возрасте от 18 до 45 лет. Во всех случаях диагноз микоза был подтвержден проведением микроскопических и культуральных исследований.

При лечении различных нозологических форм грибковой инфекции нами было использовано наружное средство — крем «Тербизил» («Гедеон Рихтер», Венгрия), в котором в качестве антимикотического препарата использован тербинафин. В основе противогрибкового действия тербинафина лежит воздействие на цитоплазматические мембраны грибковых клеток за счет блокады синтеза их основного компонента — эргостерола. Тербинафин нарушает синтез эргостерола на ранних стадиях стерольного метаболизма — на уровне эпоксидазного скваленового цикла, подавляя скваленовую эпоксидазу. Этот фермент у грибов в 10000 раз чувствительнее такового у человека, чем и объясняется удивительная избирательность и специфичность действия тербинафина в отношении грибов [4, 5, 9].

Тербинафин оказывает фунгистатическое и фунгицидное действие. Его фунгистатический эффект связан с недостаточностью эргостерола, из-за чего цитоплазматические мембраны становятся ущербными, а сами грибковые клетки утрачивают способность расти и развиваться. Фунгицидное действие препарата обусловлено накоплением в клетке предшественников эргостерола и его разрывом, причем способно проявляться в минимальных концентрациях, что объясняется, прежде всего, его взаимодействием только с грибковыми клетками в отличие от других антимикотических средств [9].

Преимущественно фунгицидное действие тербинафина, длительное сохранение его терапевтической концентрации, высокая активность в отношении дерматофитных и недерматофитных грибов обеспечивают высокий процент излечения от различных микозов, сравнительно редкие рецидивы и в 1,5 раза меньшую стоимость лечения, чем при терапии другими антимикотиками [3, 4, 9].

Использование 1%-ного крема «Тербизил» способствует быстрому проникновению через поверхностный слой кожи и накапливанию антимикотика в липофильном роговом слое кожи, в волосяных фолликулах и сальных железах. В то же время побочные явления при применении тербинафина возникают крайне редко, поскольку он не вступает во взаимодействие со скваленэпоксидазой клеток млекопитающих.

Мы в своей практике с успехом использовали 1%-ный крем «Тербизил» для лечения различных форм микоза стоп, разноцветно-

го лишая и поверхностных форм трихофитии гладкой кожи. У больных с интертригинозным микозом стоп наблюдались мацерация эпидермиса в области межпальцевых складок, поверхностные трещины, выраженные воспалительные явления, которые распространялись на тыльную и частично подошвенную области стопы. Крем «Тербизил» наносили на пораженные участки один раз в сутки. Продолжительность лечения составляла от 3 до 6 недель.

При лечении поверхностных форм трихофитии 1%-ный крем «Тербизил» необходимо втирать в очаги поражения в течение 15–30 дней с обязательной лабораторной диагностикой на обнаружение микотической инфекции. Эффективность крема проявляется уже в первые 5–7 дней терапии, когда исчезают покраснение и шелушение очагов поражения и субъективные ощущения.

Липофильные дрожжеподобные грибы рода Malassezia являются представителями нормальной микрофлоры кожи человека. В то же время они могут вызывать развитие разноцветного лишая у лиц, предрасположенных к этим заболеваниям, а также при развитии иммунодефицитных состояний, тяжелого течения эндокринных заболеваний [3, 4]. Наиболее перспективным препаратом является тербинафин, оказывающий фунгистатическое и фунгицидное действие в отношении дерматофитов, плесневых и некоторых диморфных грибов. Активность тербинафина в отношении дрожжеподобных грибов в зависимости от их вида может быть фунгицидной и фунгистатической [9].

Роль грибов рода Malassezia в развитии отрубевидного лишая и Malassezia-ассоциированных заболеваний кожи известна давно. Однако особое внимание микологов эти микромицеты стали привлекать в связи с тем, что при длительном применении иммуносупрессивных препаратов у онкологических, гематологических больных и пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга и солидных органов, стали развиваться септические состояния, обусловленные Malassezia spp. [1].

При разноцветном лишае использование 1%-ного крема «Тербизил» требует в среднем 10–15 дней, когда в местах нанесения крема остается вторичная гипопигментация кожи, устраняемая путем проведения УФО-терапии.

Несмотря на характерную клиническую картину разноцветного лишая, относительную простоту лабораторной диагностики заболевания и наличие широкого спектра современных антифунгальных препаратов как системного, так и местного действия, не всегда удается достичь 100%-ного результата в его лечении [3].

Таким образом, крем «Тербизил» по терапевтической эффективности не уступает другим современным антимикотическим препаратам для внешнего использования. На основании проведенных исследований мы рекомендуем широкое его использование при лечении пациентов с поверхностными микозами гладкой кожи, а также для профилактики грибковых инфекций кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аравийский А.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. — СПб. 2004. 186 с.
2. Базыка А.П. Микозы стоп. — Киев: Здоровя. 134 с.
3. Корюкина Е.Б., Андреев А.А. Тербинафин в лечении отрубевидного лишая. // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 3. С. 24–27.
4. Котрехова Л.П. Тербинафин в терапии дерматозов, вызванных и ассоциированных с Malassezia species. // Клиническая дерматология и венерология. 2010. № 2. С. 96–104.
5. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. — Москва. 2001. 288 с.
6. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Безрученко И.А. Новые возможности в лечении грибковых поражений кожи. // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. 2008. № 33. С. 80–83.
7. Родионов А.М. Грибковые заболевания кожи: Руководство для врачей. — СПб. 1998. 281 с.
8. Рукавишникова В.М. Современные методы лечения больных микозами стоп. // Лечащий врач. 1999. № 10. С. 1–4.
9. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармакотерапия микозов. — М.: Медицина для всех. 2003. 200 с.
10. Степанова Ж.В. Микозы гладкой кожи. // Лечащий врач. 2002. № 12. С. 4–10.
11. Тарасенко Г.Н. Современные аспекты практической микологии. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 6. С. 49–51.
12. Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов. // Дерматология, косметология, сексопатология. 2001. № 2–3. С. 5–10.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СТЕПЕНИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, Т.Ф. СУЮМОВ, У.А. МАМАТКУЛОВ, М.Р. МАХСУДОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ЎЧОҚЛИ АЛОПЕЦИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ

Ш.И. Ибрагимов, Т.Ф. Суюмов, У.А. Маматкулов, М.Р. Махсудов

Ушбу мақолада ўчоқли алопеция билан ҳасталанган беморларда эндоген интоксикация даражаси ҳолатини ўрганилди ва ўчоқли алопециянинг барча клиник турларида эритроцитларнинг сорбция хусусияти кўрсаткичлари ва ўртача молекуладаги пептидлар миқдорини кўтарилиши билан ифодаланувчи организмда эндоген интоксикация ҳолати борлиги аниқланди.

SUMMARY

STUDYING OF THE CONDITION OF DEGREE ENDOGENY OF THE INTOXICATION AT PATIENTS IN ALOPECIA AREATA

S.I. Ibragimov, T.F. Suyumov, U.A. Mamatkulov, M.R. Makhsudov

In given article the degree condition endogeny intoxications at patients by various clinical forms Alopecia areata and it is revealed is studied, that in all clinical forms Alopecia areata there is endogeny the intoxication of an organism expressed by increase of indicators sorbcions of ability erythrocytis and level peptidis of average molecules.

Гнездная алопеция — наиболее частое поражение волос у детей и взрослых, проявляющееся внезапным образованием очага облысения на волосистой части головы, реже — выпадением ресниц и бровей, волос на бороде и туловище.

При изучении патогенеза гнездной алопеции предлагались различные концепции и до настоящего времени стройной цепочки патогенетических звеньев в представлении об этом заболевании еще нет. Среди концепций патогенеза гнездной алопеции особенно подчеркивались сосудистые нарушения, нейроэндокринные изменения, конституциональные особенности неврологического и психического статуса [7, 9, 10, 11, 12].

Определенную роль в развитии различных патологических состояний играет эндогенная интоксикация организма. Эндогенной интоксикацией сопровождаются практически все тяжелые заболевания, во многих случаях она определяет неблагоприятный исход. В связи с этим понятен интерес как клиницистов, так и биохимиков к надежной и объективной оценке состояния пациента [5].

Определение уровня средних молекул в биологических средах позволяет уточнить степень эндогенной интоксикации и выработать адекватную лечебную тактику. Наиболее перспективным является применение в качестве маркера эндогенной интоксикации показателей содержания в крови и других биологических жидкостях физиологически активных компонентов, имеющих среднюю молекулярную массу и названных «средними молекулами» [4, 5].

Имеются немногочисленные работы, посвященные изучению эндогенной интоксикации при кожных заболеваниях и патологиях мочеполового тракта. Проведены исследования эндогенной интоксикации при экземе [1, 6], урогенитальном кандидозе [2]. Однако до настоящего времени не проводились исследования о роли эндогенной интоксикации у больных гнездной алопецией, в том числе и в нашем регионе.

В связи с этим изучение синдрома эндогенной интоксикации при гнездной алопеции позволит установить роль данного синдрома в течении и прогнозе данной патологии и разработать новый адекватный метод лечения больных гнездной алопецией.

Цель исследования. Исследовать состояние степени эндогенной интоксикации у больных с различными клиническими формами гнездной алопеции и выявить ее роль в течение данного дерматоза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 50 больных с различными клиническими формами гнездной ало-

пеции (мужчин — 29, женщин — 21) в возрасте от 14 до 47 лет. Среди обследованных больных у 22 диагностирована очаговая, у 12 — субтотальная и у 16 — тотальная форма гнездной алопеции. Давность заболевания варьировала от 3 дней до 28 лет. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц.

Оценку степени эндогенной интоксикации проводили изучением сорбционной способности эритроцитов и уровня средних молекул. Определение сорбционной способности эритроцитов проводили методом Тогайбаева А.А. и соавт. [8], уровня средних молекул — методом Габриэлян Н.И. и соавт. [3].

Результаты исследования статистически обрабатывали с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента по прикладной программе «Excel–Office–2003» на компьютере Pentium IV.

Результаты исследования. Результаты исследования представлены в следующей таблице:

Показатели эндогенной интоксикации у больных гнездной алопецией (M ± m)

Клинические формы заболевания	Количество обследованных	Сорбционная способность эритроцитов, %	Пептиды средней молекулы, ЕЭ
Контрольная группа	20	29,08 ± 0,88	0,22 ± 0,01
Общая группа больных алопецией	50	38,07 ± 0,43*	0,35 ± 0,01*
Очаговая алопеция	22	36,06 ± 0,48*	0,31 ± 0,01*
Субтотальная	12	38,35 ±0,38*	0,36 ± 0,01*
Тотальная	16	40,62 ± 0,78*	0,40 ± 0,01*

* — p < 0,001 (достоверность по отношению к показателям контрольной группы)

Как видно из таблицы, у больных общей группы с гнездной алопецией в сыворотке крови сорбционная способность эритроцитов достоверно увеличилась (p < 0,001) по сравнению с контрольной группой и в среднем составила 38,07 ± 0,43 % против 29,08 ± 0,88 % в норме.

Уровень среднемолекулярных пептидов в сыворотке крови у больных данной группы также статистически достоверно увеличился (0,35 ± 0,01 ЕЭ, p < 0,001) по отношению к значениям группы контроля (0,22 ± 0,01 ЕЭ).

При изучении степени эндогенной интоксикации у больных в зависимости от клинической формы заболевания выявлено, что во всех обследованных группах больных наблюдается статистически достоверное повышение сорбционной способности эритроцитов по сравнению с показателями контрольной группы (p < 0,001). Однако эти изменения были различными. Так, если у больных с очаговой формой гнездной алопеции в сыворотке крови сорбционная способность эритроцитов в среднем составила 36,06 ± 0,48 %, то у больных с субтотальной формой она в среднем равнялась 38,35 ± 0,38 %, а у больных с тотальной формой 40,62 ± 0,78 % при 29,08 ± 0,88 % в группе контроля. Наиболее выраженное нарушение сорбционной способности эритроцитов наблюдается у больных с тотальной формой гнездной алопеции.

Аналогичная картина отмечалась и при определении уровня пептидов средней молекулы. У данных групп больных по сравнению с группой контроля в сыворотке крови также наблюдается достоверное увеличение содержания среднемолекулярных пептидов (p < 0,001) и они оказались в прямой зависимости от клинической формы гнездной алопеции: чем тяжелее форма дерматоза, тем более выражены нарушения.

Изложенное свидетельствует, что при всех клинических формах гнездной алопеции выявляется эндогенная интоксикация организма, выражающаяся повышением показателей сорбционной способности эритроцитов и уровня пептидов средних молекул. Следует отметить, что повышение содержания в сыворотке крови эндогенных токсинов, в частности пептидов средней молекулы, определяет тяжесть клинического течения больных гнездной алопецией.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что у больных гнездной алопецией выявляется зависящая от клинической формы заболевания эндогенная интоксикация организма, дают возможность достаточно информативно оценить ее степень и выработать адекватную лечебную тактику при данном дерматозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурашидов А.А. Экзема билан хасталанган беморларда эндоген интоксикацияни ҳисобга олиб даволашнинг патогенетик жиҳатдан асосланиши. //Тиб. фан. номзоди дис. автореф.. — Тошкент. 2006. 18 б.
2. Абидов А.М., Турдыева Э.Ш. Синдром эндогенной интоксикации при урогенитальном кандидозе. //Современные аспекты эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики дерматозов и инфекций, передающих-

ся половым путем. Материалы II Международной конференции. 23–24 мая 2003 года. — Алматы. 2003. С. 90.
3. Габриэлян Н.И., Дмитриев А.А., Кулаков Г.П. и др. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях. //Клиническая медицина. 1981. № 10. С. 38–42.
4. Кишкун А.А., Кудина А.С., Офитова А.Д., Мишурина Р.Б. Значение средних молекул в оценке уровня эндогенной интоксикации. // Военно-медицинский журнал. 1990. № 2. С. 41–44.
5. Николайчик В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. и др. Способ определения «средних молекул». // Лабораторное дело. 1991. № 10. С. 13–18.
6. Рахматов А.Б., Абдурашидов А.А., Шилина Т.А., Садыкова Р.Т. Способ определения эндогенной интоксикации при некоторых дерматозах. Методические рекомендации. — Ташкент. 2000. 5 с.
7. Самцов А.В., Божченко А.А. Патогенез андрогенетической алопеции: современное состояние проблемы (обзор литературы). Русский медицинский журнал. 2006. Т.14. № 15. С. 1141–1144.
8. Тогайбаев А.А., Кургузкин А.В., Рикун И.В., Карибжанова Р.М. Способ диагностики эндогенной интоксикации. // Лабораторное дело. 1988. № 9. С. 22–24.
9. Claudatus J., D'Ovidio R., Bufo L. Alopecia areata: the importance of the psychoneuroimmunocutaneous system. // Ann. Dermatol. Venerol. (XX World Congress of Dermatology). 2002. V. 129. P. 15515.
10. D'Ovidio R., Claudatus J., Di Prima T. Alopecia areata: review of particular clinical forms and insight into possible pathogenetic mechanisms. // Ann. Dermatol. Venerol. (XX World Congress of Dermatology). 2002. V. 129. P. 15517.
11. Samtsov A.V., Bozhchenko A.A. Androgenetic alopecia: immunomorphological features. // J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol. 2001. V. 15. № 2. P. 130–131.
12. Vasquez L.N., Arevalo M.P., Diaz N.L. et al. Sensory innervation and neuropeptides in localized Alopecia areata. // Ann. Dermatol. Venerol. (XX World Congress of Dermatology). 2002. V. 129. P. 15525.

КОНТАБ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

З.Р. КАМОЛОВ

Кафедра кожных и венерических болезней Бухарского медицинского института

РЕЗЮМЕ

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА КОНТАБ ДОРИ ВОСИТАСИ МАКОЛАСИГА

З.Р. Камолов

Юкорида келтириб утилган дори воситасининг яллигланишга карши, иммуномодулятор ва вазопротектор хусусиятларига эга эканлигини инобатга олиб, 60 та тери лейшманиози билан огриган беморларда системали энзимтерапияда кулланилган натижалар келтирилди. Контаб дори воситасини тери лейшманиози билан огриган беморларни даволашда куллаш тавсия этилади.

SUMMARY

THE KONTAB IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

Z.R. Kamolov

The results of system enzimotherapy in 60 patients with leishmaniasis tegumentaria are presented. There are anti-inflammatory, immunomodulative and vasoprotective effects of this drug are investigation. Authors recommended using the Kontab in complex treatment of patients with leishmaniasis tegumentaria.

В настоящее время в странах Центральной Азии висцеральный и кожный (городской тип) лейшманиоз практически ликвидирован, однако зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ) продолжает встречаться в определенных (эндемических) зонах Узбекистана, Бухарской, Сурхандарьинской, Кашкадарьинской и других южных регионах республики [10, 12, 14].

Известно, что для данного заболевания характерна определенная сезонность: первые больные ЗКЛ появляются уже в конце мая, далее заболеваемость постепенно увеличивается, достигая своего максимума в сентябре–октябре, затем отмечается постепенный спад заболеваемости и в зимний период, как правило, могут встречаться единичные случаи ЗКЛ, причем это касается пациентов, поздно обратившихся за врачебной помощью [7, 12].

Необходимо указать, что кожный лейшманиоз является одним из немногих протозойных заболеваний, перенесение которого приводит, как правило, к развитию стойкого, напряженного и длительного иммунитета. Лейшмании являются облигатными внутриклеточными паразитами, которые способны проникать, трансформироваться, размножаться и выживать в клетках гистиофагоцитарной системы хозяина, поэтому ответная реакция организма имеет свои особенности [14, 15].

Природными резервуарами возбудителя ЗКЛ являются большая и краснохвостая песчанки, а переносчиками — москиты (Phlebotomus papatasi). На территории Узбекистана выделяются лейшмании трех видов: L.major, L.turanica, L.gerbilli [6]. У людей типичное течение ЗКЛ вызывает только L.major, однако L.turanica может в некоторых случаях вызывать абортивное течение заболевания и приводить в дальнейшем к невосприимчивости их к L.major [13].

Для кожного лейшманиоза характерен инкубационный период, который составляет от нескольких дней до 3–4 недель, а в редких случаях может длиться до нескольких месяцев [7, 12].

Важным клиническим признаком кожного лейшманиоза являются лейшманиомы, количество которых бывает весьма вариабельным, причем зачастую они локализуются на открытых участках кожного покрова, а затем уже появляются осложнения заболевания в виде лимфангоитов, лимфаденитов и бугоркового обсеменения вокруг лейшманиозных язв.

Сегодня используется множество лекарственных средств, хирургических и физиотерапевтических методов лечения кожного лейшманиоза, но несмотря на это, у 30–40 % больных возникают осложненные формы заболевания или явления металейшманиоза, отличающиеся торпидностью к проводимой терапии [7, 12].

В этой связи практической дерматологии в своем арсенале необходимо иметь эффективные и безопасные схемы лечения, тем более, что развивающиеся рубцы являются косметическим дефектом, значительно ухудшающим качество жизни самих пациентов.

Цель исследования. Разработка патогенетически обоснованной терапии больных ЗКЛ с использованием системной энзимотерапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 больных с зоонозной формой кожного лейшманиоза (мужчин — 33, женщин — 27) в возрасте от 19 до 55 лет. Согласно клиническим проявлениям заболевания нами были выделены следующие формы ЗКЛ: лейшманиомы без осложнений — у 12 (20 %); лейшманиомы с лимфангоитами и лимфаденитами — у 23 (38,3 %); лейшманиомы с бугорками обсеменения — у 7 (11,7 %); лейшманиомы с явлениями лимфангоитов, лимфаденитов и бугорков обсеменения — у 18 (30 %) больных. Во всех случаях диагноз кожного лейшманиоза подтверждался выявлением с очагов поражения телец Боровского (L.major).

В комплексной терапии больных ЗКЛ нами был использован препарат системной энзимотерапии «Контаб», оказывающий противовоспалительное, иммуномодулирующее и вазопротекторное действие.

Результаты исследования. Ранее проведенные исследования у больных ЗКЛ показали, что при данном дерматозе выявляются значительные иммунологические отклонения, которые обусловливают развитие эндогенной интоксикации, что и явилось обоснованием для применения препарата «Контаб», представляющего собой комбинацию натуральных высокоактивных энзимов растительного и животного происхождения. В настоящее время доказано, что контаб удовлетворяет всеобщему терапевтическому принципу: надежность и высокая эффективность при общей хорошей переносимости, что и определяет широкий спектр его клинического использования.

Наряду со стандартным лечением больных ЗКЛ (антибактериальные средства, десенсибилизирующие препараты и др.) контаб назначался по 5 таблеток 3 раза в день (до еды) в течение 10–20 дней в зависимости от клинических проявлений кожного лейшманиоза.

В большинстве случаев сложившаяся десятилетиями практика полипрагмазии, превентивного лечения возможных осложнений, ведущая к немалым экономическим затратам, является неоправданной с точки зрения доказательной медицины. В этой связи использование мирового опыта применения препаратов, обладающих универсальными свойствами воздействия на различные органы и системы организма, является весьма актуальной проблемой. Кроме того, применение системной энзимотерапии в комплексе с другими препаратами способствует уменьшению их побоч-

ных эффектов, ограничению неблагоприятного влияния на системы и органы, состояние гомеостаза, иммунитета и др. [11].

Проведенное лечение указало, что разработанный метод комплексного лечения больных ЗКЛ позволило негативировать бактериологические исследования уже на 10–15 сутки лечения и примерно в 2 раза ускорить сроки эпителизации лейшманиозных язв. Следует указать, что у 12 из 60 больных (20%) отмечались различной степени выраженности субъективные ощущения в очагах поражения, которые исчезли при использовании препарата «Контаб» уже на 5–7 сутки от начала лечения. Ни в одном случае не зафиксировано каких-либо побочных явлений либо осложнений от применения стандартных лекарственных средств, что также связано с использованием препарата системной энзимотерапии.

В доступной литературе имеются данные об использовании препаратов системной энзимотерапии у больных красной волчанкой [1], трихофитией [2], склеродермией [3], старческими кератозами [8].

Необходимо отметить, что первоначально энзимы использовались только врачами, специализирующимися в натуропатической медицине. Врачи же, практикующие в традиционных областях медицины, отвергали оральные энзимы, полагая, что они не резорбируются, а, следовательно, не обладают соответствующим эффектом. О том, что недостаток энзимов, скажем в пищеварительном тракте, может быть восполнен препаратами этих веществ, производимых поджелудочной железой, хорошо известно, равно как и то, что протеолитические энзимы можно использовать для очистки ран и других поврежденных участков организма. Вышеприведенные примеры относятся к области локальной энзимотерапии [4].

В отличие от локального использования отдельных ферментов, опыт которого имеется у многих врачей, системная энзимотерапия представляет собой сравнительно новый лечебный подход. В ходе последних десятилетий, благодаря новым данным в области биохимии, физиологии, иммунологии и практической медицины, системная энзимотерапия нашла свое широкое применение при лечении разнообразных заболеваний [9].

Препараты системной энзимотерапии оказывают положительное влияние на ход воспалительного процесса, ограничивают патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияют на показатели иммунологической реактивности организма. Осуществляя стимуляцию и регуляцию уровня функциональной активности моноцитов-макрофагов, естественных килерных клеток, данные препараты стимулируют противоопухолевый иммунитет, регулируют механизмы неспецифической защиты, тем самым оказывая противовирусное и противомикробное действие [9].

Регулируя тонкие внутренние процессы в организме, энзимы естественным образом помогают ему справиться с болезнью, одновременно защищая человека от негативного воздействия антибиотиков, гормональных и химиопрепаратов [4, 5].

Препараты системной энзимотерапии способствуют ускоренной элиминации белкового дентрита и уменьшению локального отека тканей за счет уменьшения инфильтрации интерстициального пространства белками плазмы, что приводит к существенному улучшению микроциркуляции в зоне повреждения [9].

Таким образом, патогенетические механизмы, лежащие в основе клинических проявлений ЗКЛ, являются основанием для использования в комплексной терапии данного заболевания препаратов системной энзимотерапии, в частности, препарата «Контаб», который значительно повышает терапевтическую эффективность стандартного лечения и может быть рекомендован в качестве патогенетически обоснованного средства у больных кожным лейшманиозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифов С.С. Вобэнзим в комплексной терапии красной волчанки. // Новости дерматологии и венерологии. 2004. №4. С. 12–15.
2. Ваисов А.Ш., Аллаева М.Д. Экспериментальное изучение эффективности антимикотиков и препарата «Вобэнзим» при лечении трихофитии. // Новости дерматологии и венерологии. 2004. №4. С. 37–39.
3. Галлямова Ю.А. Склеродермия. // Вестник последипломного медицинского образования. 2001. №3. С. 30–37.
4. Гариб В.Ф. Системная энзимотерапия и воспаление. // Журнал теоретической и клинической медицины. 2005. №4. С. 84.
5. Дюсембаева Н.К. Иммунокоррекция в лечении бронхиальной астмы: глюкокортикостероиды, системная энзимотерапия, интерфероны и цитокины. // Пульмонология. 2006. №1. С. 57–59.
6. Елисеев Л.Н., Стрелкова М.В., Жерихина И.И. Особенности эпидемической активации природного осада ЗКЛ в местах

симпатричного распространения L.major, L.turanica, L.gerbilli. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1991. №3. С. 24–29.
7. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. — М.: Медицина. 1997. С. 140–143.
8. Коган А.Г., Носоченко Г.Ф. Вопросы комплексного лечения старческих кератозов. // Вестник последипломного медицинского образования. 2001. №1. С. 35–36.
9. Лысикова М., Вальд М., Масиновски З. Механизмы воспалительной реакции и воздействие на них с помощью протеолитических энзимов. // Цитокины и воспаление. 2004. Т. 3. №3. С. 48–60.
10. Мустафаев Х.М. Современные особенности эпидемиологии и оптимизации мероприятий эпидемиологического надзора в очагах зоонозного кожного лейшманиоза на осваеваемых территориях. // Автореф. дис. канд. мед. наук. — Москва. 1991. 17 с.
11. Петрасюк О.А., Гафаров М.М. Иммунологические аспекты комплексной терапии онихомикозов интразолом с применением вобэнзима. // Вестник дерматологии. 2006. №1. С. 56–57.
12. Родякин Н.Ф. Кожный лейшманиоз. — Ашхабад: Ылым. 1982. 190 с.
13. Стрелкова М.В. Восприимчивость и особенности течения экспериментального лейшманиоза у разных видов млекопитающих при заражении L.major, L.turanica, L.gerbilli. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1991. №1. С. 35–39.
14. Шуйкина Э.А. Клиническая и эпидемиологическая иммунология лейшманиозов в СССР. // Автореф. дис. докт. мед. наук. — Москва. 1984. 45 с.
15. Moll H. Epidermal L angerhans cells are critical for immunoregulation of cutaneous Leishmaniasis. // Immunology Today. 1993. Vol. 14. P. 383–387.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП И СЕКСУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Б.Д. АЛИМОВ

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МзРУз

РЕЗЮМЕ

УСМИРЛАР ОРАСИДА ЖЙЮК ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ЖИНСИЙ САВОДХОНЛИК МАСАЛАЛАРИ БУЙИЧА БИЛИМЛАР ТИЗИМИ ТАХЛИЛИНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Б.Д. Алимов

Илмий ишда Тошкент шахри урта умумтаълим мактабларининг укувчилари — катта ёшдаги усмирлар (655) орасида ЖЙЮК масалалари буйича утказилган анкетали аноним суровнома натижалари курсатилган. Суровнома ЖЙЮК масалалари буйича саводхонлик даражасини аниклаш максадида утказилган. Суров пайтида шу нарса маълум булдики, укувчилар жинсий мулокотлар масалаларига юкори даражада кизикадилар, аммо уларда ЖЙЮК олдини олиш ва юкиш йуллари масалалари буйича элемантар билимлар деярли йук. «Янги ЖЙЮК» тугрисидаги маълумотга факат айрим усмирлар эга. Ушбу масалалар буйича улар учун билим манбаи булиб уз тенгдошлари билан булган сухбатлар хизмат килади. Олинган натижалар катта ёшдаги усмирларни ЖЙЮК энг осон юкиш эхтимоллиги булган хавфли гурух тоифасига киритиш мумкинлигини курсатади.

SUMARY

THE RESULTS OF ANALYSIS OF SEXUAL EDUCATION AND KNOWLEDGE'S ABOUT STD PROPHYLACTIC AMONG ADOLESCENTS

B.D. Alimov

The results of anonymous questionnaire filling on STD problems, conducting among Tashkent secondary school adolescents (655) is presented. The goal of this work was study of literacy of STD problems. During the investigation was detected that there are increasing interest to sex relations' problem is take place, but the elementary knowledge on preservation and infection by STD is absent. There is isolated group has information about «new STD». The main information's source on this question is contact with contemporaries. Given data allows examining the adolescents like the most vulnerable risk group on STD infection.

Рост распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и вызываемые ими осложнения в условиях раннего начала половой активности среди молодежи требует создания акцента на профилактических мероприятиях [2, 3]. В этой связи наиболее действенным звеном может стать развитие индивидуальной профилактики, основанной на самосознании и информированности молодежи об ИППП.

Проблема ИППП у детей слагается из двух основных аспектов: первый — это подростковый контингент с ранним дебютом половой жизни, который в силу отсутствия грамотности по вопросам ИППП почти неминуемо заражается этими инфекциями, второй — это дети, инфицированные родителями внутриутробно и бытовым путем [1, 4]. В результате выпадает из обследования и адекватного лечения огромный контингент, который впоследствии становится самостоятельным «поставщиком» ИППП как для своих половых партнеров, так и для будущего поколения. Вопросам распространенности ИППП среди детей и старших подростков в нашей республике не уделялось должного внимания, поскольку половой путь передачи этих инфекций всегда считался основным, а проблему раннего начала половой жизни и связанного с этим возможного инфицирования ИППП обсуждать было не принято. Однако в свете нарастающей в обществе либерализации сексуальных отношений, а также признания факта внутриутробного заражения «новыми» ИППП следует ожидать значительного скачка этих инфекций у самого разнообразного контингента.

Цель исследования. Оценка и повышение уровня самосознания и понимания необходимости ведения здорового образа жизни.

Материал и методы исследования. Для проведения запланированных исследований предпринято добровольное анкетирование учащихся старших классов средних школ г. Ташкента. Опрос учащихся проводился после согласования вопросов анкеты с педагогами и администрацией школ в старших классах, где проводятся занятия по вопросам этики и психологии семейной жизни. В анкетировании участвовали 655 учащихся в возрасте 15,5 лет. С целью соблюдения морально-этических норм и недопущения передачи избыточной для подростков информации вопросы имели корректный характер, направленный на оценку уровня осведомленности по основным вопросам сексуального образования и профилактики ИППП.

Результаты исследования. Данные опроса школьников показали, что занятия по половому просвещению посещают 68,9 % учащихся (преимущественно девочки), не посещают — 31,1 %. Большинство учащихся (48,7 %) основанием для начала половой жизни считают брак, 37,1 % — любовь, 9,8 % — любопытство, 2,5 % — симпатию, 2,0 % — дружбу. Результаты данного опроса указывают, что почти половина учащихся допускают начало половой жизни до брака, а это один из основных факторов риска заражения ИППП. Большая часть учащихся (56,8 %) считает возможным начало половой жизни после 20 лет, 33,6 % — от 18 до 20 лет, 6,9 % — в 16–17 лет, 2,7 % — в 14–15 лет. В целом, данные результаты имеют оптимистичный прогноз, поскольку после достижения совершеннолетия молодые люди уже имеют некоторые представления о половых отношениях и их последствиях.

Текущее десятилетие ознаменовалось информационным прорывом по вопросам сексологии и полового поведения как в форме литературных, так и демонстрационных источников. Так, в 42,7 % случаев источником информации по вопросам полового просвещения для учащихся являются их друзья, в 29,2 % — телепередачи, в 12,4 % — Интернет-ресурсы, в 5,6 % — беседы с учителями, в 4,9 % — беседы с родителями, в 4,0 % — статьи в газетах и журналах, в 0,9 % — специальная литература, в 0,3 % — медицинские учреждения. Только для 5,6 % учащихся познавательными оказались занятия с учителями, несмотря на наличие специальных уроков по половому воспитанию. Аналогичная ситуация обстоит и в отношении бесед с родителями (4,9 %), что указывает на отсутствие возможности откровенного общения по деликатным вопросам. Определенная часть учащихся (4,0 %) пользуется популярными газетами и журналами, основная концепция которых: «секс — это удовольствие». Только 0,9 % подростков для получения информации использует специальную литературу и 0,3 % посещают медицинские учреждения, хотя именно там можно получить объективные сведения о возможных последствиях полового инфицирования.

Всего 2,7 % учащихся осведомлены об ИППП, несмотря на то, что эта тема напрямую связана с вопросами сексуальных отношений. Среди наиболее «популярных» ИППП названы сифилис (3,2 %), гонорея (1,5 %), трихомониаз (2,3 %) и хламидиоз (2,0 %). Кстати, несоответствие между количеством учащихся, пере-

числивших вышеуказанные болезни, и числом учеников, знающих, что такое ИППП вообще, подтверждает, что большинство из них не рассматривают отдельно взятые инфекции в качестве передающихся при половом контакте.

Неудивительно, что о путях предохранения от ИППП знают только 2,7% (примерно тот же процент учащихся, которые имеют представление об ИППП вообще). Только 0,3% учеников допускают возможность заражения ИППП при поцелуях, в то время как именно эта форма общения превалирует среди старшеклассников. Передача значительного количества ИППП при проникающих поцелуях является важным звеном эпидемиологической цепочки многих ИППП, которому не всегда уделяется должное внимание, даже со стороны специалистов.

О том, что такое ВИЧ/СПИД знают 98,5% учеников. Очевидно — это заслуга средств массовой информации и участия преподавательского состава школ в проведении соответствующей пропаганды. Данная цифра раскрывает скрытый потенциал возможностей активной целенаправленной просветительской работы, которая с таким же успехом могла бы освещать вопросы ИППП. 2% учащихся признались о начале половой жизни.

Результаты исследования. Полученные результаты указывают на то, что основным источником информации для учащихся являются их друзья и сверстники, которые, конечно, не могут полноценно и грамотно удовлетворить любопытство по этому вопросу, однако открывают перспективы аутрич-работы («равный обучает равного»). Отдельные телепередачи, весьма активно освещающие вопросы сексологии, также носят необъективный характер, рекламируя свободную манеру сексуального поведения, вседозволенность с одной стороны, и очень редко касаясь вопросов предохранения от ИППП, с другой. Информация по различным аспектам половой жизни весьма широко отражается в Интернет-ресурсах. Однако спектр этой информации также отражает в основном вопросы сексуального удовлетворения. Обилие информации подобного рода неминуемо втягивает учащихся в процесс ее освоения, тем самым подвергая риску заражения ИППП.

Выводы. Таким образом, следует отметить наличие определенного интереса у учащихся к вопросам половой жизни, однако информированность по вопросам ИППП приближена к нулевым значениям. Налицо однобокий интерес к половой жизни, имеющий позитивную чувственную направленность. Любопытство и стремление познать любовь путем начала половой жизни является преобладающей мотивацией среди старших подростков. Незнание пагубных последствий половых связей снижает бдительность и осторожность в отношении возможного инфицирования ИППП и делает эту возрастную группу наиболее уязвимой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башмакова М.А., Кошелева Н.Г., Калашникова Е.П. Инфекция и бактериальная колонизация урогениталий у беременных, влияние на течение беременности, плод и новорожденного ребенка. // Акушерство и гинекология. 1995. №1. С. 15–18.
2. A community based study of urogenital chlamydia trachomatis in males aged fifteen years and above. / Mitike G, Genetu A, Kassu A et al. // Ethiop Med J. 2002. Jul. Vol. 40. №3. P. 251.
3. Burstein GR, Murray PJ. Diagnosis and management of sexually transmitted disease pathogens among adolescents.// Pediatr Rev. 2003. Mar. Vol. 24. №3. P. 75–82.
4. Sedlecki K, Markovic A, Rajic G. Medical aspects of adolescent sexuality / Srp. Arh. Celok. Lek. 2001. May-Jun. Vol. 129. P. 109.

ЭНЗИМОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКИМ ПСОРИАЗОМ

С.Ф. АЛЯВИ

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА ЭНЗИМОТЕРАПИЯ

С.Ф. Аляви

Артропатик псориазли 42 та беморда клиник-иммунологик текширув ўтказилди. Ушбу дерматоз ривожланишида иммунопатологик реакцияларнинг асосий урни эгаллаши тасдикланди ва псориаз терапиясида вобэнзим препаратининг клиник самарадорлиги исботланди.

SUMMARY

METHOD OF THE IMMUNOCORRECTIVE THERAPY OF PSORIASIS

S.F. Alyavi

A clinical-and-immunologic examination was implemented in 42 patients with psoriatic arthritis. The main role of the immune-pathogenic reactions in the development of the above dermatosis was confirmed and the clinical effect of vobenzym at the therapy of psoriasis was proven.

Проблема псориаза продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в современной дерматологии. В среднем 2–3 % популяции людей страдают псориазом и отмечается тенденция к росту заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, увеличению числа тяжелых его форм [1, 8, 9]. Частота возникновения псориатического артрита в общей популяции составляет 0,02–0,7 %, распространенность среди больных псориазом 5–8 % [7]. К настоящему времени в литературе имеется большое количество публикаций, свидетельствующих о серьезных сдвигах в иммунном статусе больных псориазом со стороны как иммунорегуляторных, так и иммуноэффекторных звеньев, позволяющих рассматривать эту проблему с точки зрения иммунопатологии [2, 3, 6].

В последнее время при хронических воспалительных процессах успешно применяют препараты системной энзимотерапии, к которым относится вобэнзим [5]. Системная энзимотерапия — современный метод лечения и профилактики с помощью комплексов взаимодополняющих протеолитических ферментов, обладающих высокой биологической активностью и целенаправленно влияющих на весь организм в целом. В состав вобэнзима входят протеиназы растительного (папаин — из недозрелых плодов папайи и бромелаин — из ананасов) и животного (трипсин и химотрипсин, выделяемые из поджелудочной железы животных) происхождения. В препарате энзимы комбинируются с рутином, который стабилизирует эндотелий сосудов, препятствует экстравазации и оказывает противовоспалительное действие, то есть дополняет терапевтический эффект энзимов.

В настоящее время доказано, что под действием компонентов вобэнзима снижается активность воспалительных процессов и модулируются защитные реакции организма, что способствует физиологическому течению воспаления на всех его стадиях. При непосредственном участии энзимов снижается выраженность медиаторной атаки в зоне воспаления и повреждение тканей. Препараты системной энзимотерапии уменьшают инфильтрацию плазматическими белками интерстиция и увеличивают элиминацию белкового детрита и фибрина из зоны воспаления, уменьшают агрегацию тромбоцитов, усиливают пластические свойства эритроцитов, что ведет к облегчению утилизации продуктов воспаления, улучшает снабжение тканей кислородом и питательными веществами и ускоряет репаративные процессы.

Энзимы, входящие в состав вобэнзима, повышают фагоцитарную и цитотоксическую активность иммуноцитов (моноцитов/макрофагов, естественных киллерных клеток, Т-лимфоцитов). На этом фоне происходит регуляция продукции цитокинов: увеличивается в случае сниженной концентрации для адекватного воспалительного ответа (IL-1Я, IL-6, IL-10, IL-12 и др.) и снижается при сверхпродукции. Наряду с этим, протеиназы могут подавлять экспрессию цитокиновых рецепторов, осуществлять их «отщепление» от клеток (шединг), а также снижать активность адгезивных молекул.

Процессы физиологического отщепления и резорбции выполнивших свою функцию ре-

цепторов регулируются активностью локальной и/или системной протеолитической (сывороточной) системы, активизирующейся при назначении энзимов. Протеиназы способны активизировать выведение патогенных иммунных комплексов, которые в повышенных концентрациях блокируют функции фагоцитов, расщеплять циркулирующие и фиксированные в тканях иммунные комплексы, а также тормозить их продукцию [4]. Следовательно, препараты системной энзимотерапии оказывают иммунорегулирующее действие на различных уровнях иммунной системы. Поэтому вероятно, что вышеописанные иммунологические эффекты системной энзимотерапии будут повышать клиническую эффективность лечения больных псориазом.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности препарата «Вобензима» у больных псориазом с учетом его иммунологического действия.

Материал и методы исследования. Проведена комплексная оценка состояния иммунной системы у больных псориазом, включавшая определение общего количества Т-лимфоцитов в венозной крови (CD3+), количества CD4+ и CD8+ лимфоцитов, натуральных киллеров (CD16+), В-лимфоцитов (CD19+), активных лимфоцитов, несущих рецепторы апоптоза (CD95+), уровней IgA, IgM, IgG в периферической крови методом прямой радиальной иммунодиффузии по Манчини (G. Manchini и соавт., 1965).

Под нашим наблюдением находились 42 больных (26 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 23 до 55 лет. Длительность течения дерматоза составляла от впервые выявленного до 50 лет. Анамнестические данные свидетельствовали, что ранее больные неоднократно получали различные виды лечения, включая ПУВА, кортикостероиды, цитостатики, ароматические ретиноиды. Обращает на себя внимание возрастающая резистентность патологического процесса к ранее проводимой терапии.

Результаты исследования. Среди обследованных больных псориазом прогрессирующая стадия была диагностирована в 31 (73,8%) и стационарная в 11 (26,2%) случаях. Наследственный характер дерматоза присутствовал у 10 (23,8%) больных. У больных псориатическим артритом наиболее часто диагностированы: артрит дистальных и межфаланговых суставов кистей — у 30 (71,4%), ассиметричный олигоартрит — у 29 (69%), спондилит и сакроилеит — у 5 (11,9%) больных. Псориатическое поражение ногтей (точковидная дистрофия и гиперкератоз ногтевых пластинок) был установлен у 34 (81%) больных.

В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы: первую группу составили 20 больных, получавших традиционную терапию (ПУВА, 30%-ный тиосульфат натрия по 10 мл в/в, 10%-ный глюконат кальция по 5–10 мл в/в, антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), витамины); вторую группу — 22 больных, получавших традиционную терапию и вобэнзим по 5 таблеток 3 раза в день в течение 20 дней.

При оценке терапевтической эффективности учитывалась динамика следующих клинических симптомов: уменьшение, исчезновение зуда, его длительности, отсутствие свежих высыпаний, наличие гиперкератоза, экссудации, сроков появления псевдоатрофического «ободка» Воронова, полный регресс высыпаний, исчезновение болей, симптомов «утренней скованности» и полноты движения пораженными суставами.

Комплексные иммунологические исследования показали, что несмотря на разнонаправленность и определенную неоднозначность иммунопатологических сдвигов у больных псориазом существует значительная разбалансировка деятельности иммунной системы. При исследовании иммунного статуса пациентов до лечения было обнаружено достоверное снижение относительных показателей лимфоцитов, CD4 лимфоцитов, CD20 В-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса и IgA, а также экспрессии активационных маркеров лимфоцитов CD25 и CD95.

У больных, получавших традиционное лечение, клиническая ремиссия наблюдалась у 3 (15%), значительное клиническое улучшение у 7 (35%) и улучшение у 9 (45%) пациентов; не было изменений у 1 (5%) больного. Анализ индекса PASI показал уменьшение на 37,8% (с 25,1±2,1 в начале лечения до 15,6±2,6 в конце терапии).

Во второй группе больных, леченных вобэнзимом, клиническая ремиссия наблюдалась у 8 (36,4%), значительное клиническое улучшение у 11 (50%) и улучшение у 3 (13,6%) больных. Анализ индекса PASI показал уменьшение на 65,3% (с 26,5±1,37 в начале лечения до 9,2±1,4 в конце терапии).

Установлено, что в процессе лечения вобэнзимом у больных с различными клиническими формами псориаза стабилизация патологического процесса происходила на 5–7 день терапии. На 3–5 день лечения прекратились появление свежих высыпаний, периферический рост папул и бляшек, уменьшилась яркость высыпных элементов и явлений экссудации. У больных артропатическим псориазом восстановились актив-

ные движения в пораженных суставах за счет исчезновения утренней скованности и регресса островоспалительных явлений. На дальнейших этапах лечения наблюдался регресс папулезных высыпаний и бляшек как в их центральной зоне, так и по периферии в виде псевдоатрофического ободка Воронова.

Положительный клинический эффект действия препарата подтверждался и иммунологической динамикой. После проведенной традиционной терапии наряду с клиническим улучшением наблюдалось увеличение ряда показателей иммунограммы Отмечена нормализация показателей лейкоцитов и лимфоцитов, рост общего пула Т-лимфоцитов, однако не происходил достоверный рост CD3 лимфоцитов относительно исходных данных ($p > 0,05$). Анализ содержания Т-хелперов также не выявил достоверного роста CD4 клеток относительно исходных данных. Уровень CD8 клеток оставался практически без изменений на уровне данных контрольной группы. Иммунорегуляторный индекс выявлялся на уровне исходных данных. Нами не отмечено повышение функциональной активности гуморального звена иммунитета — концентрация IgA, IgG, IgM в результате лечения оставалась в пределах исходных значений.

Комплексная терапия с применением вобэнзима вызвала нормализацию показателей лейкоцитов и лимфоцитов. Анализ показателей клеточного звена иммунитета выявил достоверное увеличение CD3 лимфоцитов до показателей нормы. Отмечено увеличение Т-лимфоцитов хелперов. Содержание CD8 цитотоксических Т-лимфоцитов оставалось в пределах исходных значений. Ввиду повышения Т-хелперов и снижения Т-супрессоров наблюдалось повышение иммунорегуляторного индекса до значения нормы ($p < 0,05$). Во всех группах больных отмечена нормализация активационных маркеров. Содержание CD25 лимфоцитов достигло значения контроля. Отмечено повышение экспрессии CD95 лимфоцитов до контрольных значений ($p < 0,05$), содержание ЕКК уменьшилось незначительно. Анализ показателей гуморального звена иммунитета на фоне лечения показал снижение содержания В-лимфоцитов и уровня IgG ($p < 0,05$). Концентрация IgM оставалась в пределах исходных значений.

Общепринятые методы лечения больных псориазом (метотрексат, фотохимиотерапия) основаны на иммуносупрессорном действии. Однако в клинической практике данный подход к лечению не всегда оказывает положительный эффект и может усугублять иммунные нарушения. Проведение иммунотропной терапии вобэнзимом позволяет избегать эти негативные моменты и дает возможность получить адекватный иммунный ответ, что приводит к улучшению клинической картины у больных.

Таким образом, включение вобэнзима в комплексную терапию больных псориазом оказывает положительное влияние на клиническое течение, сокращает сроки терапии и способствует коррекции основных иммунологических показателей. Вобэнзим может быть рекомендован для применения при псориазе в повседневной практике дерматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каганова Н.Л., Фриго Н.В., Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф. Генетические аспекты псориаза // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 4. С. 20–26.
2. Короткий Н.Г., Уджуху В.Ю., Абдуллаева А.Э. Комплексная иммуномодулирующая терапия больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001. № 1. С. 14–16.
3. Левин М.М., Чернышов И.С., Шубик В.М., Евстафьев В.В., Левин М.Я. Характеристика иммунных процессов при псориазе. // Вестник дерматологии. 1995. № 3. С. 29–32;
4. Рансбергер К., Ной С. Энзимы и энзимотерапия. — Мюнхен: Медицинское общество по изучению энзимов. 1994. 243 с.
5. Системная энзимотерапия. Сборник // Под ред. М.А. Репиной, Г.Ю. Кнорринга. — СПб.: Человек. 2002. 112 с.
6. Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В., Мошкалов А.В., Имянитов Е.Н. Современные представления об иммунных механизмах развития псориаза (обзор литературы) // Вестник дерматологии и венерологии. 2007. № 1. С. 3–7.
7. Эльберг Э.К., Гекк К., Киселева Н., Калликорм Р. Артрит у больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. 2004. № 5. С. 31–33.
8. Boehncke W.H., Adebajo A., Cauli A., Nash P., Salvarani C., Kavanaugh A.F. Initiative for quality in psoriasis and psoriatic arthritis. // J. Rheumatol. 2008 Jul; 35(7): 1431–3.
9. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassar E. Psoriatic arthritis: a systematic review. //Int J Rheum Dis. 2010 Oct; 13(4): 300–17. doi:10.1111/j. 1756–185X. 2010. 01540.x.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ГЕНИТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Р.Л. СТЕПАНЕНКО, Т.С. КОНОВАЛОВА

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, г. Киев, Украина

РЕЗЮМЕ

ПАПИЛЛОМАВИРУСЛИ ГЕНИТАЛ ИНФЕКЦИЯ — ТАШХИС ҚЎЙИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Р.Л. Степаненко, Т.С. Коновалова

Инсон папиллома вируси (ИПВ) генитал турлари билан инфицирланган 107 нафар аёлни комплекс клиниклаборатория текширувидан ўтказиш натижалари тақдим этилган. ПВГИни даволашнинг патогенетик асосланган яккак тартибдаги усули ишлаб чиқилган, у касаллик кечишининг клиник шаклида панавир препаратини тизимли беришни, шунингдек «Кондилин» ёки «Колломак» препарати билан кондиломаларга нишон олиб аппликациялар туширишни назарда тутади. Ишлаб чиқилган усул беморларни клиник ва этологик даволашга эришиш имконини беради.

SUMMARY

GENITAL HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION NEW WAYS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENT

R.H. Stepanenko, T.S. Konovalova

Results of complex clinical and laboratory investigations for 107 patients with different form (clinical, subclinical and latent form) of genital papillomavirus infection was reported in the article. Prevalence of HPV with height oncology risk of subclinical and latent for was determined. Suppression of interferon system of patients with HPV was determined. Analysis of efficacy of different treatment methods of papillomavirus infection was reported. New treatment method was developed: clinical form — intravenous administration of Panovir, application of Panavir gel and padofilotoxin («Kondilin») or «Kollomak» (solution of 20 % salicylic acid and 5 % lactic acid); subclinical and latent — only intravenous administration of Panovir. Result of efficacy of «Panovir» for treatment patients with productive genital papillomavirus infection was shown.

На современном этапе папилломавирусная генитальная инфекция (ПВГИ) занимает по распространенности одно из первых мест в группе заболеваний, передающихся преимущественно половым путем [3, 13, 17, 19, 22, 23, 27, 35].

Папилломавирусной генитальной инфекции свойственна высокая контагиозность. ПВГИ с одинаковой частотой диагностируют как у женщин, так и у мужчин. Частота инфицирования колеблется в зависимости от возрастных и половых характеристик групп населения [36, 43]. По данным отдельных иностранных исследователей, распространение ПВГИ составляет от 36 % среди женщин в возрасте до 25 лет и до 2,8 % — от 45 лет и старше [8, 9].

Причиной ПВГИ является ряд типов вируса папилломы человека (ВПЧ). На сегодняшний день идентифицировано свыше 140 разных типов папилломавирусов [26]. Установлено, что свыше 70 типов являются возбудителями различных заболеваний человека [21].

Человек инфицируется одним или несколькими типами ВПЧ. Обычно ВПЧ передается во время полового контакта с больным или вирусоносителем через микроповреждения эпителия, когда глубина их достигает клеток базального слоя эпидермиса, к которым ВПЧ имеет высокую степень тропизма. Инфицированные клетки базального слоя становятся постоянным источником заражения других эпителиальных клеток. ВПЧ производит на эпителий продуктивное или трансформирующее действие. При продуктивном действии ВПЧ возникают доброкачественные новообразования, в частности кондиломы и папилломы слизистых оболочек и кожи, а при трансформирующем — дисплазии тяжелой степени [6, 14, 24].

Многочисленными молекулярными и эпидемиологическими исследованиями последних десятилетий было установлено, что цервикальное заражение некоторыми типами ВПЧ является предвестником цервикальных новообразований [33, 37]. Важность медицинского и медико-социального значения проблем, связанных с

ПВГИ, подтверждает присуждение Нобелевской премии 2008 года в области медицины и физиологии немецкому специалисту Гаральду цур Гаузену за открытие основного значения ВПЧ в возникновении рака шейки матки.

Биология ВПЧ и патогенез ПВГИ остаются недостаточно изученными. Считают, что для активации ВПЧ нужна целая система связей, построенных на взаимодействии факторов внешней среды и хозяина. Важная роль принадлежит клеточным, иммунным и гормональным особенностям организма, а также другим сопутствующим этиологическим агентам и факторам [34].

Доказано, что система ИФН обеспечивает неспецифическую противовирусную защиту организма [4]. Анализ результатов многочисленных исследований последних десятилетий указывает, что ПВГИ развивается на фоне изменений в системе ИФН. В частности, у больных с ПВГИ установлено существенное снижение продукции ИФН [39]. Нужно заметить, что до нынешнего времени не полностью изучен механизм непосредственного влияния интерферонов на ВПЧ. Отдельные исследователи выразили мысль, что ИФН производит антипролиферативный эффект на трансформированные клетки хозяина [39]. Другие авторы [31] выявили в крови женщин, инфицированных ВПЧ, активацию экспрессии генов ИФН ВПЧ, что способствовало повышению уровня ИФН. Наиболее активировали систему ИФН типы ВПЧ высокого онкогенного риска.

В клинической практике общепринятым является деление ПВГИ на клиническую, субклиническую и латентную формы [14, 41, 42]. Клиническая форма ПВГИ характеризуется образованием генитальных кондилом, а субклиническая форма определяется по результатам цитологических и кольпоскопических исследований или на основании характерной гистологической картины. Определение ДНК ВПЧ при отсутствии клинических и морфологических признаков инфекции указывает на латентную ПВГИ [32].

Локальные методы лечения ПВГИ направлены на удаление разных типов остроконечных кондилом и атопически измененного эпителия. С этой целью в зависимости от локализации используют разные виды химических коагулянтов и цитостатиков, а также физиохирургические методы: крио-, электро-, лазеротерапию и хирургическое удаление [1, 3, 11, 12, 17, 20, 33].

В последнее десятилетие опубликовано значительное количество научных работ об использовании неспецифического фактора защиты — интерферона (ИФН) для лечения пациентов с ПВГИ [5, 10, 15, 16, 17, 25, 29,38]. При кондиломах интерфероны используют в виде аппликаций, свечей или внутрикондиломно [5].

Вместе с тем, авторы [30] с учетом анализа результатов эффективности местного применения интерферонов у пациентов с генитальными кондиломами пришли к выводу, что такая терапия не полностью элиминирует латентный вирус в прилежащей ткани.

В последнее десятилетие активизировались научные исследования, направленные на разработку вакцин против ВПЧ [28, 40]. Предложена вакцина на основании неструктурных белков этого вируса. Нейтрализация ее антигенами, которые продуцируются Т- и В-клетками иммунной системы организма, при введении антигена приводит к угнетению репликации ВПЧ. В то же время выявлена низкая иммуногенность этой вакцины [28, 33, 40].

На фармацевтическом рынке Украины появился новый противовирусный препарат системного (внутривенного) использования «Панавир», который повышает неспецифическую резистентность организма к различным инфекциям, способствует индукции интерферона и торможению репликации вирусов в инфицированных клетках [2, 7].

Большинство современных методов лечения при ПВГИ направлено на удаление первичного очага и морфологических маркеров инфекции, в частности кондилом и дисплазии многослойного плоского эпителия. Соответствующие местные терапевтические действия не останавливают экспрессию вируса в прилежащих тканях, а также не дают возможности достичь элиминации ВПЛ.

Данные литературы свидетельствуют, что патогенез ПВГИ изучен не достаточно. В частности, не определены механизмы длительного рецидивирующего протекания ПВГИ, а также основных факторов формирования иммунодефицитных состояний в организме людей, инфицированных ВПЧ. Не полностью изучены влияние протекания ПВГИ на систему интерферона, клеточного и гуморального иммунитета, особенности форм протекания ПВГИ в зависимости от инфицирования типами ВПЧ разной онкогенной степени риска.

Углубленное исследование распространенности и спектра клинических проявлений ПВГИ, а также патогенетических механизмов длительной персистенции ВПЧ в организме будет способствовать разработке усовершенствованных комбинированных подходов к лечению, в частности и с использованием новых противовирусных средств. Кроме того, усовершенствования требуют терапевтических и

профилактических мер, направленных на предупреждение клинических рецидивов и распространение ПВГИ, а также на уменьшение образования злокачественных неоплазий генитальной локализации, ассоциированных ВПЧ.

Цель исследования. Повышение уровня диагностики и эффективности лечения пациентов с генитальной папилломавирусной инфекцией с учетом современных данных о этиологии, патогенезе и особенностях ПВГИ.

Материалы и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное и иммунологическое обследование проведено у 107 женщин с подтвержденным диагнозом папилломавирусной генитальной инфекции. Включение пациентов в исследуемую группу определялось рядом критериев: визуализированные клинические проявления, которые указывают на инфицированность вирусом папилломы человека; положительный результат верификации ДНК вируса папилломы человека методом полимеразной цепной реакции с определением типа вируса.

Для углубленного исследования эпидемиологической, этиологической, патогенетической и клинической характеристик ПВГИ, а также ее вирусно-бактериальных ассоциаций предложена комплексная программа обследования больных.

В первую очередь пациентки должны были ответить на вопросы анонимной анкеты. Это дало возможность определить некоторые эпидемиологически значимые факторы распространения ПВГИ и особенности ее протекания. Кроме того, анкета содержала также вопросы уровня осведомленности больных о возможных путях передачи ВПЧ, а также средствах и методах предыдущего лечения и профилактики распространения инфекции.

Комплексное обследование пациентов включало общеклинические, лабораторные (цитологические, иммунологические, малекулярно-генетические), инструментальные (уретроскопия, кольпоскопия), исследования. Выполнен также спектр лабораторных исследований на наличие возбудителей других инфекций, передаваемых преимущественно половым путем.

Окончательный диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, клинических проявлений и результатов комплексных лабораторных исследований: иммуноферментного анализа (ИФА), прямой и непрямой иммунофлюоресценции (ПИФ; РНИФ) и полимеразной цепной реакции.

Результаты исследования. На протяжении 2007–2009 годов было комплексно обследовано и пролечено 107 женщин в возрасте от 18 до 49 лет с подтвержденным диагнозом ПВГИ; преобладали больные молодого возраста, в частности, от 18 до 35 лет (85,4 %).

Учитывая важное значение социологических исследований, для разработки профилактических мер, направленных на уменьшение распространенности ИПП, было проведено анонимное анкетирование, с учетом данных которого определены группы повышенного риска пациентов по распространенности инфекции. По семейному статусу обследованные больные распределились таким образом: замужние — 35 (32,7 %), незамужние — 51 (47,3 %), разведенные — 21 (20 %). Активную половую жизнь с 15 лет начали 43,8 %, с 17 лет — 52,3 %, с 20 лет — 3,9 % пациенток. Одного полового партнера в течение последнего года имели 4 (3,5 %), от 2 до 5 — 74 (69,3 %), от 5 и более 29 (27,2 %) женщин. Такие данные свидетельствуют, что раннее начало половой жизни, частота смены половых партнеров, беспорядочные половые отношения являются ведущими факторами риска инфицирования ВПЧ.

По результатам визуального обследования у 48 (45 %) из 107 больных с ВПЧ диагностирована клиническая форма протекания ПВГИ. Клиническая картина у 41 женщины характеризовалась типичными остроконечными кондиломами с экзофитным ростом, локализующимися на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, в частности, в области входа во влагалище, малых и больших половых губ, а также заднего прохода. У 7 пациенток наблюдались комбинации типичных остроконечных кондилом с разновидностями, в частности, кератотическими или папулезными бородавками, которые локализировались на больших половых губах. У 59 (55 %) обследованных не выявлено клинических признаков ПВГИ.

Для полноценной оценки объективных симптомов ПВГИ все женщины подлежали обследованию с помощью гинекологического зеркала. Экзофитные кондиломы (папилломы) на шейке матки диагностированы у 26 из 48 женщин с остроконечными кондиломами на наружных половых органах.

Нормальная кольпоскопическая картина зарегистрирована у 26 (24 %) обследованных, у 81 (76 %) диагностированы доброкачественные изменения слизистой оболочки шейки матки, характеризующиеся: у 52 % пациенток эктопией, у 63 % — цервицитом, у 6,2 % — эндометриозом, у 2,9 — рубцовой дистрофией. Цитологическое и гистологическое исследование материала, взятого у 81 (76 %) женщины в области конди-

ломатозных высыпаний (экзофитные или эндофитные папилломы) на шейке матки или в стенке влагалища, выявили вакуолизацию цитоплазмы клеток (койлоцитоз). Кроме того, у 15 (14 %) пациенток цитологическая картина в материале с области кондилом на шейке матки характеризовалась цервикальной интраэпителиальной неоплазией первой степени.

С учетом результатов комплексного клинико-визуального, кольпоскопического, цитологического и гистологического исследований клиническая форма протекания ПВГИ диагностирована у 48 (45 %), субклиническая — у 33 (31 %), латентная — у 26 (24 %) больных.

Учитывая доминирование передачи ПВГИ половым путем, это заболевание довольно часто ассоциируется с другими урогенитальными инфекциями. По результатам комплексного лабораторного обследования ассоциированное инфицирование ВПЧ и Ch. Trachomatis диагностировано у 56 (52,3 %), папиломохламидиозное – у 24 % больных, у остальных 76 % женщин, кроме Ch. Trachomatis выявлен ряд других микробных ассоциантов, в частности, Mycoplasma gominis, Ureaplasma urealyticum, грибы рода Candida, Tr. vaginalis. Грибы рода Candida в комбинации с возбудителями других урогенитальных инфекций выявлены у 37 (34,3 %) женщин, вирус простого герпеса второго типа (ВПГ-2) — у 10 (8,9 %), смешанное папиломотрихомонадное и папиломогонококковое инфицирование — у 9 (8,3 %) и 4 (3 %) больных соответственно.

Такой довольно высокий уровень поражения ВПЧ в ассоциацией с возбудителями других урогенитальных инфекций расширяет представление о патогенезе ПВГИ, в частности, о влиянии сопутствующих инфекционных факторов, активации экспрессии генитальных типов ВПЧ и развитии манифестных форм (клинической, субклинической) протекания болезни.

Таким образом, комплексное лабораторное обследование больных с ПВГИ на наличие сопутствующих урогенитальных инфекций является важным для разработки тактики этапного и индивидуализированного лечения.

У обследованных больных с разными формами протекания ПВГИ методом ПЦР идентифицированы генитальные типы ВПЧ с учетом степени их онкогенного риска, в частности, инфицирование типами ВПЧ низкой (типы 6, 11) высокой и средней степени (типы 16, 18, 31, 33, 35). Клиническая форма протекания ПВГИ при ВПЧ низкой степени онкогенного риска наблюдалась у 27 больных, высокой и средней степени риска — у 21 пациентки. Субклиническая форма протекания инфекции при поражении ВПЧ низкого онкогенного риска выявлена у 8 женщин, высокой степени — у 25 больных. Латентное форма низкой степени онкогенного риска диагностирована у 2 больных, высокой и средней степени — у 24 пациенток.

Преобладание в структуре субклинической и латентной форм поражения типами ВПЧ высокой и средней степени онкогенного риска свидетельствует о неблагоприятном прогнозе развития предраковых и раковых заболеваний.

Состояние системы иммунитета организма у обследованных с разными формами ПВГИ, в частности, с учетом инфицирования типами ВПЧ разной степени онкогенности, а также сопутствующих урогенитальных инфекций оценивали по ряду показателей: ИФН-статус (продукция ИФН-α и ИФН-β in vitro в ответ на адекватную индукцию, уровень сывороточного ИФН); функциональная активность клеток фагоцитарной системы (моноцит, нейтрофилы периферической крови); изменение показателей клеточного и гуморального иммунитета; уровень продукции ФНО.

У женщин с разными формами протекания ПВГИ выявлено нарушение показателей клеточного и гуморального иммунитета. Так, в периферической крови пациенток с клинической, латентной и субклинической формами ПВГИ снижался уровень CD3+DR+ Т-лимфоцитов, а перераспределение CD4+ и CD8+ клеток вызывало уменьшение иммунорегуляторного индекса. В сыворотке крови проявлен сниженный уровень IGG и повышенный показатель циркулирующих иммунных комплексов.

Доказано, что существенным фактором длительного протекания и развития продуктивных клинических проявлений ПВГИ является супрессия системы интерферона (ИФН). У пациенток с разными формами протекания ПВГИ установлено подавление продукции ИФН-α и ИФН-γ клетками периферической крови и снижение содержания сывороточного ИФН. Степень этих нарушений оказалась наиболее высокой при субклинической форме протекания ПВГИ, что свидетельствует о высокой степени онкогенной трансформации. Угнетение интерфероногенеза при ПВГИ сопровождалось нарушением показателей клеточного фактора иммунитета, в частности, уменьшением уровня CD4+, CD3+DR+T-лимфоцитов, NK-клеток.

Установлено, что при ПВГИ нарушаются факторы неспецифической резистентности организма больных, в частности, зарегистрировано повышение кислородзависимой бактерицидности нейтрофилов и поглощающей активности

моноцитов, что сопровождалось угнетением функционального резерва системы фагоцитоза. Установлено также, что вследствие активации фагоцитов у больных с ПВГИ повышается продукция лейкоцитарного фактора некроза опухолей (ФНО) на фоне снижения функционального резерва клеток-продуцентов этого цитокина. Эти иммунологические сдвиги нужно учитывать при разработке тактики комплексной терапии.

Большинство лечебных мероприятий при ПВГИ предусматривает удаление химическими или физическими методами участков поражения кожи и слизистых оболочек, обусловленных ВПЛ. Однако данные мероприятия не предусматривают системного противовирусного эффекта на механизмы репликации ВПЧ, что обусловливает рецидивы болезни.

На первом этапе, согласно предложенной схеме, у женщин с ВПЛ рекомендованы выявление и лечение других урогенитальных инфекций. Целесообразно также провести кольпоскопическое и цитологическое исследование и определить иммунный статус организма больного.

Второй этап предусматривает системную противовирусную, иммунокорригирующую и местную терапию или наблюдение за больными, что осуществляется дифференцировано с учетом результатов комплексного обследования.

Показаниями для назначения лечения являются клиническая и субклиническая формы протекания ПВГИ, а также латентная форма при условии поражения типами ВПЧ среднего и высокого онкогенного риска. Показанием для наблюдения является латентная форма протекания ПВГИ при поражении типами ВПЧ низкого онкогенного риска. Таким больным необходимо один раз в год проводить лабораторные исследования методом полимеразной цепной реакции на наличие ВПЧ, а также кольпоскопическое и цитологическое исследования.

Третий этап ведения больных с разными формами ПВГИ предусматривает диспансерное наблюдение и обследование через год. Обследование пациенток на этапе диспансеризации предусматривает исследование на ВПЧ методом полимеразной цепной реакции, а также кольпоскопическое и цитологическое исследование.

Всем женщинам с ПВГИ при микстинфекционных поражениях мочеполового канала перед проведением системного и местного противопапилломавирусного лечения индивидуализировано назначают антибактериальные препараты для элиминации выявленных ассоциаций микробных агентов.

На современном этапе важным в терапии ПВГИ стало применение новых лекарственных препаратов с сильным специфическим противовирусным эффектом, в частности, препарат «Панавир» производства ООО «Мосхимфармпрепараты» им. Н.А. Семашка (Россия).

Механизм действия панавира заключается во взаимодействии с мембранами клеток и конкуренции с рецепторами, с помощью которых вирусы крепятся и проникают в клетку. В организме человека этот препарат повышает продукцию оксида азота, способного инактивировать вирусы. Доказано также, что панавир имеет неспецифические иммуномодулирующие свойства, повышает неспецифическую резистентность организма к разным инфекциям и может индуцировать интерферон.

Всем обследованным (48 женщин) с клинической формой протекания ПВГИ было рекомендовано лечение согласно разработанной нами схеме комбинированной терапии.

На проведение лечения по разработанной нами усовершенствованной схеме дали согласие 32 пациентки с клинической формой протекания ПВГИ. Согласно инструкции ампульный раствор препарата «Панавир» вводили больным внутривенно по 5,0 мл по схеме: первые три инъекции с интервалом 48 часов, остальные две — с интервалом 72 часа. Параллельно накладывали местно прицельные аппликации на остроконечные кондиломы препаратом «Кондилин», который является производным подофилина (экстракт смолы из корня мандрагоры), или препаратом кератолитического действия «Колломак» (содержит 20% салициловой кислоты и 5% молочной кислоты). Аппликации накладывали один раз в неделю в течение 4 недель. Кроме того, пациенткам рекомендовали смазывать кондиломы препаратом «Панавир» (гель) два раза в сутки 4 недели.

Пациенткам (16 женщин) с клинической формой протекания ПВГИ, которые отказались от системной противовирусной терапии панавиром, провели традиционное локальное лечение, направленное на удаление остроконечных кондилом, смазывая кондиломы один раз в неделю подофилотоксином на протяжении 6–8 недель.

Обследованным 33 пациенткам с субклинической формой протекания ПВГИ и 26 женщинам с латентной формой также была рекомендована системная специфическая противовирусная терапия панавиром.

Целесообразность специфического противовирусного лечения обоснована тем, что у большинства обследованных с субклинической и латентной формами ПВГИ выявлено инфицирование типами ВПЧ высокого риска онкогенности.

На системное противовирусное лечение согласились 28 женщин с субклинической формой ПВГИ и 9 женщин с латентной.

Остальным 22 пациенткам с субклинической и латентной формами ПВГИ, отказавшимся от курса системной противовирусной терапии панавиром, было рекомендовано дальнейшее консультативное обследование и наблюдение у акушера-гинеколога.

Первое контрольное обследование 32 пациенток с клинической формой ПВГИ, которым была назначена противовирусная и местная комбинированная терапия, проводили через 30–40 дней после завершения курса лечения. В эти сроки проводилось контрольное комплексное обследование 28 женщин с субклинической формой и 9 больных с латентной формой ПВГИ.

У 32 пациенток с ранее диагностированной клинической формой ПВГИ, которых лечили по комбинированной схеме терапии, зарегистрирован полный регресс остроконечных кондилом. Контрольное лабораторное исследование с использованием ПЦР в материале из цервикального канала и стенок влагалища, взятом у 27 (84 %) женщин, не выявило ВПЧ. У других 5 (16 %) женщин этой группы по результатам ПЦР установлен ВПЧ. Этим пациенткам был рекомендован повторный курс системной специфической противовирусной терапии препаратом «Панавир». Кроме того, с учетом возможности реинфицирования перед проведением второго курса системной противовирусной терапии женщинам рекомендовали временно прекратить половую жизнь, а также привлечь к обследованию на предмет ВПЧ своих постоянных половых партнеров.

Не выявлен ВПЧ в материале из цервикального канала и стенок влагалища у 25 (89 %) из 28 женщин с субклинической формой ПВГИ, а также у 7 (78 %) из 9 пациенток с латентной формой. Цитологическое и кольпоскопическое контрольное обследование у всех 28 пациенток с ранее диагностированной субклинической формой ПВГИ не продемонстрировало клинических проявлений и цитологических признаков, свойственных этой форме инфекции. 3 пациенткам с субклинической формой протекания ПВГИ и 2 с латентной формой инфекции, у которых по результатам лабораторного исследования (метод ПЦР) через месяц после завершения системной противовирусной терапии не было достигнуто элиминации ВПЧ, рекомендован повторный курс лечения.

Клинико-лабораторное контрольное обследование также проведено после традиционного локального лечения у 16 пациенток с клинической формой ПВГИ через 30–40 дней после завершения курса.

Нужно отметить, что у 14 из 16 обследованных этой группы достигнут полный регресс остроконечных кондилом, а у 2 — существенный. Вместе с тем, во время контрольного лабораторного исследования (метод ПЦР) в материале цервикального канала у всех 16 женщин этой группы выявлен ВПЧ.

Анализ результатов лабораторных исследований указывает на то, что локальная деструкция очагов клинических и субклинических проявлений (ПВГИ) существующими химическими и физическими методами дает возможность вылечить только тот участок эпителия, где манифестировала инфекция, а в прилегающих тканях ВПЧ сохраняется в персистирующем состоянии, что является источником дальнейшего рецидивирования инфекции.

По результатам клинического и лабораторного исследования через 6 месяцев и через год у женщин с ранее установленной клинической, субклинической и латентной формами ПВГИ после завершения курса этапной специфической терапии препаратом «Панавир» рецидива остроконечных кондилом не зарегистрировано.

Кроме того, лабораторное исследование методом ПЦР у всех пациенток через 6 месяцев и через год после курса терапии не выявило ВПЧ, что указывало на достижение этиологического излечения.

В то же время у 7 из 16 женщин с ранее диагностированной клинической формой ПВГИ, которым была назначена лишь локальная деструкция остроконечных кондилом препаратами «Кондилин» или «Колломак», через 6 месяцев зарегистрирован рецидив. Также у всех 16 пациенток этой группы наблюдения в материале из цервикального канала и слизистой оболочки влагалища выявлен ВПЧ.

Анализ результатов иммунологических исследований показал, что достижение клинического и этиологического излечения у больных с различными формами протекания ПВГИ вследствие проведения предложенной комбинированной системной и местной противовирусной терапии сопровождалось нормализацией показателей иммунореактивности организма. В частности, после курса системной противовирусной терапии препаратом «Панавир» у пациенток повысилась α-интерфероногенная актив-

ность лейкоцитов и зарегистрирована тенденция к повышению продукции ИФН-γ. Кроме того, повысилось содержание сывороточного ИФН с последующим уменьшением его до показателей контрольной группы через месяц после завершения комбинированного курса системной и местной противовирусной терапии. В периферической крови пациенток нормализовалось относительное количество CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов и величина индекса соотношения CD4/CD8, а через месяц после завершения комбинированной, системной и местной противовирусной терапии регистрировалось повышение содержания натуральных киллерных клеток. Параллельно с достижением клинического и этиологического излечения больных с ПВГИ регистрировалось повышение фагоцитарной активности моноцитов и нейтрофилов периферической крови и эффекторного потенциала в системе фагоцитоза. Существенными прогностическими показателями, указывающими на эффективность противовирусного действия препарата «Панавир», являются установленная у пациенток, имеющих ПВГИ, после курса лечения нормализация уровня CD4+ лимфоцитов, натуральных киллерных клеток, кислородзависимой бактерицидной активности клеток фагоцитарной системы по показателям спонтанного и ЛПС-стимулированного НСТ-тестов, а также уменьшение в периферической крови пациенток уровня циркулирующих иммунных комплексов.

Таким образом, для практической охраны здоровья разработан усовершенствованный, патогенетически обоснованный метод лечения ПВГИ с учетом особенностей и форм протекания болезни. С целью достижения этиологического и клинического излечения больных с разными формами ПВГИ предложено проводить системную противовирусную терапию, а также индивидуализированную местную противовирусную терапию в комбинации с химиотерапевтической деструкцией клинических проявлений инфекции. Лечение пациентов с клинической формой протекания ПВГИ предусматривает системное (внутривенное) введение панавира и параллельно — местные прицельные аппликации на остроконечные кондиломы препаратами «Кондилин» или «Колломак», а также обработка кондилом препаратом «Панавир» (гель) два раза в сутки на протяжении 4 недель.

Лечение больных с субклинической и латентной формами ПВГИ предусматривает только системное (внутривенное) введение препарата «Панавир». Такая терапия предупреждает дальнейшее прогрессирование и возможное развитие злокачественной трансформации клинических проявлений ПВГИ, а также дает возможность достичь клинического и этиологического излечения больных.

ВЫВОДЫ

Выявлена взаимосвязь между формами течения ПВГИ и инфицированностью генитальными типами ВПЧ различной степени онкогенного риска. В частности, для клинической формы течения заболевания характерна инфицированность типами ВПЛ низкого онкогенного риска, для латентной и субклинической форм — высокого и средневысокого онкогенного риска.

Установлены определенные отличия клинических проявлений ПВГИ в зависимости от инфицированности разными типами ВПЧ. Определено, что больные с клинической формой течения ПВГИ с типичными остроконечными кондиломами были инфицированы типами ВПЧ низкого онкогенного риска (типы 6, 11), а с кератотическими и папулезными кондиломами — типами ВПЧ высокого и средневысокого онкогенного риска (типы 16, 18, 31, 33, 35). Установленная взаимосвязь указывает на необходимость своевременного диагностирования персистирующих генитальных типов ВПЧ, что является важным для прогноза риска развития злокачественной трансформации манифестных проявлений ПВГИ и проведения своевременного лечения.

Определено, что среди существующих на современном этапе методов диагностики ПВГИ достаточно доступным и наиболее информативным является ДНК-метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), который имеет диагностическое значение для подтверждения наличия клинической, субклинической и латентной (безсимптомной) форм течения ПВГИ и позволяет идентифицировать отдельные типы генитальных ВПЧ разной степени онкогенности, что имеет существенное прогностическое значение при определении канцерогенного риска.

Доказано, что сопутствующими факторами, способствующими активации экспрессии генитальных типов ВПЧ и возникновению продуктивных форм течения ПВГИ, являются диагностированные у большинства обследованных женщин микст-инфекционные поражения мочеполовых органов, обусловленные Chlamidia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Gardnerella vaginalis, дрожжеподобными грибами рода Candida, (ВПГ-2), Trichomonas vaginalis и рядом других инфекционных агентов.

Установлено, что важным фактором длительного течения и развития продуктивных клинических проявлений ПВГИ является супрессия системы интерферона (ИФН): у больных с разными формами ПВГИ установлено угнетение продукции ИФН-ά и ИФН-γ клетками периферической крови, а также снижение уровня сывороточного ИФН.

У женщин с различными формами ПВГИ установлено также нарушение показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Разработан патогенетически обоснованный индивидуализированный метод комбинированной противовирусной и иммунокорригирующей терапии ПВГИ, предусматривающий при клинической форме течения инфекции системное (внутривенное) введение препарата «Панавир» с одновременным местным нанесением на остроконечные кондиломы данного препарата в виле геля, а также проведение прицельных аппликаций на кондиломы препаратом «Кондилин», при субклинической и латентной формах — только системное введение препарата «Панавир» согласно инструкции.

Проведение разработанной методики лечения ПВГИ способствует нормализации измененных показателей иммунного и цитокинового статуса организма, предупреждает прогрессирование клинических проявлений инфекции и возможность развития злокачественной трансформации, а также позволяет достигать клинического и этиологического излечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахтямов С.Н. и др. Практическая дерматокосметология — М.: Медицина. 2008. 400 с.
2. Герасимчук Е.В. Опыт применения панавира при герпесвирусной и папилломавирусной инфекции // Клиническая дерматология и венерология. 2006. №4. С. 77–80.
3. Дмитриев Г.А. Папилломавирусная инфекция. — М.: Медицинская книга. 2006. 80 с.
4. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2003. С. 113–127.
5. Дубенский В.В. Клинико-эпидемиологические особенности папилломавирусной инфекции и методы лечения // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2001. №1. С. 51–55.
6. Козлова В.И. и др. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. — СПб.: Ольга. 2000. 571 с.
7. Кузовкова Т.В. и др. Иммунотропная терапия рецидивирующего генитального герпеса // Клиническая дерматология и венерология. 2005. №4. С. 4–6.
8. Кубанов А.А. Современные методы диагностики вируса папилломы человека // Вестник дерматологии и венерологии. 2005. №1. С. 26–35.
9. Ключарева С.В. и др. Современные методы диагностики и лечения папиллом человека в целях профилактики их озлокачествления // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007. №4. С. 66–70.
10. Лакатош В.П. Сучасні підходи до діагностики, лікування та прогнозування захворювань шийки матки, асоційованих з папіломавірусною інфекцією // Автореф. дис. докт. мед. наук — Киев. 2001. 24 с.
11. Мавров И.И. Половые болезни. — Харьков: Факт. 2002. 788 с.
12. Молочков В.А. Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение. Пособие для врачей — М: Русский врач. 2004. 35 с.
13. Подзолкова Н.М. и др. Папилломавирусная инфекция как фактор репродуктивного риска (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2008. №1. С. 18–21.
14. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. — М.: ГЭОТАР. Медиа. 2004. 141 с.
15. Роговская С.И. и др. Препараты интерферона и интерфероногены в лечении заболеваний половых органов, вызванных папилломавирусной инфекцией // Заболевания, передаваемые половым путем. 1998. №5. С. 27–30.
16. Роговская С.И. и др. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин С.И. Роговская, В.Н. Прилепская, А.Е. Межевитикова, М.И. Костава //Вестник дерматологии и венерологии. 1999. №6. С. 48–51.
17. Семенов Д.М. Папилломавирусная инфекция (клинико-патогенетические особенности, лечение, профилактика). 2008. 84 с.
18. Федорич П.В. Лікування папіломавірусної генітальної інфекції препаратом «Панавір». // Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2008. №(31). С. 93–96.
19. Шперлинг Н.В. и др. Клинико-иммунологическое обоснование тактики ведения больных с папилломавирусной инфекцией гениталий // Клиническая дерматология и венерология. 2008. №5. С. 22–25.

20. Auborn K.J. Treatment of HPV-infection // Clinics in Lab. Med. 2000. Vol. 20. №2. P. 407–421.
21. Baer H. Knowledge of human papillomavirus infections among yong adult men and woman:Implications for health education and research. // J.Community health. 2000. Vol. 25, №1. P. 67–78.
22. Bernard Y.U. The clinical importance of nomenclature, evolution and taxonomy of human papillomaviruses // J.Clin.Virol. 2005. Vol. 2. P. 1–6.
23. Brown D.R. et all. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. // J Infect. Dis. 2005. Vol. 191. P. 182.
24. Castle P.E. et all. Comparisons of HPV DNA detection by MY09/11 PCR methods // J. Med. Virol. 2002. Vol. 68, №3. P. 417–423.
25. Dinsmore W. et all. Recombinate human interferon-bets in the treatment of condylomata acuminate // Int. J. Std. 1997. Vol. 8, №10. P. 622–628.
26. Fauquet C.M. et all. Version 4 is based on Virus Taxonomy, Classification and Nomenclature of Viruses/ 8th ICTV Report of the International Committee on Taxonomy of Viruses // Academic Press. 2005. 1259 p.
27. Fox P.A. et all. Human papillomavirus:burden of illness and treatment cost consideration //Amer. J. of Clinical Dermatology. 2005. Vol. 6. P. 365–381.
28. Galloway D. A. Papillomavirus vaccines in clinical trials // Lancet Infect. Dis. 2004. Vol.3. №8. P. 469–475.
29. Gross G. et all. Recombinant interferon-beta gel as adjuvant in the treatment of recurrent genital warts results of a placebo-controlled double-blind-study in 120 patient // Dermatologia. 1998. Vol. 196, №3. P. 330–334.
30. Horner M. Interferon in anogenital infections with human papillomavirus // Wien. Med. Wochenschr. 1993. Vol. 143. №16–17. P. 464–468.
31. Kjaer S. K. et all. Case-control study of risk factors for cervical squamous-cell neoplasia in Denmark. Role of oral contraceptive use // Cancer. Causes. Control. 1993. Vol. 4. №6. P. 513–519.
32. Lacey C. J. et all. European course on HPV associated pathology: guidelines for primary care physicians for the diagnosis and management of ano-genital warts // Sex. Transm. Infect. 2000. Vol. 76. №3. P. 162–168.
33. Lehtinen M. №1. P. 4–6.
34. Pollamem R. Human papillomavirus infection of the famile lower genital tract and its pathobiologic correlates // Acta Univ. Quluen. 1996. №376. P. 1–67.
35. Rentala M. Transmission of high-risk Human papillomavirus (HPV) between parents and infant // J. Clin. Microbiol. 2005. Vol. 43. P. 376–381.
36. Sanjose S. et all. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. // Lancet Infect Dis. 2007. Vol. 7. P. 453–459.
37. Sherman M.E. et all. Effects of age and human flapilloma viral load on colposcopy triage: data from the randomized Atypical SquStAous Cells of Undetermined Significance / Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Triage Study (ALTS)// J. Natl .Cancer. Inst. 2002. Vol. 94. №2. P. 102–107.
38. Stadler R. Interferon in dermatology //Dermatologic therapy. 1998. Vol. 16, №2. P. 377–397.
39. Steller M.A. et all. Human papillomavirus immunology and vaccine prospects. // J. Natl. Cancer. Inst. Monogr. 1996. Vol. 21. P. 145–148.
40. Varsani A. et all. Chgimeric human papillomavirus type 16 neutrolizing epitope for the L2 minor capsid protein of HPV-6 and HPV-166. // J. Virol. 2003. Vol. 77, №15. P. 8386–8393.
41. Villiers E.M. et all. Classification of papillomaviruses. //Virology. 2004. Vol. 324. №1. P. 17–27.
42. Wick M. J. et all. Diagnosis of human papillomavirus gynecologic infections. // Clin. Lab. Med. 2000. Vol. 20. №2. P. 271–287.
43. Woodman C. B. et all. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. // Lancet. 2001. Vol. 357. №9271. P. 1831–1836.

АСАБ ТИЗИМИ ЗАХМИНИНГ БЕШ ЙИЛ ИЧИДА РИВОЖЛАНГАНЛИК ҲОЛАТИ

К.А. ЙЎЛДОШЕВ, Д.Р. ХАКИМОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

РЕЗЮМЕ

СИФИЛИС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СФОРМИРОВАВШИЙСЯ ЗА 5 ЛЕТ

К.А. Юлдашев, Д.Р. Хакимов

Приведен случай сифилиса нервной системы, сформированного за 5 лет, что представляет немаловажный интерес для специалистов.

SUMMARY

NEUROSYPHILIS WHICH WAS DEVELOPED DURING 5 YEARS

K.A. Yuldashev, D.R. Khakimov

In this article was described case of neyrosyphilis which was developed during 5 years, which might be interesting for specialists.

Захм касаллигида асаб тизимининг жароҳатланиши венерология амалиётида кўп кузатилган. Баъзи адабиётларда бу ҳолатлар турли вақт оралиғида вужудга келиши қайд этилган [5].

Тиббий адабиётлардаги маълумотларга кўра асаб тизими захми оқиш трепонеманинг марказий асаб тизимига гематоэнцефалик тўсиқ орқали кириши натижасида ривожланиши қайд этилган. Беморларнинг захмга қарши специфик даволаш муолажаларини умуман қабул қилмаганликлари ёки тўлиқ даволанмаганликларини ҳам касаллик ривожланишига сабаб қилиб кўрсатиш мумкин [1, 2, 3].

Клиник нуқтаи назардан, захм касаллигида асаб тизимининг жароҳатланиши, марказий асаб тизими захми ва периферик асаб тизими захмига ажратилади. Бу ҳолатларда, албатта, захм билан хасталанган беморларнинг гематоэнцефалик тўсиқ ўтказувчанлик ҳусусиятининг аҳамияти каттадир [4].

Ушбу мақолада захм билан хасталанган беморда 5 йил муддат ичида асаб тизимининг зарарланганлиги ҳақида маълумот келтирилади. Шу вақт мобайнида бемор умуман захмга қарши специфик даволаш муолажаларини қабул қилмаган. Натижада бемор асаб тизими томонидан ўзгаришлар пайдо бўлганлигини пайқаган.

Ушбу ҳолатни келтирамиз:

Бемор Б. 1972 йилда туғилган. Янгийўл шаҳар тери-таносил касалликлари диспансерида фаол аниқланган ва 2004 йили «Эрта яширин захм» ташхиси аниқланиб, шу диспансер шифокорлари томонидан специфик даволаниш тавсия қилинган, лекин бемор даволанишдан бош тортган. Диспансер ходимлари томонидан беморга бир неча бор даволаниш лозимлиги тавсия қилинишига қарамасдан, бемор шифокорларга мурожаат қилмаган. Илк маротаба (2004 йилда) беморда захм касаллиги аниқланган вақтда, қонидаги серологик реакцияларининг кўрсаткичлари қуйидаги кўринишда бўлган: 17.03.04 йилдан: Вассерман реакцияси (4+4+); микрореакция (4+); реагинлар титри 1:60; ОТИР (89 %); ИФР 200 (4+); ИФР абс (4+). 2009 йилгача бемор қонининг серологик реакциялари умуман текширилмаган.

2009 йилнинг сўнгги 6 ойи ичида беморнинг кўзида ғилайлик пайдо бўла бошлаган ва бир оз кўриш ўткирлиги сусая борган. Бемор ушбу шикоятлари билан Республика ихтисослаштирилган дермотология ва венерология илмий-амалий тиббиёт марказининг маслаҳат поликлиникасига мурожаат қилган ва беморга «Кечки яширин захм» ташхиси билан сифилидология бўлимига стационар шароитда даволаниш учун ётқизилган.

Бемор қайта қон серологик таҳлилидан ўтказилган ва уларнинг натижалари қуйидаги кўринишда кузатилган: 2.10.2009 йил: ВР (4+4+); м/р (4+); реагинлар титри 1:60; ОТИР (60 %); ИФР (4+4+); № 1342; 13.10.2009 йил: ВР (4+4+; м/р (4+); реагинлар титри 1:5; ОТИР (88 %); ИФР (4+4+); № 1369.

Ички аъзоларнинг ультратовуш текширувида: буйрак, жигар, ўт пуфак ва талоқ томонидан патологик ўзгаришлар аниқланмаган.

Орқа мия суюқлигининг цитологик текширувида қуйидаги натижалар олинди: цитоз — 4 (1 мм^{3}да), умумий оксил микдори — 0,75 ‰, глобулин реакцияларидан: Нонне-Апельт реакцияси (2+), Панди реакцияси (3+) аниқланган.

Орқа мия суюқлигининг серологик реакцияларида қуйидаги натижалар олинди: Вассерман реакцияси — манфий, ОТИР (20 %) ва ИФР-Ц да (2+) кузатилди. Ушбу натижалар орқа мия суюқлигининг Г.В. Робустов ва М.П. Фришман (1975 йил) таснифи бўйича III тип зарарланишига тўғри келади.

Невролог томонидан беморга «Захм этиологияли сурункали базал лептоменингит» ташхиси қўйилди.

Офтальмолог кўригида иккала кўзлар тўр пардасининг ангиопатияси, чап кўзнинг анизокорияси, ҳамкор ичкарига буралувчи ғилайлик, миопия ўрта даражаси, сурункали конъюнктивит аниқланди ва бу симптомларнинг барчаси специфик жараён таъсирида, деб баҳоланди.

Юрак электрокардиографик текширувида паст вольтажли ЭКГ, синусли тахикардия, юракнинг 1 дақиқада 100 зарба уриши, Гисс тутами ўнг оёқчасининг нотўлиқ блокадаси аниқланди.

Юқоридаги лаборатория таҳлилларига, мутахассислар кўриклари хулосалари ва ХКК (МКБ-10) га асосланиб беморга қўйилган «Кечки яширин захм» ташхиси «Асаб тизими захми, симптомлари билан» якуний ташхисига ўзгартирилди. Беморни даволаш 1996 йилда Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган «Захм диагностикаси, профилактикаси ва даволаш» услубий қўлланмаси асосида олиб борилди.

Бемор бензилпенициллин натрийли тузини 1 млн. ТБ дан ҳар 4 соатда, жами 168 млн. ТБ гача қабул қилди. Носпецифик даволашлардан алоэ экстракти 1,0 дан ҳар куни мушак орасига (№ 10); витамин препаратларидан тиамин хлорид эритмаси 5 %–1,0 дан ҳар куни мушак орасига (№ 10); цианокобаламин 500γ — 2,0 ҳар куни мушак орасига (№ 10); 5 %–400,0 глюкоза эритмасига — 5% ли аскорбин кислотаси эритмасидан 4,0 қўшилиб кўк томир ичига томчи йўли орқали юборилди (№ 4).

Ундан ташқари юрак томонидан ўзгаришлар кузатилганлиги сабабли, «Милдронат» эритмасидан 5,0 дан кўк томир ичига кунига бир махалдан (№ 10) юборилди.

Беморда ўтказилган даволаш муолажаларидан сўнг, кўз ғилайлиги ва кўриш фаолияти бироз тикланди, қондаги серореакциялар негативацияланишга мойиллиги кузатилди.

Бемор ўз вақтида специфик даволаш муолажаларини олмаганлиги сабабли 5 йил ичида асаб тизими захми шаклланган, бу ҳолат эса амалиётдаги шифокорлар учун аҳамиятлидир. Яна шуни айтиш керакки, специфик даволаш муолажалари асаб тизими томонидан ривожланаётган патологик жараённи тўхтатади ва турли хил асоратлар ривожланишининг олдини олади.

АДАБИЁТЛАР

1. Аковбян В.А., Прохоренко В.И. Болезни, передаваемые половым путем: Уроки прошлого и взгляд в будущее. // Вестник дерматологии и венерологии. 1995. № 3. С. 16–19.
2. Александров М.В., Богомолов В.В. Показатели церебральной гемодинамики у больных ранними формами сифилиса // Тезисы докладов VII Всеросийского съезда дерматологов и венерологов — Казань. 1996. С. 35.
3. Бухарович М.Н., Самохин А.И. Профилактика сифилиса внутренних органов и нервной системы. // Методические указания. — Донецк. 1972. С. 12.
4. Венерические болезни. Руководство. Под. ред. акад. О.К. Шапошникова. — М.: Медицина. 1991. С. 544.
5. Йўлдашев К.А., Алиев А.Х. Асаб тизими захмида орқа мия суюқлиги ва неврологик кўрсаткичлар ҳолати // Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт. 2009. № 3. 32–33 б.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ, У.Ш. РИХСИЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, О.К. АЛИМХАНОВ

Кафедра дерматовенерологии ТашПМИ

РЕЗЮМЕ

БОЛАЛАРДА БЕЛБОҚСИМОН ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИ КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

А.М. Маннанов, У.Ш. Рихсиев, К.К. Юлдашев, О.К. Алимханов

Мақола терининг вирусли касаллиги — «белбоқсимон учуқ»нинг болалардаги ўзига хос хусусиятлари, касалликни ташхисоти, таккослов ташхисоти, клиникасини кенг ёритиб берган. Касалликни 4 ёшли беморда кўзатилган ҳолати таърифланган, клиник белгиларнинг эрта регрессияси, асоратларнинг кам кўзатилиши ривожланаётган болалар организми учун хос.

SUMMARY

THE PARTICULARITIES OF THE CURRENT GIRDING SHINGLESES BESIDE CHILDES

A.M. Mannanov, U.Sh. Rihsiev, K.K. Yuldashev, O.K. Alimkhanov

The article is dedicated to particularity of the current girding shingleses at baby age , his(its) diagnostics , differential diagnostics and clinic. The described event of the disease beside 4 year child , where typical for rising baby organism was : earlier regress of the clinical manifestations and more low level of the complications given diseases.

Опоясывающий лишай является объектом изучения таких дисциплин, как дерматология, инфекционные болезни, неврология, офтальмология, гастроэнтерология, педиатрия. Вирус Varicella Zoster (VZ) — один из восьми представителей семейства герпесвирусов, способных поражать организм человека. Согласно вирусной токсономии, разработанной в 1999 году, он относится к роду Herpesviridae как вирус герпеса III типа [1]. Varicella является персистирующей вирусной инфекцией, как и многие другие вирусы. По данным ученых США, от 95 до 97% взрослого населения инфицированы вирусом VZ. Механизмы персистенции вируса в организме человека изучены недостаточно. Статическая теория подтверждается наличием вируса в различных ганглиях, предполагается интеграция его генома в ДНК клеток хозяина [2]. В период активации вирусной инфекции по центробежным нейронам вирус попадает к нервным окончаниям, а дальше по капиллярам к эндотелию и эпителию кожи. Согласно данной теории существует постоянный риск развития не только ВПГ I и ВПГ II , но и VZ, что нередко и реализуется в клинической практике. Доказано, что согласно динамической теории постоянно образуются небольшие дочерние популяции вируса, которые способны перемещаться по нейронам и достигать эпителия кожи. Однако малое количество вируса, а также неблагоприятные условия (ареактивность организма) не способствуют образованию везикул. Пациенты в таких случаях отмечают лишь парестезии, в литературе данные проявления описаны как неврологическая форма опоясывающего лишая [3].

В зависимости от клинических проявлений, тяжести течения, а также исходов заболевания выделяют две основные клинические формы опоясывающего лишая: локализованную и генерализованную (диссеминированную). Такие формы, как геморрагическая, некротическая, буллезная и другие рассматриваются как атипичные формы дерматоза [4]. Существуют и абортивные формы опоясывающего лишая, которые проявляются отечной эритемой и незначительными папулезными элементами. В то же время генерализованные формы, как правило, протекают тяжело, нередко с поражением внутренних органов, заканчиваясь даже летальным исходом [5].

Классическая клиническая картина заболевания характеризуется появлением на фоне эритемы островоспалительного характера сгруппированных везикулезных элементов по ходу пораженного нерва и неврологическими болями различной интенсивности. Иногда могут развиваться продромальные явления, проявляющиеся в виде недомогания, общей слабости, головных болей, незначительного повышения температуры тела. Следует указать, что болевые ощущения чаще всего предшествуют вы-

сыпаниям на коже, нередко симулируют такие заболевания, как стенокардия, почечная колика, пневмония и др. Кожные проявления регрессируют на коже в среднем в течение 2–3 недель, хотя болевые ощущения могут сохраняться еще в течение некоторого времени, так называемая постгерпетическая невралгия (ПГН). В последнее время участилась частота встречаемости вирусных заболеваний кожи (вирус простого герпеса, контагиозного моллюска, герпетиформной экземы Капоши, опоясывающего лишая), среди которых особое место занимает опоясывающий лишай (Herpes Zoster), сравнительно редко встречающийся в детском возрасте.

Приводим наш пример. В отделении дерматологии клиники ТашПМИ представлен редкий случай опоясывающего лишая у ребенка 4 лет.

Больной А., 2006 г. р., поступил в дерматологическое отделение ТашПМИ с жалобами, на высыпания и сильную боль. Первые признаки заболевания появились внезапно.

Anamnesis morbi: больной родился от четвертой беременности вторым ребенком. Беременность и роды — без осложнений. Рос и развивался соответственно возрасту.

Status localis: при поступлении в стационар общее состояние ребенка было средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Со стороны опорно-двигательного аппарата деформаций не выявлено. Дыхание ровное, через нос. Тоны сердца чистые, пульс ритмичный среднего наполнения. При пальпации живот на стороне высыпаний немного твердый и болезненный.

При *объективном осмотре:* кожно-патологический процесс носит островоспалительный, ассиметричный и ограниченный характер, локализуясь в виде единого линейного очага, который начинается с L1–L2 позвонков, далее проходит по левой боковой области и линейно доходит до линии живота (*см. вклейку, фото* 6–7). Очаг состоит из множества сгруппированных пузырьков, располагающихся на эритематозном и отечном основании. Пузырьки полушаровидной формы размером от просяного зерна до мелкой горошины с серозным, местами серозно-геморрагическим содержимым. Покрышки пузырьков напряженные, на поверхности некоторых из них отмечаются пупковидные вдавления. Пузырьки склоны к группированию, но не сливаются друг с другом. Границы очагов поражения четкие. При пальпации отмечается значительная болезненность как в области высыпаний, так и окружающей здоровой кожи.

Лабораторные исследования.

Общий анализ крови: Hb — 120; эритроциты — 3,60; цветной показатель — 0,9; лейкоциты — 4; палочкоядерные — 1; сегментоядерные — 62; лимфоциты — 30; моноциты — 4; СОЭ — 5.

Общий анализ мочи: количество — 40,0; относительная плотность — 1027; белок — abs; эпителий — 0–1–0; лейкоциты — 1–2–1; билирубин — отр.; соли — мелкие оксалаты; АоАТ — 0,033. Hbs–Ag(отр.).

Проведенное лечение: нервекс, 1,0, с новокаином через день; циклоферон, 1,0, в/м, по схеме; ибупрофен (сироп) по 1 ч.л. 3 раза в день; ацикловир, 200 мг, по ½ таблетки 4 раза в день.

Местно область поражения обрабатывалась раствором Кастеллиани, мазями «Герпевир» и «Левомиколь» 3 раза в день.

На 3-й день от начала лечения отечность и гиперемия кожи уменьшились, большинство пузырьков вскрылись с образованием эрозий с мелкофестончатыми краями, которые на 5-й день покрылись корочками желто-коричневого цвета. К 8-му дню корочки отпали, а на их месте осталась легкая гиперпигментация. Параллельно с разрешением кожно-патологического процесса наблюдалось уменьшение субъективных жалоб (болезненности, жжения). Таким образом, на фоне общепринятой терапии отмечалось благоприятное течение заболевания и разрешение кожно-патологического процесса за короткий период времени.

Данный клинический случай указывает на особенности течения опоясывающего лишая у детей, заключающиеся в укорочении сроков длительности клинической симптоматики, достаточно быстром разрешении субъективных ощущений, отсутствии склонности к тяжелому течению и осложнению в виде постгерпетической невралгии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исабаев Б.А. Клинические особенности течения опоясывающего лишая. Дерматология и эстетическая медицина. №3. 2009. С. 55–59.
2. Арифов С.С. Герпетические инфекции (этиология, патогенез, клиника, лечение). // Методические рекомендации. — Ташкент. 2007. 20 с.
3. Баринский И.Ф., Шубладзе А.Н., Каспаров А.А. Герпес: этиология, диагностика, лечение. — М.: Медицина. 1986. С. 139–147.
4. Лебедюк М. Н., Запольский М.Э. Клинико-эпидемиологические особенности опоясывающего лишая. Определение эффективности препарата «Геверан»в комплексной терапии

этой патологии. // Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. 2005. № 1. С. 50–54.
5. Carrasco D.A., Struten M.V. Tyring S.K. Лечение герпесзостерной инфекции и постгерпетической невралгии. // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 1. С. 28–33.
6. Digeon M., Zaver M., Riza I., Bach I.F. Detection of circulatiny immune complexes in human sera by simplified assays with polyethileneglicol. // J.Immunol. Metods. 1977. Vol. 16. № 4. P. 165–183.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ОГРАНИЧЕННОГО ГИПЕРТРИХОЗА

С.С. АРИФОВ, Д.С. ДЖАЛИЛОВ, С.С. ХАЛИМОВ, И.Т. НАСРЕТДИНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Бекабадский городской кожно-венерологический диспансер

РЕЗЮМЕ

ЧЕГАРАЛАНГАН ТУГМА ГИПЕРТРИХОЗИ ХОЛАТИ

С.С. Арифов, Д.С. Джалилов, С.С. Халимов, И.Т. Насретдинов

Маколада кам учрайдиган дерматозлар гуруҳига кирувчи ва малълум амалий аҳамиятга эга бўлган чегараланган тўғма гипертрихози ҳақида сўз боради. Адабиетларда чоп етилган мақолалар асосида касалликни клиникаси, кечиши, келиб чикиш сабаблари ва ўхшаш касалликлардан фарки баён етилган.

SUMMARY

THE CASE OF CONGENITAL HYPERTRICHOSIS LIMITED

S.S. Arifov, D.S. Djalilov, S.S. Halimov, I.T. Nasretdinov

A case of a rare dermatosis — congenital hypertrichosis limited, which is of great practical importance was described in the article. The clinical picture, differential diagnosis and treatment of this genodermatosis, review of literature were presented.

Под гипертрихозом понимают избыточный рост волос, не соответствующий данной области кожи и возрасту больного. Он может возникнуть вскоре после рождения или развивается в зрелом возрасте [2, 4, 5]. Гипертрихоз является самостоятельной аномалией или частью врожденных пороков развития, синдромов наследственных заболеваний. Его делят на локальный или универсальный [1, 3, 6]. В практике дерматолога встречаются следующие случаи гипертрихоза.

Гипертрихоз врожденный универсальный — очень редко встречающийся синдром, наследуемый по аутосомно-доминантному типу. В литературе имеются сведения, когда короли в давние времена держали таких людей при дворе для развлечения придворных. При данной патологии обычно в грудном и раннем детском возрасте вся поверхность кожи покрывается шелковистыми волосами, достигающими в длину 10 см. В остальном они обычно совершенно здоровы [1, 6].

Врожденный ограниченный гипертрихоз — рост ненормально длинных и грубых волос на ограниченном участке. Он может являться признаком невуса. Грубые волосы часто наблюдаются при врожденном меланоформном невусе. Невус может быть плоским, с более или менее плотным волосяным покровом, и характерен большим процентом его озлокачествления [1].

Невус Беккера часто начинается в возрасте 10–15 лет и характеризуется появлением коричневого очага неправильной формы с меньшими островками пигментации за краем основного процесса. Вскоре после наступления половой зрелости развивается гипертрихоз на поверхности пигментации. Часто границы пигментации и гипертрихоза точно не совпадают. Ограниченно распространенный гипертрихоз может встречаться как дефект развития при отсутствии других аномалий кожи [2, 5].

При ***приобретенном пушковом гипертрихозе*** наблюдается быстрый рост на значительном участке поверхности кожи длинных тонких пушковых волос, которые замещают не только длинные волосы, но и первичные пушковые волосы на лбу, щеках и вторичные пушковые волосы на облысевшей голове. Большинство наблюдавшихся больных с данным гипертрихозом страдали тем или иным злокачественным ново-

образованием. Поэтому при усиленном росте волос у взрослых надо проводить тщательное онкологическое обследование [1, 2].

Приобретенный ограниченный гипертрихоз развивается вследствие длительного воздействия на кожу раздражающих факторов. Это воспаление, механическое воздействие, растирание при бритье, привычка выдергивать волосы. Например, гипертрихоз на одной ноге после длительного ношения гипсовой повязки — хорошо известный хирургам и ортопедам. Через несколько недель, после снятия повязки, рост волос становится нормальным [1, 4].

Ятрогенный гипертрихоз возникает при приеме некоторых лекарственных препаратов. К ним относятся миноксидил, применяемый при различных формах алопеций, кортикостероидные кремы и мази при их длительном применении, псорален при лечении витилиго, псориаза и т.д. [1, 3].

Симптоматический гипертрихоз может быть проявлением самых разнообразных патологических состояний. Описаны случаи гипертрихоза после повреждения головы и других мозговых расстройств, недостаточном питании, дерматомиозите. Очень часто гипертрихоз наблюдается при наследственных заболеваниях (мукополисахаридоз, буллезный эпидермолиз, синдром Донохью, некоторые формы порфирии, синдром Уинчестера) [1, 2].

Приводим наш пример. Родители больного Д., 2005 г.р., обратились в РНПМЦ ДиВ с жалобами на наличие волос у ребенка на коже крестцово-поясничной области.

Anamnesis morbi: появление волос у ребенка родители отмечают с годовалого возраста. Наследственность не отягощена. Подобное в роду у никого не отмечалось. Родители в родстве не состоят.

Anamnesis vitae без особенностей, ребенок развивается соответственно возрасту.

Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный невоспалительный характер, локализован на коже пояснично-крестцовой области и представлен ростом длинных пушковых темных волос длиной 7–8 см площадью с детскую ладонь. Кожа на месте роста волос не изменена, без признаков воспаления и шелушения (*см. вклейку, фото* 8).

Status praesens: общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Костно-мышечная система без деформаций. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижные, не спаяны с окружающей тканью. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД — 110/70 мм. рт. с., пульс — 90 уд./мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. В легких везикулярное дыхание, свободное, хрипов нет. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка без особенностей. Стул регулярный, оформленный. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Субъективных ощущений нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

Узи внутренних органов без эхопатологии.

Лабораторные исследования

Общий анализ крови: Нв — 125 г/л, эритроциты — $4{,}2\times10^{12}$/л, лейкоциты — $5{,}4\times10^{9}$/л, с/я — 64×10^{12}/л, лимфоциты — 25×10/л, моноциты — 6×10/л, СОЭ — 7 мм\ч.

Биохимическое исследование крови: общий белок — 70 г/л, мочевина — 1,2 ммоль/л, билирубин: общий — 10,5 мкмоль/л, связанный — 3,0 мкмоль/л, свободный — 7,5 мкмоль/л, АлАТ — 11 нмоль, АсАТ — 12 нмоль, глюкоза — 3,8 ммоль/л.

Анализ кала: без патологии.

Анализ мочи: белок — отр., лейкоциты — 3–4/1, соли оксалаты.

На основании осмотра, клинико-лабораторных данных и общего состояния больному выставлен диагноз: «*Врожденный ограниченный гипертрихоз»*.

Рекомендована консультация хирурга-косметолога для иссечения очага в пределах здоровой кожи.

Данный случай представлен как редко встречающийся дерматоз для молодых практикующих врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рук А., Даубер Р. Болезни волос волосистой части головы. — Москва. 1985. С. 219–240.
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. — Москва. 1999. Т.2. С. 766–768.
3. Студницин А.А., Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. — Москва. 1989. С. 658–660.
4. Bartuska D.G. Hypertrichosis in a brain-damaged child. — Journal of the American Medical Women's Association. 1963. 18. 711.
5. Krebs A. Beckernevus in der Kinnregion. — Dermatologica. 1975. 150. 249.
6. Ray A.K. Hypertrichosis universalis with simian characteristics. — Journal of Medical Genetics. 1966. 3.156.

К ВОПРОСУ О СИНДРОМЕ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА

Д.Х. АБДИЕВА, М.Л. АРИПОВА

Кафедра кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского университета им. ибн Сина, г. Душанбе

РЕЗЮМЕ

БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕР СИНДРОМИ ҲАҚИДА

Д.Х. Абдиева, М.Л. Арипова

Мақолада кам учрайдиган Блоха-Сульцбергер синдроми 9 ёшлик кизда ички аъзо ва тизимлардаги ўзгаришларсиз кечиши таърифланган.

SUMMARY

ABOUT SYNDROME BLOCH-SULTSBERGER

D.H. Abdieva, M.L. Aripova

The article describes a rare genodermatosis a Bloch-Sultsberger syndrome of 9 year old girl which characteristic skin onsets without any developmental anomalies of the organs and systems.

К группе Х-сцепленных доминантно-наследуемых генодерматозов с характерными изменениями окраски кожи относят *синдром Блоха-Сульцбергера* — наследственное поражение кожи с генерализованной экто- и мезодермальной дисплазией. Впервые синдром был описан A.Garrod и S.Adamson в 1905 году, но свое название получил по имени швейцарского дерматолога B. Bloch (1925) и американского дерматолога M. Sulzberger (1928), которые более подробно описали и систематизировали клинические проявления дерматоза [1; 2].

По данным литературы, встречаемость синдрома в популяции составляет 1:91 000 случаев, в основном у лиц женского пола [1; 2]. Признается аутосомно-доминантный тип передачи с манифестацией, ограниченной женским полом и связанной с геном в Х-хромосоме. Этот ген летален для мужского пола, что может быть причиной спонтанных абортов у беременных женщин. Имеется предположение о влиянии вирусной инфекции на плод, внутриутробной интоксикации и аллергизации [1; 2].

Наличие мутации в локальных сегментах позволило выделить два генетических варианта синдрома: спорадический (локус на Хр 28) и семейный (локус на Хр 11), которые могут проявляться в легкой и тяжелой формах. При легком течении клиническая картина ограничивается поражением кожи и ее придатков с постепенным регрессом, вплоть до исчезновения их в период полового созревания [3]. Как правило, тяжелая форма характеризуется различными эктомезодермальными дефектами костной системы, зубов, глаз, ногтей, нервно-психической сферы и других органов и систем.

Данный синдром фенотипически может проявляться сочетанием кожных и внекожных аномалий, причем регистрация последних по данным литературы колеблется от 50 до 80 % случаев [1; 2; 3].

Кожные проявления носят фазный характер, на основании которых выделяют 4 клинические стадии: везикулезно-буллезную (воспалительную), папулезно-веррукозную (гипертрофическую), пигментно-склеротическую, атрофию и депигментацию [1; 2; 3; 4].

Согласно литературным данным [1; 2; 3; 4], проявления кожных изменений наблюдаются уже в первые дни и недели жизни в виде эритематозных или уртикароподобных элементов, расположенных линейно на разгибательных поверхностях конечностей и боковых участках туловища, на фоне которых могут появляться пузырьки или пузыри. Высыпания рецидивируют приступообразно, с длительностью от 3 до 5 недель. Спустя несколько месяцев наступает II стадия заболевания, характеризующаяся появлением бородавчатых высыпаний, с последующим развитием диффузного гиперкератоза. В дальнейшем, через несколько месяцев или лет, воспалительные явления разрешаются и появляются очаги гиперпигментации (III стадия) темно-коричневого ила кофейного цвета в виде конусовидных полос и лент, располагающихся преимущественно на боковых поверхностях туловища и проксимальных отделах конечностей. Пигментация может существовать годами (25–30 лет). По истечении времени она бледнеет, оставляя после себя легкую атрофию (IV стадия). На некоторых участках атрофия может возникать по-

сле пролиферативной стадии и существовать параллельно с очагами пигментации, то есть не всегда в развитии кожной патологии может прослеживаться последовательность указанных стадий.

Среди приведенных в литературе случаев синдрома Блоха-Сульцбергера (более 650 случаев) описаны единичные случаи без аномалий развития внутренних органов и систем [1; 2]. Существование таких вариантов дерматоза позволяет предполагать наличие клинического и генетического полиморфизма заболевания.

Приводим наш пример. Больная К., 9 лет, обратилась с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, не сопровождающихся какими-либо субъективными ощущениями.

Anamnesis morbi: со слов матери, через неделю после рождения у ребенка появились высыпания, возвышающиеся над уровнем кожи, красного цвета и единичные пузырьки в области естественных складок кожи. По этому поводу родители ребенка неоднократно обращались к врачам по месту жительства, которыми выставлялись различные диагнозы (аллергический дерматит, крапивница, пиодермия, ихтиоз) и проводилось соответствующее лечение. С 2-месячного возраста у ребенка отмечалось появление пятен коричневого цвета различных конфигураций преимущественно на туловище и конечностях. В последующем, по мере взросления ребенка, родителями использовались различные медикаментозные средства в виде мазей, присыпок, анилиновых красителей. Проводимая терапия была безрезультатной и, напротив, появлялись элементы высыпаний на других участках кожи, в связи с чем родители обратились в Ассоциацию врачей дерматовенерологов «Зухра» для уточнения диагноза.

Anamnesis vitall: девочка от 3 беременности и 3 родов. Течение беременности и роды — без потологий. Вакцинация БЦЖ проводилась в роддоме. На естественном вскармливании ребенок находился до 6-месячного возраста. Физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. Из перенесенных заболеваний родители указали: ОРВИ, эпидемический паротит.

Матери при рождении ребенка было 31 год, страдала хроническим холециститом, диффузным увеличением щитовидной железы I степени. Отец больной страдает многие годы хроническим гастритом и гипертонической болезнью.

При *объективном осмотре* выявлено: общее состояние удовлетворительное, больная в сознании, активная, на вопросы и осмотр реагирует адекватно. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Аномалий костной системы и зубо-челюстного аппарата не выявлено.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный симметричный характер и локализуется на коже верхних и нижних конечностей, туловища. На коже верхних и нижних конечностей располагаются очаги депигментации в виде конусовидных лент белесоватого цвета, размеры которых колеблются от 10 до 16 см шириной 1–1,5 см. На коже бедер и наружной поверхности плеча с переходом на предплечье справа местами отмечаются очаги со слабовыраженной атрофией кожи, умеренным шелушением и наличием единичных папулезных высыпаний лихеноидного и гиперкератотического характера (*см. вклейку, фото 9*).

На коже вокруг пупка и боковых поверхностей туловища с переходом на верхнюю треть лобковой области располагаются пятна в виде лент и полос коричневато-желтого цвета, на фоне которых наблюдаются лентикулярные и гиперкератотические папулы, покрытые чешуйками (*см. вклейку, фото 10*).

Больная была проконсультирована врачами смежных специальностей (педиатр, невропатолог, стоматолог и др.), которые не выявили каких-либо изменений со стороны внутренних органов.

Гистопатология: часть клеток базального слоя вакуолизирована, количество пигмента в базальных клетках нормальное. В верхней части дермы отмечается значительное отложение меланина в меланофорах.

Лабораторные исследования

Общий анализ крови — без патологии.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, относительная плотность 1020, прозрачная, белка нет, лейкоциты 3–4 в поле зрения.

УЗИ: каких-либо изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

ЭКГ: ЧСС — 90 уд/мин., ритм — синусовый, регулярный, отмечается вертикальная электрическая позиция сердца.

По результатам клинико–морфологических исследований и лабораторно-инструментального анализа был выставлен диагноз: *«Синдром Блоха-Сульцбергера»*.

После установления диагноза больной были назначены поливитамины, гепатопротекторы, наружные противовоспалительные и кератолитические средства.

Таким образом, представленное описание синдрома Блоха-Сульцбергера с типичной эво-

люцией кожных изменений, без аномалий развития со стороны внутренних органов и систем является редким случаем в структуре данного заболевания и характеризуется доброкачественным течением по сравнению с другими формами генодерматозов. Учитывая доброкачественное течение данного дерматоза, рекомендовано наблюдение у врача-дерматолога по месту жительства и проведение симптоматического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: редкие и атипичные дерматозы. — Ереван: Айастана. 1989. С. 336–339.
2. Климов Л.Я., Вдовина Т.М., Кулешова О.К., Углова Т.А., Еремеева О.И., Курянинова В.А. // Российский журнал педиатрии. 2004. №2. С. 25–29.
3. Зверькова Ф.А. // Российский журнал педиатрии. — 2008. №5. С. 15–17.
4. Воинов В.М., Новиков П.В., Казанцева Л.З. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006. №8. С. 37–40.

СЛУЧАЙ ПАТОМИМИИ

С.С. АРИФОВ, А.Б. РАХМАТОВ, А.М. АБИДОВ, Б.А. ИСАБАЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗРУз

РЕЗЮМЕ

ПАТОМИМИЯ ҲОЛАТИ

С.С. Арифов, А.Б. Рахматов, А.М. Абидов, Б.А. Исабаев

Маколада тери ости ег каватидан ет жисмлар олинган патомимия ва шизофрения билан хасталанган бемор еритилган.

RESUME

CAYS THE PATHOMIMIA

S.S. Arifov, A.B. Rakhmatov, A.M. Abidov, B.A. Isabayev

In article, patient suffering from pathomimia and shezophrenia. Friend boty was tanen out from subcutaneous fissine.

Патомимия (синдром Мюнхгаузена) — симулятивное расстройство, при котором человек симулирует, преувеличивает или искусственно вызывает у себя симптомы болезни, чтобы подвергнуться медицинскому обследованию, лечению, госпитализации, хирургическому вмешательству и т.п. Причины такого симулятивного поведения полностью не изучены. Общепринятое объяснение заключается в том, что симуляция какой-либо болезни позволяет людям с этим синдромом получить внимание, заботу, симпатию и психологическую поддержку, потребность в которых у них фрустрирована.

Пациенты с синдромом Мюнхгаузена, как правило, отрицают искусственную природу своих симптомов, даже если им предъявляют доказательства симуляции. В случае отказа в лечении одним специалистом они обращаются к другому и т.д.

К л и н и к а. Отмечается наличие эрозии, язв или расчесов, располагающихся на открытых, доступных для рук, участках тела. Повреждения могут носить уродующий характер. Болеют лица с измененной психикой, подавленным настроением, трудно адаптирующиеся к окружающим условиям. Обычно эти люди очень чувствительны, замкнуты и агрессивны. Больные патомимией страдают различными нарушениями со стороны других органов и систем.

Врач должен быть предельно внимателен, чтобы расположить к себе больного, выяснить

истинную причину заболевания и не допустить неблагоприятного исхода, в том числе самоубийства [3].

Л е ч е н и е. Во-первых, рекомендуется консультация психоневролога. Для коррекции психических расстройств хороший эффект оказывают антидепрессанты и нейролептики. Кожные поражения подлежат симптоматическому лечению (антибиотики, антисептики, кортикостероиды).

Приводим наш пример. Больной Х., 1993 г.р., обратился в РСНПМЦ ДиВ с жалобами на болезненные высыпания на коже верхних и нижних конечностей, туловища, в которых находятся инородные тела в виде иголок от елки.

Со слов больного, первые высыпания в виде покраснения на нижних конечностях появились у него около 2 месяцев назад, которые со временем нагноились. Затем аналогичные высыпания появились на других участках кожи. Больной обратился к хирургу, который после вскрытия очагов поражения обнаружил инородные тела — колючки длиной до 2–3 см. Хирург рекомендовал больному проконсультироваться у дерматолога, в связи с чем больной обратился в научно-консультативную поликлинику РСНПМЦ ДиВ.

При осмотре: общее состояние больного удовлетворительное, положение активное. Костно-мышечная система без деформаций. Дыхание свободное, в легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет, а/д — 110/70. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез без нарушений.

Кожно-патологический процесс носит подострый распространенный характер и локализуется на коже живота, груди, верхних (правого плеча, предплечий) и нижних (левого бедра и голени) конечностей. Элементами поражения являются эритемы, гнойнички. Очаги, расположенные на указанных участках, слегка приподняты над уровнем кожи, красного, розово-красного цвета, при пальпации отмечаются болезненные инфильтраты линейной формы размером 1–2 см. На концах некоторых из них видны гнойнички с выступающей концевой частью инородных тел в виде спичек и елочных иголок, которые легко удаляются с помощью пинцета. В старых элементах видны точечные рубчики. (*см. вклейку, фото* 11–13).

При осмотре психотерапевтом больному выставлен диагноз: *«Акцентуация личности по шизоидному типу»*.

На основании анамнеза и клинических проявлений заболевания нами установлен диагноз: *«Патомимия»*.

Все инородные тела были удалены, раны обработаны антисептическим раствором и антибактериальной мазью.

Больной выписался с клиническим выздоровлением кожно-патологического процесса, ему рекомендовано дальнейшее наблюдение у психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология. Редкие и атипичные дерматозы — Айостан. 1989. С. 361–364.
2. Старченко М.Е. Казуистический случай патомимии. // Вестник дерматологии и венерологии. 2002. №5. С. 62.
3. Feldman M.D. Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering, and Factitious Disorder. — New York: Brunner-Routledge. 2004.

СЛУЧАЙ КОМЕДОНОВОГО НЕВУСА

С.С. АРИФОВ, Б.Т. САТОВ, Л.В. ЕПИШЕВА, Р.В. ЕПИШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

КОМЕДОНЛИ НЕВУСНИНГ ХОЛАТИ

С.С. Арифов, Б.Т. Саатов, Л.В. Епишева, Р.В. Епишев

Маколада ёш беморда комедонли невуснинг ҳолати баён этилган.

SUMMARY

CASE OF NEVUS COMEDONICUS

S.S. Arifov, B.T. Saatov, L.V. Episheva, R.V. Epishev

The case of nevus comedonicus in young man have been described in this article.

Комедоновый невус (невус с комедонами, невус угревидный) — эпидермальный невус из тканей придатков кожи с множеством расширенных и заполненных кератином волосяных фолликулов. Заболевание имеет наследственный характер, может быть врожденным или приобретенным и проявляется в любом возрасте [1, 3].

Этиология и патогенез. Несмотря на многочисленные научные исследования, этиология и патогенез комедонального невуса до конца не изучены. Некоторые авторы считают комедоновый невус нетипичным вариантом гамартомы, развивающейся из дефективной мезодермы. Обычно он не связан с какой-либо дополнительной патологией, однако может сочетаться с костными или окулярными аномалиями [2, 3].

Клиника. Камедоновый невус представляет собой четко отграниченный очаг линейной или неправильной формы, в пределах которого имеются тесно сгруппированные, слегка возвышающиеся фолликулярные папулы. Наличие в центральной части папулы плотной роговой пробки темно-серого или черного цвета придает ей сходство с комедоном. Между комедонами кожа в одних случаях нормальная, в других — пигментированная, утолщенная, неправильных очертаний, с неровной поверхностью, морщинисто-ноздреватая, усеянная зернами милиумов, воронкообразными рубцами и фолликулярными кистами, которые нередко нагнаиваются с образованием мелких фистул. После удаления роговой пробки остается углубление, на месте которого формируется участок атрофии.

Очаги поражения располагаются чаще унилатерально на грудной клетке, предплечьях, щеках, бедрах и голенях. Лентообразное или в виде отростков расположение свидетельствует о невоидном происхождении болезни. Описаны (крайне редко) случаи билатерального или диссеминированного и даже генерализованного расположения комедонового невуса [1, 7, 8].

Гистопатология. При гистологическом исследовании комедонового невуса обнаруживают рудиментарные волосяные фолликулы в виде проникающих глубоко в дерму инвагинатов эпидермиса, заполненных роговыми массами, содержащих 1–2 волосяных стержня и несколько небольших атрофичных долек сальных желез: вокруг инвагинатов образуется небольшой воспалительный инфильтрат [2, 6].

Дифференциальный диагноз проводят с бородавчатым эпидермальным невусом (проявляется резко выраженным гиперкератозом и бородавчатыми изменениями, отсутствующими при угревидном невусе); порокератозом Мибелли (чаще возникает у мужчин в области конечностей, отличается крупным, до 2 см, диаметром очагов, наличием рогового валика вокруг западающего центра, отсутствием роговых пробок, имеющихся при угревидном невусе); папилломатозным пороком развития (характерны резко выраженный гиперкератоз и веррукозные разрастания); атрофодермией червеобразной (характерно симметричное поражение чаще в области щек, эритематозные пятна, мелкие роговые пробки с последующим развитием в их зоне сетчатой атрофии).

Иногда на фоне комедонового невуса наблюдается развитие доброкачественных экринных опухолей, трихолеммальных кист, базалиомы [4, 8].

Невус обычно протекает бессимптомно, имеет ограниченный характер, но может захватывать большие участки кожи.

Л е ч е н и е. Эффективных методов лечения камедонового невуса не существует, небольшие невусы удаляют хирургически или путем электрокоагуляции, крупные — аппликациями 0,1%-ного раствора ретиноевой кислоты. При элевирующих, обезображивающих формах невуса показана дермабразия или криодеструкция. После разрушения очага поражения больной подлежит диспансерному наблюдению один раз в месяц в течение трех лет [3, 7].

Приводим наш пример. В РСНПМЦ ДиВ обратился больной З., 2001 г.р., проживающий в Самаркандской области, с жалобами на высыпания на левой голени, сопровождающиеся зудом.

Со слов отца, невоидное образование существует у ребенка с рождения. Заболевание ни с чем не связывает. По поводу данного заболевания амбулаторное и стационарное лечение не проводилось.

Из анамнеза: больной до года находился на грудном вскармливании, рос и развивался соответственно возрасту. В семье он третий ребенок (старший). Аналогичных высыпаний у других членов семьи не отмечено. Перенесенные заболевания: ОРВИ и болезнь Боткина. За последние 6 месяцев за границу не выезжал, гемотрансфузии не получал и гепатитом не болел. Аллергию на пищевые и лекарственные средства отрицает. Наследственность не отягощена.

Осмотр: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, сон и аппетит сохранены. На вопросы отвечает адекватно. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Периферические лимфатические узлы не увеличены, подвижны. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, границы легких в пределах возрастных норм. Сердечные тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД — 120/80 мм. рт. ст., пульс — 82 уд/мин., удовлетворительного напряжения и наполнения. Язык влажный, чистый. Глотание свободное безболезненное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Патологических рефлексов нет. Симптом поколачивания в области почек отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание свободные, регулярные.

Status localis: кожно-патологический процесс носит хронический, воспалительный, ограниченный, ассиметричный характер и локализуется на коже задней поверхности левого бедра и голени сзади с переходом на ягодичную область. Элементами поражения являются комедоны, гипопигментное пятно. Гипопигментное пятно, расположенное в виде «ленты» длиной до 30–35 см и 1–1,2 см в ширину. По всей ее длине изолированно друг от друга располагаются комедоны. (*см. вклейку, фото* 14). На задней поверхности голени, что соответствует нижней трети невуса, имеется опухолевой инфильтрат размером с грецкий орех, синюшно-красного цвета, с флюктуацией. Границы очага поражения четкие, немного возвышаются над уровнем здоровой кожи, при легком прикосновении из него выделяется серозно-гнойное содержимое (*см. вклейку, фото* 15).

Субъективно в очаге поражения отмечается незначительный зуд.

Л а б о р а т о р н ы е и с с л е д о в а н и я

Общий анализ крови: Hb — 100 г/л; ЦП — 0,9; эритроциты — $3{,}2\times10^{12}$/л; лейкоциты — $4{,}2\times10^{9}$/л; п/я — 1 %; с/я — 60 %; ЭОЗ — 4 %; лимфоциты — 30 %; моноциты — 3 %; СОЭ — 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок — 76,4 г/л; мочевина — 1,2 ммоль/л; креатинин — 54,6 ммоль/л; общий холестерин — 3,7 ммоль/л; общий билирубин — 12,0 ммоль/л; связанный — 4,0, свободный — 8,0, АлАТ — 19 нмоль/л, АсАТ — 21 нмоль/л, глюкоза — 3,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: соломенно-желтого цвета, прозрачная, плотность — 1018, белок — abs, эпителий: плоский — 0–1, переходящий — 0, лейкоциты — 1–3, слизь — (+).

Общий анализ кала: консистенция — твердая, цвет — коричневый, запах специфический, жирные кислоты (+), мыла (+), переваренная клетчатка (+), крахмал (+), йодофильная флора (+), эпителий 0–1, лейкоциты 1–2, обнаружены цисты лямблий.

При *микологическом исследовании* с очага на левом бедре патогенные грибы не обнаружены.

Гистологический анализ: выраженный гиперкератоз с роговыми инвагинациями и роговыми пробками; определяются инвагинации эпидермиса, глубоко проникающие в дерму и образующие очаги эпидермоцитов типа «волосяных фолликул», вокруг которых отмечаются лимфоцитарные инфильтраты; коллагеновые волокна без особенностей.

Заключение: комедоновый невус.

На основании клинической картины, лабораторных данных и гистологического исследования кожи больному установлен диагноз: *«Комедоновый невус, осложненный пиодермией; анемия I степени, кишечный лямблиоз»*.

Лечение: sol. Calcii gluconati, 10 %, 5,0, в/в, струйно, №8; sol. Extr. Aloae, 1,0, в/м, №4; caps. Azitromicini, 250 мг, по 1 капсуле 2 раза в день в течение 4 дней; Kloridoli, 10 мг, ½ табл. 2 раза в день; Gelmadol, 200 мг, один раз в день.

Местно: Ung. Ichtyoli, 20 %; Ung. Tetraciclini, 3 % — на фурункул; Ung. Solicylici, 20 %, 2 раза в день — на комедоновый невус.

После полученной терапии на 9 день пиодермический процесс разрешился и количество комедонов уменьшилось. Больной выписан под дальнейшее наблюдение в КВД по месту жительства.

Данный случай представляет определенный интерес для практических врачей как редко встречающийся дерматоз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апатенко А.К. Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи. — Москва. 1973. С 331–332.
2. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология. Атлас. — Т.: Voris-Nashriyot. 2008. С. 179–180.
3. Галил-Оглы Г.А., Молочков В.А., Сергеев Ю.А. Дерматоонкология. — М.: Медицина для всех. 2005. С. 449–450.
4. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под ред. Б.А. Беренбейна и А.А. Студницина. — Москва. 1989. С. 366.
5. Калантаевская К.А. Морфология и физиология кожи человека. — Киев. 1972. С. 35–36.
6. Кожевников П.В. Общая дерматология. 1970. С. 254.
7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. — М.: Медицина. 1999. С. 576.
8. Трапезников Н.Н. и др. Пигментные невусы и новообразования кожи. — Москва. 1976. С. 267–269.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОЛОГИЯ ВА ВЕНЕРОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАР ВА ЭСТЕТИК ТИББИЁТ ШИФОКОРЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ» ИЛМИЙ-АМАЛИЙ КОНФЕРЕНЦИЯСИНИНГ МАТЕРИАЛЛАРИ

Илмий ишлар тўплами

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ»

Тезисы научных работ

Тошкент шахри
13–14 май 2011 йил

город Ташкент
13–14 мая 2011 год

Мухаррирлик кенгаши конференция материалларининг мазмунига маъсул эмас. Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган оригинал ҳолда чоп этилмоқда

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов конференции. Тезисы публикуются в соответствии с оригиналами авторских текстов

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ «ГЕПОН»

Д.М. АБДУЛЛАЕВ, Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Самаркандский государственный Медицинский институт
кафедра кожных и венерических болезней

Лечение больных, страдающих остроконечными кондиломами остается трудной задачей. До настоящего времени при единичных элементах применяется хирургическое (электрокоагуляция, криодеструкция, иссечение) лечение. При распространенном процессе парентерально и внутрь показаны противовирусные препараты, местно солкодерм, 5 % фторурацил и т.д., которые являются недостаточно эффективными. Кроме того, у больных часто наблюдаются рецидивы болезни. В связи с этим нами изучен терапевтический эффект гепона на 14 больных остроконечными кондиломами в возрасте от 18 до 60 лет. Из них мужчин — 8, женщин — 6. Давность заболевания была от 3 мес. до 12 лет. Остроконечные кондиломы локализовались на коже: у 3 больных — в области венечной борозды, у 4 — на теле и корне полового члена, у 1 больного — в паховой складке у мужчин, а у женщин на коже лобковой области — у 2 больных, на большой половой губе — у 3; в области ануса — у 1 больной. Диаметр кондилом варьировал от 2 мм до 6 см. У всех пациентов отмечались множественные кондиломы. Гепон назначался по 2 мг внутримышечно ежедневно 1 раз в сутки, всего 6 инъекций. Помимо гепона больные получали ацикловир по 200 мг 5 раз в день во время еды в течение 5 дней. Местно — 3–5 % мазь салициловой кислоты 1 раз в день, вечером. Под влиянием проводимой терапии отмечалось исчезновение патологических элементов с 5 дня и на 10 день лечения наступило полное клиническое выздоровление патологического процесса. Необходимо отметить, что через 6 месяцев при повторном обследовании у всех исследованных больных рецидивов болезни не отмечалось. Таким образом, проведенные методы лечения остроконечных кандилом свидетельствуют о достаточной терапевтической эффективности гепона в сочетании с ацикловиром и местно салициловой мазью.

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О РАСПРОСТРАНЕНИИ ИППП СРЕДИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВЗМОТ

А.М. АБИДОВ, Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, У.Ю. САБИРОВ, Г.Р. ИБРАГИМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматологии и венерологии МЗ РУз

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются одной из важных медико-социальных проблем, характеризующиеся широкой распространенностью и частыми рецидивами воспалительных процессов урогенитального тракта, которые впоследствии могут привести к различным репродуктивным нарушениям

Одим из путей профилактики ИППП является уровень осведомленности населения о путях передачи, их осложнениях и методах предохранения от заражения.

Целью исследования — изучение знаний о распространении ИППП среди женщин, страдающих урогенитальными заболеваниями, при помощи анкетирования.

В исследование включено 25 пациенток, страдающих различными урогенитальными инфекциями, в возрасте от 19 до 42 лет. Все пациентки являлись жительницами Ташкента, проживающими в Юнусабадском, Чиланзарском и Алмазарском районах, которые были направлены в консультативную поликлинику и стационар РСНПМЦ ДиВ.

В ходе проведенного опроса было выявлено следующее: из 25 опрошенных пациенток, проживающих в удовлетворительных социально-быто-

вых условиях, 56% имели высшее образование, 48% считали свое состояние здоровья хорошим и 60% из них удовлетворены медицинским обслуживанием, 72% состояли в зарегистрированном браке, 92% в брак вступали один раз и 76% имели детей в количестве от 1 до 3-х.

Большинство опрошенных были удовлетворены своей половой жизнью и считали, что поводом к первому половому сношению послужило физическое влечение. 52% придерживались правил личной гигиены, т.е. хранили использованное нижнее белье отдельно, а 48% пациенток в общей корзине, 76% использовали индивидуальные средства гигиены, 32% выезжали в командировки в другие города со сроком от 3-х до 5-ти дней, из них 8% вели беспорядочную половую жизнь, вступая в половые контакты с малознакомыми людьми. 62% респонденток отмечали, что в семье урогенитальными заболеваниями никто не страдал. Пациентки, у которых ранее имелся воспалительный процесс мочеполовой сферы, обращались за помощью: в 16% случаев к подругам и знакомым, в 20% лечились самостоятельно и только 32% обращались к врачу в медицинские учреждения, и в основном получали лечение в частных клиниках, где со слов респонденток брались для исследования только мазки из половых путей.

Пациентки отмечали, что ранее при лечении были использованы такие препараты, как трихопол, гентамицин, доксициклин и нистатин.

При анализе акушерского анамнеза выявлено, что 40% опрошенных имели отягощенный акушерский анамнез, из них у 28% наблюдалось бесплодие, у 8% — привычное невынашивание, у 4% — рождение мертвого плода. В ходе опроса выяснилось, что 84% женщин периодически наблюдали выделения из половых путей слизистого, творожистого характера, молочного цвета, с неприятным запахом.

92% опрошенных предполагаемым источником заражения считают супруга, 84% пациенток отмечали клинические проявления у полового партнера. 84% считают, что методом предохранения от заражения ИППП является презерватив, а 16% о методах предохранения не имеют представления.

ВЫВОДЫ

1. Все женщины являются жительницами Ташкента и относятся к социально адаптированному контингенту, имеют образование, но лишь 76% обладают определенным уровнем знаний об ИППП.

2. Лишь 60% половых партнеров обследуемых женщин получали лечение у специалистов.

3. Результаты анкетирования показали, что необходимо усилить работу среди населения по профилактике ИППП, соблюдению правил личной гигиены, привлечению для обследования и лечения половых партнеров и пропаганде здорового образа жизни.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

З.М. АБИДОВА, М.А. МИРСАИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В настоящее время высказано предположение, что БВ может оказывать влияние на развитие CIN, так как измененная микрофлора может продуцировать канцерогенные нитрозамины (Freda A., Stintella P., Spera G 1997). Кроме того, следует отметить, что у женщин с раком шейки матки перечисленные инфекции встречаются в ассоциации (Казаченко В.П., Краснопольский 1994). В литературе также появились сообщения о наличии эпидемиологической связи анаэробных бактерий с неопластическими процессами шейки матки. Показано, что нитрозамины, являющиеся продуктами метаболизма облигатных анаэробов, являются кофермен тами канцерогенеза и могут быть одной из причин развития рака шейки матки (Прилепская В.Н. 2005). Среди женщин с изменениями в цитологической картине у каждой третьей выявлены «негативные изменения в отношении интраэпителиального поражения или злокачественности». Есть данные, свидетельствующие, что возбудители влияют на цитоморфологические показатели эпителия шейки матки. (Жорж. О.Н. 2009).

Воспалительный процесс, вызванный инфекционными агентами, способствует разви-

тию фоновых заболеваний и дисплазий шейки матки, вследствие изменения клеточной поверхности эпителиоцитов эктоцервикса с утратой десмасом, расхождением интердигитирующих контактов, в результате чего поверхность клеток становится более гладкой. При дисплазии гистохимические свойства эпителия изменяются, что сопровождается потерей защитной роли. Это ведет к повышению проницаемости эпителиального пласта и облегчает проникновение внутриклеточных агентов (вирусов, хламидий,микоплазм) в базальные слои, при инфицировании которых происходит стумуляция синтеза клеточной ДНК. Инициирование таким образом покоящиеся клетки приобретают способность к делению, но синтез собственных белков в них подавлен, и следовательно, дифференцировка и созревание не поступают. Такие клетки, достигнув границы 2–3-го ряда промежуточниго слоя, подвергаются альтерации, нарушая этим динамику клеточного обновления эпителиального пласта. При этом наиболее высокий уровень синтеза ДНК и РНК в эпителии шейки матки авторами отмечен у больных страдающих хламидиозом, вирусной инфекцией, или при сочетании хламидиоза с БВ. Предполагается, что персистенция инфекционного агента может усугублять нарушение регенерации с развитием дисплазии и, возможно, рака шейки матки.

Цитологическое исследование является основой скрининга РШМ. Достоинствоми этого метода является возможность изучения патологического процесса в динамике, диагностика РШМ на начальной стадии. Цитологический скрининг признан классическим методом и рекомендован ВОЗ для проведения в масштабах национальных программ.

Расширенная кольпоскопия представляет собой высокоинформативный метод диагностики, включающий осмотр и ревизию состояния слизистой оболочки шейки матки с применением эпителиальных тестов, позволяющий определить локализацию патологического процесса для проведения прицельной биопсии.

Данная проблема имеет большой научный и практический интерес и позволяет с полным основанием отнести указанную проблему к области деятельности дерматовенерологической службы, учитывая рост инфекций, передающихся половым путем, и дающих осложнение на течение фоновых заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

А.М. АБИДОВ, К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.Р. ИСАМУХАМЕДОВА, К.А. АГАХАНЯН

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Определение этиологических причин нарушений репродуктивного здоровья имеет большое значение.

Нами были обследованы 30 мужчин с репродуктивными нарушениями в возрасте от 23 до 42 лет.

При анализе анамнеза выявлены первичное бесплодие — у 2, вторичное бесплодие — у 2, а в остальных случаях были те или иные проявления хронического простатита.

Все 30 пациентов были обследованы путем ПЦР диагностики на наличие ДНК Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum и на биовары Ureaplasma urealyticum.

Исследования показали, что у 5 пациентов была выявлена только ДНК Mycoplasma hominis, у 11 — только ДНК Mycoplasma genitalium, у 1 — только Chlamydia trachomatis и еще у 3 — ДНК Ureaplasma urealyticum, а в остальных случаях отмечалось сочетание хламидийной и уреамикоплазменной инфекций. Так, у 2 пациентов отмечалось сочетание Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealyticum, у 2 — сочетание Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealyticum, и у 2 пациентов сочетание Mycoplasma genitalium и Mycoplasma hominis, у 1 пациента выявлено сочетание Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealyticum, у 2 больных ассоциация Chlamydia trachomatis с Ureaplasma urealyticum, и у 1 пациента сочетание Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium.

Больные получали лечение препаратом Зитмак (азитромицин) по схеме 1-й день — 1 г, остальные 4 дня по 0,5 г, на курс 3 г. Через 4 недели после лечения, у 18 мужчин были взяты контрольные анализы из уретрального канала путем ПЦР диагностики. Анализ данных

показал, что из 18 мужчин у 12 (66%) после лечения выявленные инфекции не были обнаружены, а у 6 (33%) пациентов при контрольных анализах вновь были обнаружены имеющиеся инфекции. Данные пациенты получили лечение доксициклином 0,1 по схеме 1 табл. 2 раза в день в течение 10 дней.

Таким образом, для определения возбудителей некоторых ИППП у мужчин с репродуктивными нарушениями ПЦР диагностика оказалась высоко чувствительной. Проведенное лечение препаратом Зитмак оказало не очень высокую терапевтическую эффективность.

ПРОФИЛАКТИКА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

А.М. АБИДОВ, Н.Р. ИСАМУХАМЕДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Принимая во внимание особенности патогенеза ЦМВ инфекции, а также социальную и медицинскую значимость данной проблемы, необходимым является проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику данного заболевания.

Например, скрининг для выявления антител к ЦМВ у доноров и реципиентов при прямых переливаниях крови и трансплантации органов может предупредить передачу первичной ЦМВ инфекции.

Профилактика с помощью иммунизации крайне желательна. Однако, отсутствие вакцины, способной предотвратить возникновение ЦМВ инфекции, требует особенно тщательного соблюдения принципов личной гигиены и исключения близкого контакта с носителями ЦМВ.

Если бы мы даже имели вакцины против всех вирусных инфекций, то вряд ли было бы разумным обременять организм человека множеством прививок, каждая из которых может иметь побочные действия, а суммарная их доза — вызывать развитие аллергических реакций. Поэтому борьба с вирусными инфекциями, по нашему мнению, должна идти по пути применения индукторов эндогенного интерферона и иммуностимуляторов с целью резкого повышения естественной резистентности и защиты организма от вирусных заболеваний или создания иммунологической толерантности.

I. Для профилактики распространения ЦМВ инфекции среди населения необходимо:

1. Проведение санитарно-просветительной работы в средствах массовой информации, выпуск печатной продукции в целях информирования населения.

2. Ранняя диагностика инфекции.

3. Во время проведения санитарно-просветительской работы среди населения необходимо акцентировать внимание на целесообразности планирования беременности, рекомендовать тщательное обследование обоих супругов на ИППП, в том числе и на ЦМВ инфекцию перед беременностью.

4. Кооперация усилий по проведению профилактической работы, совместно с гинекологами, педиатрами и инфекционистами.

5. Включать ЦМВ инфекцию в круг диагностического поиска при обследовании больных с урогенитальными инфекциями, осложненными репродуктивными нарушениями.

6. При обнаружении у пациента ЦМВ инфекции, обязательно привлечь его полового партнера к обследованию.

7. Выполнение норм личной гигиены, проведение термической обработки и мытья продуктов.

II. В связи с тем, что инфицированные пациенты могут заражать не только своих родных и близких, но и быть источниками внутрибольничной инфекции, необходимо соблюдение эпидемического режима и мер профилактики:

1. Проведение санитарно-просветительской работы в медицинских учреждениях.

2. Обеспечение тщательной дезинфекции палат, белья, стерилизации медицинского инструментария и средств индивидуального ухода.

3. Больные члены семьи, имеющие ЦМВ инфекцию, должны знать о возможных путях и механизмах передачи инфекции, соблюдать необходимые профилактические мероприятия.

4. Соблюдение санитарно-гигиенических норм, особенно беременным.

5. К сожалению, в Узбекистане частота ЦМВ инфекции официально не регистрируется. Широкомасштабных популяционных исследований по изучению ее распространенности не проводилось. В связи с этим целесообразно включить в перечень обязательного обследования, исследование на ЦМВ инфекцию не только групп риска, но и медицинских работников.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИППП У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

А.М. АБИДОВ, К.А. АГАХАНЯН

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

По статистическим данным в Ташкенте выявляется от 15 до 20 % всей заболеваемости ИППП в республике. Это связано с растущей урбанизацией населения, миграцией в столицу разнообразных слоев населения, притоком иностранцев, имеющих свой бизнес в столице.

Целью исследования — выявление и изучение наиболее часто встречаемых сочетаний ИППП у пациентов с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, проживающих в Ташкенте.

Методы. Объектом исследований стали 42 пациента, 19 женщин и 23 мужчин, жители 3-х пилотных районов Ташкента.

Нами было проведено молекулярно-генетическое исследование методом ПЦР (полимеразная цепная реакция) отделяемого урогенитального тракта на наличие Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealyticum.

Результаты. Всего было выявлено наличие ИППП у 41 из 42 обследованных больных, что составило 97,6 %.

Высокая выявляемость ИППП в данной группе больных объясняется тем, что ПЦР исследования проводились после клинических и микробиологических исследований при наличии явных признаков факта инфицирования с целью подтверждения наличия урогенитальных инфекций.

Так Chlamydia trachomatis была выявлена у 17 пациентов, Mycoplasma hominis у 6, в 30 случаях определялась Mycoplasma genitalium в 34 Ureaplasma urealyticum, причём в 28 случаях был определен биовар parvum, в 8 T-960.

Необходимо отметить, что в основном вышеописанные ИППП определялись в виде микст-инфекций.

Ur.urealyticum сочеталась: в 15 случаях с Mycoplasma genitalium, в 3 случаях определялось сочетание с Chlamydia trachomatis, и в 1 случае отмечалось сочетание с Mycoplasma hominis.

Также было зафиксировано 4 случая моноинфицирования Ur.urealyticum и в 1 случае в качестве моноинфекции была зарегистрирована M.hominis.

Комбинация Ur.urealyticum, Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium определялась в 9 случаях.

Выводы. Нами установлено, что наиболее часто наблюдалась комбинация из 2 представителей ИППП — Ur.urealyticum и, Mycoplasma genitalium (в 15 случаях, 36,6 %).

ПЦР ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

А.М. АБИДОВ, К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.Р. ИСАМУХАМЕДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Молекулярно-биологические методы диагностики — ДНК-гибридизация, ПЦР позволяют определить ДНК инфекции в любых биологических жидкостях и тканях.

Благодаря применению передового метода диагностики ПЦР, отмечается высокая выявляемость причин репродуктивных нарушений.

Нами были обследованы 55 пациентов с репродуктивными нарушениями в возрасте от 20 до 42 лет.

При анализе анамнеза выявлено первичное бесплодие у 4, вторичное бесплодие — у 4, у 18 пациенток выявлен эндоцервицит и кольпит, у 4 пациенток картина эндометрита и оофарита, эрозия шейки матки — 3, выкидыши плода — 1, бак. вагиноз — 9 и наличие остроконечных кондилом — у 1 пациентки. У мужчин были выявлены те или иные проявления хронического простатита.

Все пациенты были обследованы путем ПЦР диагностики на наличие ДНК Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum и на биовары Ureaplasma urealyticum .

Исследования показали, что у 6 пациентов была выявлена только ДНК Mycoplasma hominis, у 14 — только ДНК Mycoplasma genitalium, у 2 — только Chlamydia trachomatis и у 6 — ДНК Ureaplasma urealyticum, а в остальных случаях отмечалось сочетание хламидийной и уреамикоплазменной инфекций. Так, у 3 пациентов отмечалось сочетание Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealyticum, у 7 — сочетание Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealyticum, и у 7 пациентов сочетание Mycoplasma genitalium и Mycoplasma hominis, у 4 пациента выявлено сочетание Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealyticum, у 4 больных ассоциация Chlamydia trachomatis с Ureaplasma urealyticum, и у 1 пациента сочетание Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium. А 1 пациентки при ПЦР исследовании вышеуказанных инфекций не выявлено, хотя при бактериологическом посеве было обнаружено Ureaplasma urealyticum.

Больные получали лечение препаратом Зитмак (азитромицин) по схеме 1 день — 1 г, остальные 4 дня по 0,5 г, на курс 3 г. Через 4 недели после лечения, у всех пациентов были взяты контрольные анализы из уретрального канала путем ПЦР диагностики. Анализ данных показал, что из 55 пациентов у 49 (89 %) после лечения выявленные инфекции не были обнаружены, а у 6 (11 %) пациентов при контрольных анализах вновь были обнаружены имеющиеся инфекции. 4 пациента дополучили лечение доксициклином 0,1 по схеме 1 табл. 2 раза в день в течение 10 дней. А у остальных 2 пациенток данный факт был расценен как реинфекция, так как их половые партнеры не явились на лечение.

Таким образом, для определения возбудителей некоторых ИППП у пациентов с репродуктивными нарушениями ПЦР диагностика оказалась высокочувствительной.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

З.М. АБИДОВА, Ф.В. АЗИМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние десятилетия у больных при ВИЧ/СПИД отмечена отчетливая тенденция к увеличению частоты и расширению спектра поражений, вызываемых условно-патогенными грибами, что ставит задачи целенаправленного поиска новых методов профилактики и лечения, эффективного выявления этих возбудителей в патологическом материале с определением видовой принадлежности в каждом конкретном случае. Решение этих задач в настоящее время особенно важно в некоторых регионах, в частности, в нашей стране, где, в отсутствие эндемических очагов облигатно-патогенных грибов, микозы занимают ведущее место в структуре оппортунистических инфекций при ВИЧ/СПИД. Наиболее чаще среди грибковых поражений кожи и слизистых у больных ВИЧ являются орофарингеальный кандидоз, аспергиллез, криптококкоз.

Цель исследования — изучение видового состава грибов, выделенных в соскобах слизистой полости рта больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 82 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 18 до 36 лет, из которых мужчин было 48, женщин — 34. В основном больные находились во II Б и III А стадии (92,1 %) заболевания. Клинически у всех больных регистрировался орофарингеальный кандидоз — слизистая полости рта была гиперемирована и покрыта белыми бляшками размерами 1–2 мм и более, которые легко соскабливались с помощью тампона или шпателя. У 64,7 % больных наблюдалась картина псевдомембранозного кандидоза, при котором удаленные некротические массы содержали десквамированный эпителий, а на месте их образовывались кровоточащие поверхности. Наряду с этим отмечались и трещины в углах рта (заеды), покрытые характерным белым налетом. Больные также предъявляли жалобы на загрудинные боли при глотании и дисфагию, на основании которых представляется возможным диагностировать кандидоз пищевода. Диагноз кандидоза ставили при выявлении дрожжевых грибов в нативных препаратах, при-

готовленных из соскоба со слизистой полости рта. Соскоб с пораженного участка слизистой помещали на предметное стекло и обрабатывали раствором гидроксида калия. При микроскопии препарата выявлялись почкующиеся дрожжевые грибы.

Для дифференциации видов Candida применялась тест-система HiCrome фирмы Himedia, которая способна быстро дифференцировать колонии грибов за счет содержания в них специального пептона, дрожжевого экстракта, хлорамфеникола. Анализ видового состава кандидозного поражения слизистой полости рта показал высокую частоту высева C. krusei (36,2%) и C.glabrata (28,4%). C. albicans высеяна лишь в 16,8% случаях. У 15 ВИЧ-инфицированных больных с клиническими проявлениями слизистой полости рта результаты микологического исследования были отрицательными (18,6%).

Результаты исследования. Таким образом, исследование видового спектра возбудителей кандидоза слизистой полости рта у больных ВИЧ-инфекцией выявило нарастание в спектре возбудителей доли атипичных видов, обуславливающих часто рецидивирующие формы заболевания и резистентных к антифунгальным препаратам. Мы уверены, что данный вопрос требует дальнейшего изучения и разработки новых патогенетически обоснованных методов лечения кандидоза больных ВИЧ-инфекцией.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА «КУРИОЗИН» ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОЯВЛЕНИЯХ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

З.М. АБИДОВА, Т.А. НАБИЕВ, Х.Т. ИСРАИЛОВ, К.И. ФАЙЗИЕВ, С.С. ТУРСУНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Эрозивно-язвенные поражения кожи представляют собой гетерогенную группу заболеваний, для которых общим признаком является нарушение целостности кожного покрова и образование дефекта в пределах эпидермиса (эрозия) или доходящего до собственно дермы (язва).

Характер, особенности течения и прогноз эрозивно-язвенных поражений кожи определяются нозологической формой заболевания.

Общим фактором, ухудшающим как течение, так и прогноз для любого патологического процесса, является присоединение вторичной инфекции, что требует назначения, помимо патогенетических средств и препаратов, направленных на стимуляцию заживления эрозий и язв, местных и системных антивирусных и антибактериальных препаратов.

В настоящее время существует крайне ограниченное число препаратов, обладающих и регенерирующим, и антибактериальным действием.

Местная терапия средствами антивирусной терапии инфекций вызванных вирусом простого герпеса, в том числе генитального герпеса, не всегда целесообразно. Наружные антивирусные препараты при герпетических поражениях эффективны на начальной стадии, то есть на стадии эритемы и отека, а при образовании пузырей и эрозий они малоэффективны.

Цель исследования — изучение клинической эффективности препарата «КУРИОЗИН» в лечении эрозивных поражений кожи при генитальном герпесе.

Материалы исследования. Под наблюдением находились 42 больных в возрасте от 20 до 50 лет с активными проявлениями генитального герпеса, которым в качестве местного лечения был применен раствор КУРИОЗИН, который наносили на очаги эрозий из расчета 1 капля на 1 см² поверхности. Эффективность лечения оценивали по интенсивности эпителизации эрозий. Также учитывали исчезновение болевого синдрома и наличие осложнений при применении раствора КУРИОЗИН.

Результаты показали, что применение раствора КУРИОЗИН способствовало эпителизации на 1–2 сутки. У 82% больных болевой синдром отсутствовал уже через сутки лечения. При применении препарата побочных эффектов не отмечено.

Таким образом, применение раствора КУРИОЗИН в качестве наружной терапии неосложненных форм генитального герпеса сокращает сроки заживления эрозий и снижает выраженность болевого синдрома.

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУПРЕССИИ ВЫРАБОТКИ АНДРОГЕНОВ И ЭСТРОГЕНОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ СЕКС-ТРАНСМИССИВНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Г.А. БЕЗКОРОВАЙНАЯ

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Процессы снижения рождаемости и общего постарения населения характерны для большинства европейских стран. Снижение рождаемости в Украине обусловлено не только социально-экономическими причинами переходного периода, но, в значительной мере, влиянием перенесеннях нелеченных или плохо леченных секс-трансмиссивных урогенитальных инфекций. Механизм влияния таких инфекций на репродуктивную функцию требует глибокого и всестороннего изучения. Важным звеном такого механизма является супрессия выработки андрогенов и эстрогенов под воздействием гонококковой, хламидийной, кандидозной и смешанных урогенитальных инфекций.

При помощи методики изучения эритемы на месте внутрикожного введения в область предплечья 0,3 мл 5 % раствора тестостерона у мужчин и 0,3 мл 0,05 % раствора фолликулина у женщин проведены скрининговые исследования насыщенности половыми гормонами у юношей и девушек в возрасте 17–24 лет.

Предварительными исследованиями установлено, что при нормальной продукции половых гормонов локальная эритема на месте инъекции составляла у мужчин 25,11 ± 0,32 мм, у женщин — 24,50 ± 0,62 мм.

У 26 мужчин со смешанной гонорейно-хламидийной инфекцией с хроническим течением эритема составила 16,18 ± 0,48 мм, у 23 женщин с аналогичным диагнозом — 17,41 ± 0,53 мм.

После завершения комплексного лечения, проведенного согласно существующим схемам, в течение одного месяца размер эритемы у всех мужчин приблизился к норме. Среди женщин этот показатель нормализовался к первому месяцу у 12 пациенток, ко второму месяцу — у 6 пациенток, а у 3 пациенток нормализация достигнута не была.

Отрицательное влияние хронической смешанной урогенитальной инфекции на андрогенную и эстрогенную насыщенность организма, установленное нашим наблюдением, побуждает продолжить исследования с использованием современных лабораторных возможностей, что в конечном итоге поможет раскрыть малоизученные звенья патогенеза и путем совершенствования методик лечения достигнуть сохранения репродуктивных функций.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Г.М. БИШМАНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В настоящее время отмечается значительный рост грибковых заболеваний, включая и вагинальный кандидоз, возникновение которого связано в основном с гормональной дисфункцией, использованием разнообразных контрацептивных средств, а также общим снижением иммунологической реактивности организма.

Особое место занимает проблема вагинального кандидоза у женщин в постклимактерическом периоде, так как для использования определенных лекарственных средств могут возникать противопоказания и, следовательно, будет затрудняться разработка этиопатогенетической терапии данного заболевания.

Цель исследования — изучение клинических особенностей и разработка этиопатогенетической терапии женщин, страдающих вагинальным кандидозом, находящихся в постклимактерическом периоде.

Материалы исследования. Под наблюдением находились 72 женщин, у которых был выставлен диагноз вагинального кандидоза. Во всех случаях диагноз подтверждался проведением микробиологических исследований. Среди клинических проявлений выделялись: умерен-

ные или обильные выделения, зуд, болезненность, гиперемия наружных половых органов. Длительность заболевания составляла от нескольких месяцев до нескольких лет, что указывает на малосимптомность вагинального кандидоза или неэффективность использованных ранее средств для лечения данного заболевания.

У отдельных женщин можно было проследить наличие триггерного фактора в развитии вагинального кандидоза, а именно, использование антибиотиков, особенно последнего поколения, а также различные сопутствующие заболевания, как, например, сахарный диабет.

При сборе анамнестических данных было установлено, что основным препаратом, использованным ранее для лечения вагинального кандидоза, являлся нистатин, который только у единичных женщин вызывал положительную динамику. В остальных же случаях, после окончания приема нистатина, клинические проявления возобновлялись, а в некоторых случаях были даже более выраженными.

Нами была разработана комплексная терапия вагинального кандидоза с использованием этиотропного препарата Пимафуцин (таблетки и свечи), которая позволила получить положительный эффект (с негативацией микробиологических показателей) у 91,3 % женщин с установленным вагинальным кандидозом.

Таким образом, для решения проблемы вагинального кандидоза разработана и предлагается комплексная терапия с использованием этиотропного препарата Пимафуцин, что позволяет у большинства пациентов получать этиологическое и клиническое выздоровление.

ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ATOPOBIUM VAGINAE

О.А. ВОРОНОВА, Н.В. ЗИЛЬБЕРБЕРГ, Н.П. ЕВСТИГНЕЕВА, И.Ф. ВИШНЕВСКАЯ

ФГУ УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Проведено сравнительное рандомизированное исследование эффективности лечения бактериального вагиноза, обусловленного Atopobium vaginae, с применением клинических и лабораторных критериев (Real-Time PCR) для определения микробиоты влагалища у 45 женщин с выделениями из половых путей (37,7 %), чувством дискомфорта (18,8 %), зудом (13,2 %), разделенных на две группы ($p \leq 0{,}001$). В первой группе был использован метронидазол, входящий в состав вагинальных таблеток «Трихопол» («Polfarma») по 500 мг/сутки на ночь в течение 10 дней. Во второй группе использовали 2 % клиндамицина фосфат, входящий в состав вагинального крема «Клиндацин» («Акрихин») на ночь в течение 6 дней. Клиническую эффективность терапии оценивали через 1 и 3 месяца. После окончания курса лечения все больные отметили отсутствие зуда, запаха и выделений. Клинические проявления значительно уменьшились на 2–3 день лечения и окончательно исчезли к 4–6 дню, независимо от схемы применения препарата. Проведенное этиотропное лечение способствовало не только элиминации Atopobium vaginae, но и восстановлению нормобиоценоза влагалища (38,3 %). Эффективность применения «Клиндацина» составила 76,7–73,3 % через 1 и 3 месяца соответственно. У больных, использовавших метронидазол, эффективность терапии через 1 месяц отмечена у 66,7 % и сохранялась на протяжении 3 месяцев у 63,3 % пролеченных.

Таким образом, применение интравагинального крема 2 % клиндамицина фосфата («Клиндацин») для лечения бактериального вагиноза, обусловленного Atopobium vaginae, показало более эффективный результат этиотропной терапии, элиминирующей анаэробные грамотрицательные бактерии и способствующей восстановлению нормобиоценоза во влагалище, чем терапия препаратами метронидазола.

УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ МИКРОФЛОРА ПРИ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТАХ

А.П. ГОРБУНОВ, Н.И. СКИДАН, Д.В. ОРЕХОВ, Н.П. ЕВСТИГНЕЕВА, Н.В. ЩЕРБАКОВА, Л.И. ЮРОВСКИХ, В.Н. ТАМБУЛОВА

ФГУ УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

С целью определения частоты встречаемости различных микроорганизмов при негонококковых уретритах (НГУ), ассоциированных с условно-патогенной микрофлорой, проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 465 мужчин в возрасте от 17 до 46 лет (средний возраст 28±6,3 лет) с воспалительными процессами в урогенитальном тракте. При исследовании микробной обсемененности передней части уретры у мужчин с негонококковым уретритом было установлено, что концентрация микроорганизмов в отделяемом уретры превышала 104 и в ряде случаев доходила до 109 КОЕ/мл. Воспалительные заболевания органов урогенитального тракта мужчин выявлены у 264 (56,7%) пациентов. Негонококковый уретрит, ассоциированный с условно-патогенной микрофлорой, выявлен у 164 (35,2%) больных от общего числа обследованных мужчин и 62,1% от числа больных с воспалительными заболеваниями органов урогенитального тракта. В результате комплексного микробиологического обследования у 88 (53,6%) мужчин было выявлено моноинфицирование одним из возбудителей, сочетанная инфекция с инфекционным индексом 2 установлена у 66 (40,2%) пациентов, с инфекционным индексом 3 — у 9 (5,4%), а с инфекционным индексом 4 — у 1 (0,6%) пациента. Анализ микробиологических исследований отделяемого из уретры мужчин с НГУ показал ведущую роль Enterococcus spp (29,3%), который наблюдался в виде моноинфекции (15,3%) и при микстинфекции (11,5%). Streptococcus agalactiae выявлялся у 26 (15,9%) больных, при этом он чаще встречался в виде моноинфекции — у 18 (11,1%) пациентов, чем при микстинфекции — у 8 (4,8%). E.coli обнаруживали у 18 (11,0%) больных с одинаковой частотой при моно- и микст-инфекции — 4,9% и 6,1% соответственно. Staphylococcus aureus встречался — у 17 (10,3%) пациентов, Staphylococcus haemolyticus — у 8 (4,9%) пациентов, чаще в виде моноинфекции (4,3%), чем при микст-инфекции — 0,6%. Выделение Klebsiella spp отмечено у 1,2% пациентов.

Таким образом, выявлена значительная распространенность негонококковых уретритов, ассоциированных с условно-патогенной флорой, в виде моно- и микст-инфекции. Результаты микробиологического исследования отделяемого из уретры показали, что наиболее частыми возбудителями НГУ являются Enterococcus spp, St. agalactiae, E.coli, S. aureus. Многообразие видового состава возбудителей воспалительных заболеваний органов урогенитального тракта и высокий инфекционный индекс у данных больных доказывает важность своевременного и полноценного обследования их в дерматовенерологических учреждениях.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВНУТРИВИДОВАЯ НЕОДНОРОДНОСТЬ ШТАММОВ MYCOPLASMA HOMINIS, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Н.П. ЕВСТИГНЕЕВА, Ю.Н. КУЗНЕЦОВА, А.Г. СЕРГЕЕВ, О.О. МИХАЙЛОВА, А.В. РЕЗАЙКИН

ФГУ УрНИИ ДВиИ Минздравсоцразвития России, Екатеринбург;
ГОУ ВПО «УрМА Росздрава России», Екатеринбург

С целью определения генетических различий штаммов M. hominis, выделенных в диагностически значимых титрах (104 и более КОЕ/мл) от 59 пациенток в возрасте 16–52 лет (28,3±8,7 лет) с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, определяли первичную структуру ДНК методом прямого секвенирования по прямой и обратной последовательностям с праймерами Bak11W и Bak2 на автоматическом генетическом анализаторе ABI Prism 310 (Applied Biosystems, США) с использованием реакционной смеси ABI Prism BigDye Terminator Cycle Sequencing Kit v.3,0 (Applied Biosystems, США). В 29 случаях (49,2%) была выявлена ранее не описанная мутация —

замена тимина на цитозин в позиции 204 гена 16S рРНК. У пациенток, от которых были выделены мутантные штаммы M. hominis, ВЗОМТ диагностировались в 15,7 раза чаще, по сравнению с «дикими» немутантными штаммами, что требует дифференцированного подхода к лечению. По чувствительности/устойчивости к антибиотикам мутантные штаммы M. hominis не отличались от штаммов, не имеющих мутации. Целью дальнейшего исследования явилась разработка тест-систем для идентификации мутантных штаммов Mycoplasma hominis методом полимеразной цепной реакции, реализуя два подхода к конструированию тест-систем: 1) амплификация выбранного участка ДНК с последующим рестрикционным анализом и 2) ПЦР с использованием праймера, имеющего на 5'- конце основание, комплементарное 204 нуклеотиду мутантных штаммов. Для проведения реакции рестрикции амплифицированной ДНК была выбрана рестрикционная эндонуклеаза Fsp4HI. У штаммов, не имеющих мутации, после обработки рестриктазой образуются два фрагмента ДНК размером 153 и 246 пар оснований (п.о.). Для мутантных штаммов характерно образование трех фрагментов ДНК размером 153, 144 и 102 п.о. Разработка тест-системы для идентификации мутантных штаммов Mycoplasma hominis методом ПЦР без последующего рестрикционного анализа основана на использовании феномена высокоспецифичного взаимодействия праймеров с матричной ДНК, позволяющей различать штаммы Mycoplasma hominis, имеющие различную структуру гена, кодирующего 16S субъединицу рРНК. Для штаммов, имеющих мутацию, характерно образование одного фрагмента ДНК размером 158 п.о., в то время как у штаммов, не имеющих мутации не происходит амплификации ДНК. Проблема штаммов Mycoplasma hominis с мутациями дискутабельна и нуждается в дальнейших исследованиях.

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ш.И. ИБРАГИМОВ, М.А. МИРСАИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В настоящее время профилактика неоплазии шейки матки — это единственный путь сохранить жизнь и здоровье тысячам женщин. Основа профилактики — выявление и устранение факторов риска (предупреждение ИППП, отказ от курения, использование барьерных методов контрацепции, вакцинация). Вторичная профилактика — цервикальный скрининг — обследование всех женщин с целью выявления и своевременного лечения предраковых заболеваний шейки матки. Цитологическое исследование является основой скрининга РШМ. Достоинством этого метода является возможность изучения патологического процесса в динамике, диагностика РШМ на начальной стадии. Цитологический скрининг признан классическим методом и рекомендован ВОЗ для проведения в масштабах национальных программ.

Расширенная кольпоскопия представляет собой высокоинформативный метод диагностики, включающий осмотр и ревизию состояния слизистой оболочки шейки матки с применением эпителиальных тестов, позволяющих определить локализацию патологического процесса для проведения прицельной биопсии.

Весьма важным представляются онкологические аспекты урогенитальных инфекций. Некоторые авторы предлагают рассматривать генитальную инфекцию как потенциальный фактор дисплазий и рака шейки матки. Работы, посвященные изменению эпителия шейки матки у больных с генитальной инфекцией, немногочисленны. Наиболее изучены изменения шейки матки при хламидийной инфекции. Имеются сведения о том, что у женщин со злакачественными и предраковыми заболеваниями шейки матки частота выявления антител к хламидиям значительно выше, чем у здоровых.

В последнее два десятилетия произошел революционный прорыв в понимании молекулярного патогенеза и биологии цервикальной неоплапзии. Онкопротеины Е6 и Е7 вирусов папилломы высокого канцерогенного риска (ВКР) негативно влияют на регуляцию клеточного цикла и препятствуют защитному апаптозному ответу. ВПЧ Е6 связывает и приводит к деградации протеин р53 — супрессор опухолеваго роста, воздействует на теломеразу, стимулирующую клеточную иммортолизацию, и на другие протеины, регулирующие апаптоз и дифференциацию клетки. Е7 связывает и функционально инактивирует опухолевый су-

прессорный ретинобластомный протеин (pRb) — регулятор ДНК синтеза (S) фазы клеточного деления и связанные с ним протеины p107 и p130. Эта инактивация приводит к аккумуляции мутаций, дерегуляции цикла клеточной прогрессии и является критической ступенью цервикального канцерогенеза.

Таким образом, лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки не потеряли своей актуальности на сегодняшний день и свидетельствуют о том, что наряду с инвазивным вмешательством необходимо использовать терапевтические схемы, предполагающие устранение или ослабление воздействие факторов возникновения, персистенции и прогрессирования заболевания. В целях выявления инфекций необходимо проводить комплексное обследование пациенток, особенно женщин с патологией шейки матки. Это позволит наиболее правильно подобрать этиотропное исследование и достичь скорейшего положительного результата у пациенток с фоновыми и диспластическими изменениями слизистой оболочки шейки матки, а также ускорить репаративные процессы после инвазивного вмешательства на эктоцервиксе.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОБРОВОЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИППП ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ/СПИДУ В УКРАИНЕ

С.В. ИВАНОВ, Л.В. СОЛОГУБ

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г. Киев, Украина

Начиная с 2004 г., Украина мобилизовала значительный объём национальных и внешних донорских ресурсов для поддержки внедрения программ противодействия ВИЧ/СПИДу в общегосударственных масштабах. Важную роль в преодолении эпидемии в стране играет международная поддержка, но она эффективна только тогда, когда дополняет национальный ответ на эпидемию. Распространение ВИЧ-инфекции/СПИДа в Украине нарастает, хотя в последние годы появились первые признаки некоторой стабилизации. Быстрее всего растет регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции. Это тревожно, поскольку диагноз «ВИЧ-инфекция» пожизненный. Если пациенты с бактериальными инфекциями после лечения перестают быть нагрузкой для общества, то ВИЧ-носители и больные СПИДом требуют постоянного наблюдения и лечения. В теперешнее время эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции/СПИДу в Украине и далее ухудшается. По подсчетам Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом МОЗ Украины, на 01.07.2010 г. в государстве официально зарегистрировано 171 661 случай ВИЧ-инфекции среди граждан Украины, в том числе 33 937 случаев заболевания СПИДом и 19 389 случаев смерти от заболеваний, обусловленных СПИДом. По данным Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Украина причислена к странам, где наблюдаются самые высокие темпы распространения ВИЧ в Европе и Центральной Азии. Обновленные оценочные данные по ВИЧ/СПИДу в Украине свидетельствуют, что в 2010 г. в Украине насчитывалось 360 тысяч человек, возрасте от 15 лет и старше, инфицированных ВИЧ.

Быстрое распространение ВИЧ-инфекции (и СПИДа как ее главного проявления) заставило пересмотреть множество положений в отношении инфекций, передающихся половым путем, (ИППП) и полового поведения человека. С одной стороны, усилилось внимание общества к болезням, передающимся половым путем, а с другой, значительные ассигнования на борьбу со СПИДом отвлекли большие ресурсы от венерологической службы. Впервые, в 2008 г. произошла смена удельного веса вариантов передачи — процент парентеральных путей инфицирования стал меньше полового. Эта тенденция указывает на возрастающее влияние гетеросексуального пути передачи ВИЧ. Вместе с тем, такой рост тесно связан с рискованным сексуальным поведением потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров. В 2009 г. половой путь передачи составлял уже почти 44 %, парентеральный — 36 %. С начала девяностых годов прошедшего столетия факторы, связанные с ИППП, заложили основу для развития новой парадигмы — стройной системы взглядов и действий — в сфере контроля над распространением венерических инфекций. Проекты по борьбе со СПИДом показали: такие программы могут значительно воздействовать на сексуальное поведение, уменьшить риск передачи половых болезней. Темпы выявления свежих случаев ВИЧ-инфекции повышались с каждым годом в начале нового тысячелетия: 2000 г. — 7 %, 2001 — 13 %, 2002 — 25 % и далее. Если 15 лет назад в Украине было зарегистрировано только 183 случая ВИЧ, то в 2004 — 12494, а в 2009 г. цифра составляла 19840 лиц.

В последнее время возрастает количество людей с развитой стадией ВИЧ-инфекции, у которых диагностирован СПИД. С начала эпидемии количество больных СПИДом в Украине возрастало с каждым годом, вплоть до рекордной границы — 4723 случая в 2006 г. Вследствие внедрения антиретровирусной терапии (АРТ) впервые в 2007 г. в стране было отмечено незначительное снижение количества больных СПИДом. Индикатор смертности стал одним из измерителей, который характеризует эпидемическую ситуацию с ВИЧ-инфекцией/СПИДом. На протяжении всего периода эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Украине наблюдалось увеличение смертности от заболеваний, обусловленных СПИДом. Впервые в 2009 г., сравнительно с предыдущим годом, уменьшилось количество случаев смерти от СПИДа с 2 710 до 2 591 (в показателях на 100 тысяч населения с 5,8 до 5,6), что является весомым доказательством позитивного влияния широкомасштабного внедрения АРТ в Украине. Напротив, за 6 месяцев 2010 г., в сравнении с аналогичным периодом 2009 г., смертность от заболеваний, обусловленных СПИДом, увеличилась на 29,6 %. То есть уже сегодня СПИД является серьезным вызовом системе охраны здоровья Украины.

Декларирование в 1998 г. принципа добровольности тестирования на ВИЧ в Украине принудило к разработке нового юридически-правового обоснования работы дерматовенерологической службы с группами риска. Во всем мире признано факт, что добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) — это эффективная стратегия смены поведения представителей групп, подверженных инфицированию ВИЧ, которая оправдывает расходы на внедрение в систему охраны здоровья. Это один из шагов на пути к имплементации ДКТ в дерматовенерологии, а также интеграция сектора оказания дерматовенерологической помощи в проблему преодоления эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине. Повышение в последнее время внимания властных структур к деятельности по профилактике ВИЧ/СПИДа должно проявиться улучшением организации инфраструктуры услуг ДКТ, в частности и для пациентов с ИППП. Важным является признание врачами-дерматовенерологами роли ДКТ как составной части медицинского обслуживания населения, что облегчает учебную работу по целевой подготовке к проведению высокопрофессиональных консультаций до- и послетестового характера. Улучшению организации инфраструктуры должны способствовать оценки врачей-дерматовенерологов по продолжению и углублению интеграции услуг ДКТ в сферу дерматовенерологической службы, но эта работа требует дальнейшего целенаправленного и последовательного развития. Таким образом, проведенный анализ законодательства Украины дает возможность констатировать его прогрессивный характер и наличие правовой базы для развертывания эффективных мероприятий профилактики ВИЧ/СПИДа непосредственно на рабочих местах определенных категорий медработников.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Ш.М. КАБУЛОВ, С.Х. ИСАЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Цель исследования — изучение биохимических показателей крови у ВИЧ-негативных больных с генитальным герпесом.

Материал исследования. Нами проведено клинико-биохимическое исследование у 35 ВИЧ-негативных больных с генитальным герпесом (23 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет.

Оценка биохимических показателей осуществлялась общепринятыми унифицированными методами: определение АлАТ, АсАТ, общего белка, холестерина, билирубина, глюкозы.

Результаты исследования ферментной активности показали, что у ВИЧ-негативных больных с генитальным герпесом в сыворотке наблюдается умеренное повышение содержания АсАТ, АлАТ, что вероятно связано с изменением проницаемости клеточных паренхим печени, а возможно и с вырегулированием их структуры. У больных данной группы выявляется более высокое содержание общего белка в сыворотке крови, обусловленное наличием сопутствующих заболеваний. Кроме того, отмечается возрастание концентрации холестерина, что свидетельствует о нарушении липидной функции печени.

Таким образом, анализ результатов биохимических исследований крови показал, что у ВИЧ-негативных больных с генитальным герпесом в сыворотке крови выявляется определенное отклонение изученных показателей от нормы. Это дает основание считать, что особенность биохимического статуса должна учитываться при коррекции лечения у ВИЧ-негативных больных с генитальным герпесом.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

О.М. КАРИМОВ, Г.А. ИСМАИЛОВА

Ташкентская медицинская академия

Генитальный герпес является одной из распространенных инфекций, передающихся половым путем. Современное течение болезни определяется большим разнообразием клинических проявлений. В настоящее время в 40–60 % случаев генитальный герпес протекает атипично — без развития характерной для герпеса симптоматики и может встречаться в виде отечной или зудящей форм, рецидивирующей трещины заднего прохода, в абортивной форме. При этом отсутствие типичных признаков инфекции в значительной степени затрудняет своевременную диагностику и пациенты недооценивают риск передачи инфекции, что отражается на качестве оказываемой лечебно-профилактической помощи.

Вопросы эпидемиологии, причин роста инфекции, частых рецидивов болезни, полиморфизм клинических проявлений, роли систем защиты организма в патогенезе и клиническом течении герпетической инфекции требуют углубленного изучения и обуславливают необходимость совершенствования методов лечения и тактики ведения пациентов с генитальным герпесом.

Нами у больных генитальной герпетической инфекцией проведен клинико-эпидемиологический анализ с учетом социально-экономических и личностных факторов, установлены факторы риска ВПГ-инфекции, связанные материальным уровнем, возрастно-половой принадлежностью и сексуальной активностью, уровнем образования, акушерско-гинекологическим анамнезом.

Нами изучены особенности современного течения генитального герпеса, установлена степень тяжести клинического течения в зависимости от давности, частоты и длительности рецидивов, наличия микст-инфекции урогенитального тракта.

Изучены основные показатели системы иммунитета и интерферонового статуса у больных генитальным герпесом в периоды рецидива и ремиссии и определена их значимость в клиническом течении болезни.

Показаны варианты лечения генитального герпеса противовирусными препаратами и иммуномодуляторами. Представлены сравнительные данные результатов лечения новым отечественным индуктором интерферона — производным госсипола — газолидоном (таблетки и свечи), а также наружным средством «Мегосин» в виде 1 и 3 % мази и свеч в комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНА И ЦЕФТРИАКСОНА В КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

Н.К. ЛЕВЧИК, В.И. СУРГАНОВА, М.В. ПОНОМАРЕВА

ФГУ УрНИИ ДВиИ Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Высокий удельный вес неудач терапии сифилитической инфекции определяет актуальность фармакокинетических исследований.

У 42 больных ранними формами сифилиса провели исследование содержания цефтриаксона и бензилпенициллина в образцах сыворотки крови микробиологическим методом диффузии в агар (в собственной модификации). Пробы крови брали перед следующим введением антибиотика на 3, 5, 10 и 20 день лечения. Натриевая соль бензилпенициллина вводилась по 1 млн ЕД в/м 4 раз в сутки, цефтриаксон — по 1,0 г в/м 1 раз в день.

К моменту повторного введения антибактериального препарата у большинства пациентов в крови сохранялись концентрации, превышающие минимальную трепонемоцидную в 1,5–195 раз для бензилпенициллина, в 860–2560 раз для цефтриаксона, тогда как считается, что для достижения эффекта достаточно поддержания концентрации, превышающей бактерицидную в 3 раза.

Разброс значений содержания цефтриаксона в крови в целом по выборке был небольшим (15,7 ± 3,3 мкг/мл), тогда как в группе пациентов, получавших бензилпенициллин, величины изучаемых показателей характеризовались значительно более выраженной вариабельностью (1,6 ± 1,1 мкг/мл),

Также большей однородностью характеризовались показатели концентрации цефтри-

аксона в крови при повторном измерении в процессе терапии у одного и того же пациента. Колебания уровня цефтриаксона составили 7–48 %, тогда как бензилпенициллина 0,05–107 %.

Полученные данные свидетельствуют о различиях фармакокинетики цефтриаксона и бензилпенициллина и присутствии высоких концентраций антибиотиков в крови к моменту повторного введения препарата.

ТАЖРИБАВИЙ ЗАХМДА ЖИГАРНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ

А.К. МАНГИТОВ, Р.И. ИСРОИЛОВ, К.А. ЮЛДАШЕВ, В.А. АБИЩАЛА

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш.

Табобатда захм инфекциясининг назарий ва амалий саволларига таалуқли бўлган муаммоларни ечишда хайвонларда тажрибавий захмни яратиш касалликнинг бебаҳо модели ҳисобланади.

Ушбу тадқиқотда организмнинг асосий метаболизмига жавобгар аъзо, яъни жигарда захм инфекциясига қарши ҳам носпецифик, ҳам специфик жавоб реакциялар оқибатида ривожланадиган патоморфологик ўзгаришларни ўрганишни мақсад қилиб олинди. Мақсадга эришиш учун қуёнларда тажрибавий захм қўзғатилиб, 7, 14, 21 ва 35-кунлардан кейин жигари ажратиб олинди ва одатий усулда гистологик текширувлардан ўтказилди.

Морфологик текширув натижалари шуни кўрсатдики, 7 кун ичида жигарда захм инфекциясига жавобан дастлаб жигар бўлакчалари синусоидлари ва марказий венасида дисциркулятор ўзгаришлар ва шу томирлар деворининг мукоид ва фибриноид бўкиш каби альтератив ўзгаришлар пайдо бўлганлиги аниқланди. Уларнинг изидан бўлакчалар марказидан бошлаб, гепатоцитларда вакуоляр дистрофия ва колликвацион некроз ривожланиб борганлиги кузатилди. Тажрибанинг 14-кунига келиб, бу турдаги паренхиматоз оқсилли дистрофиялар жигар паренхимасининг деярли барча соҳаларини эгаллагани аниқланди. Бу ўзгаришлар билан бир қаторда носпецифик яллиғланишга хос белгилар, яъни синусоидлар ичида ва девори атрофида сегментядроли лейкоцитлар пайдо бўлганлиги ва Купфер макрофагларининг гипертрофияланганлиги кузатилди.

Тажрибанинг кейинги 21-кунига келиб юқоридаги патоморфологик ўзгаришларга қўшимча ҳолда, жигар паренхимасида ўчоқли колликвацион, коагуляцион, хатто елимли турдаги некроз ўчоқлари ва уларга монанд ҳолда перипортал лимфоид ва плазмоцитар инфильтрация ривожланганлиги аниқланди. Айрим ҳолларда некроз ўчоқлари атрофида лимфоцитлар, плазмоцитлар ва хатто гигант ҳужайралар пайдо бўлиб захмга хос гранулематоз яллиғланиш ривожланганлиги топилди. Юқорида кўрсатилган патоморфологик ўзгаришлар 35 кундан кейин мунтаззам равишда бирин-кетинлик билан ривожланиб бориб, охир оқибатда сурункали диффуз инфекцион гепатит ва айрим соҳаларида жигар тўқимасининг қайта тузилиши, яъни цирозланиш ривожланганлиги кузатилди.

Хулосада шуни таъкидлаш мумкинки, жигарда аниқланган ушбу захм инфекциясига хос хусусий ва умумий патоморфологик ўзгаришлар кўрсатадики, бу касалликга қарши бутун организм қўзғалади, жумладан жигар ҳам жавоб реакцияларга қўшилиб, ўзида суринкали инфекцион гепатит орттириб олади. Шунинг учун захм инфекциясини даволашда жигар учун гепатопротекторларни қўллаш мақсадга мувоффиқ ҳисобланади, бу тажрибамизнинг кейинги мавзуси ҳисобланади.

ГЕНИТАЛ УЧУҚ КАСАЛЛИГИДА I ВА II ТИП УЧУҚ ВИРУСЛАРИНИНГ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИ

Т.А. НАБИЕВ, З.М. АБИДОВА, Х.Т. ИСРОИЛОВ

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш.

Ҳозирги пайтда вирусли касалликларнинг диагностикаси, давоси ва профилактикаси алохида долзарб муаммо бўлиб бормоқда. Учуқ вируси келтириб чиқарган кассалликлар билан оғриган беморларнинг сони дунё миқиёсида ошиб бориши иммунодискредитация билан боғликдир. Генитал герпес — жинсий йўл билан юқувчи вирусли касаллик бўлиб, жид-

дий тиббий-ижтимоий муаммолар келтириб чиқаради. Маълумки, одамда генитал учук касаллигини чақирувчиси оддий учук вирусининг 2-чи типи ҳисобланади. Аммо, адабиётлардан аниқланишича, сўнгги йилларда одам учуғи касаллигини 1-типдаги оддий учуқ вируси ҳам 10–26 % ҳолларда генитал герпесни қўзғатиши аникланмокда, бу ҳолат унинг маиший ва оро-генитал йўл орқали юқиши мумкинлигини кўрсатади.

2009–2010 йилларда РИДваВИАТМ клиникасига урогенетал соҳадаги герпетик тошмаларга шикояти билан мурожаат қилган 75 та беморларга иммунофермент (ИФА) ва полимераз занжир реакцияси (ПЗР) йўли билан лаборатор текширувлари ўтказилди. Ушбу мурожаат килган беморларнинг 64 таси (85,3 %) эркак, 11 таси (14,7 %) аёлларни ташкил қилган. Ёшига нисбатан: 20 ёшгача 4 та бемор (5,3 %), 21–30 ёшгача 25 та (33,3 %), 31–40ёшгача 28 та (37,3 %), 41–50 ёшгача 15 та (20 %) ва 50 ёшдан катта беморлар сони 3 тани (4,1 %) ташкил килган. Мурожаат қилганларнинг 30 % ушбу касаллик билан бир йилдан ортиқ вақт касалланганлиги кузатилган. Текширувлар натижасида бу беморларнинг ҳаммасида герпесвирусларнинг 1 ва 2 типларига хос турлари аниқланди.

Тадқиқот натижаларига кўра, 75 та беморлардан 60 тасида (80 %) 1-чи ва 2-чи тип вируси, 15 тасида, яъни 20 % да ПЗРда 1-тип учуқ вируси аникланган ва ИФА таҳлилида ушбу беморларда 1-тип IgG учуқ вирусининг титри юқори эканлиги, 2-тип учук вируси эса манфий бўлганлиги кузатилди.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, бизга мурожаат қилган беморларнинг 20 % да урогенитал соҳадаги герпетик тошмаларини 1-тип оддий учуқ вируси чақирган.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ЛИМОННОЙ КИСЛОТЫ В ЭЯКУЛЯТЕ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ И ПАТОСПЕРМИЕЙ

Н.А. НЕРОНОВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2], Т.Ю. ТОНКОШКУРОВА[2], Б.Я. ВЛАСОВ[1], А.В. АТАЛЯН[1], Е.В. БАТУНОВА[3]

[1]Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН; [2]Медицинский университет; [3]Институт усовершенствования врачей, Россия, г. Иркутск

Заболеваемость урогенитальным трихомониазом в 2010 г. в Иркутской области составила 256 случаев на 100 тыс. населения. Доказано, что на фоне трихомонадной инфекции у мужчин диагностируются такие осложнения, как везикулиты, купферитты, простатиты, что может ухудшать их репродуктивную функцию. Поддержание функциональной активности сперматозоидов осуществляется спермоплазмой, в ней содержится лимонная кислота, ее концентрация отражает функциональное состояние предстательной железы.

Цель исследования — изучение особенностей содержания лимонной кислоты в эякуляте у мужчин с хроническим урогенитальным трихомониазом и патоспермией.

Материал исследования. Нами были проанализированы показатели концентрации лимонной кислоты в эякуляте и показатели спермограмм 27 мужчин (возраст 32,04 ± 5,37 года) с хронической монотрихомонадной инфекцией: 17 мужчин с патоспермией (1 группа), 10 — с нормоспермией (2 группа).

Результаты исследования. Пациенты с патоспермией статистически значимо чаще имели больший объем предстательной железы 27 (21–30) см³, чем таковые с нормоспермией — 21 (18 — 24,5) см³, (PU-test = 0,003). Содержание лейкоцитов в группе мужчин с отклонениями в спермограмме было статистически значимо больше — 1 (0,5–3,5) млн/мл, чем у больных с нормоспермией — 0,5 (0,5–0,5) млн/мл, PU-test = 0,01. Также выявлено статистически значимо большее содержание лимонной кислоты в эякуляте мужчин с нормоспермией 73(62–83) ммоль/л, чем у таковых с патоспермией — 61(23–83) ммоль/л, (PU-test = 0,03).

Вывод. Таким образом, можно предположить, что воспаление предстательной железы мужчин с хронической монотрихомонадной инфекцией способствует ухудшению показателей их спермограмм.

О ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИХ ТЕСТОВ С ЦЕЛЬЮ СКРИНИНГА СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

С.Р. ОСМАНОВА, С.В. РОТАНОВ

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава им. Н.И. Пирогова, г. Москва

В последние годы в клинической лабораторной диагностике для определения ряда биохимических показателей и выявления специфических антител к антигенам возбудителей различных инфекционных заболеваний были разработаны иммунохроматографические методы исследования (ИХМ). Используемая медицинская технология позволяет оперативно проводить исследование сыворотки, плазмы или цельной крови, полученной от пациента, за период времени его нахождения в медицинском учреждении.

Цель исследования. Оценка клинической значимости применения иммунохроматографических наборов реагентов для скрининга сифилитической инфекции.

Материал и методы исследования. Образцы сыворотки крови, полученные от 575 больных сифилитической инфекцией до начала проведения им специфической терапии (сифилис первичный — 98, вторичный — 123, скрытый ранний — 140, поздний — 114, неуточнённый как ранний или поздний — 100) и 175 пациентов, состоявших под клинико-серологическим наблюдением по поводу пролеченного сифилиса, а также 250 здоровых доноров, и аттестованные в иммуноферментном анализе (ИФА) с наборами «РекомбиБест антипаллидум — суммарные антитела» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Наборы реагентов для ИХМ «DetermineTM Syphilis TP» (фирма «ABBOTT JAPAN CO, Ltd.», Япония), разрешённые к применению в Российской Федерации (РУ № ФС 2006/1264).

Результаты. Со всеми 750 (100 %) образцами крови больных сифилисом наблюдали положительные результаты в ИФА; с наборами «DetermineTM Syphilis TP» — 745 положительных результатов (клиническая чувствительность теста — 99,3 %). Отрицательные результаты были получены у 2 пациентов с первичным и 3 — со скрытым поздним сифилисом. При изучении 250 образцов крови здоровых доноров, показавших в ИФА отрицательные результаты исследования, в ИХМ было получено 247 отрицательных результатов (клиническая чувствительность — 98,8 %).

Вывод. Высокие показатели клинической чувствительности (99,3 %) и специфичности (98,8 %) исследований с набором для ИХМ «DetermineTM Syphilis TP» в сочетании с технической простотой и коротким временем постановки теста, при отсутствии потребности в использовании дорогостоящего лабораторного оборудования позволили рекомендовать этот метод для широкого использования в медицинских организациях с ограниченными лабораторными ресурсами и/или в случаях необходимости быстрого получения результатов трепонемоспецифического теста с высокой клинической значимостью результатов для клинической диагностики сифилитической инфекции.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОК С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ ГЕНИТАЛИЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ, Э.Х. ЭШБОЕВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Среди факторов, способствующих возникновению и росту остроконечных кондилом (ОК), называют беспорядочную половую жизнь, дисбаланс в работе системы иммунитета, промискуитет и другие. Однако с наибольшей вероятностью на рост и развитие ОК гениталий у женщин оказывают влияние сопутствующие инфекции урогенитального тракта (УГТ), большинство из которых относится к группе инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Цель исследования — изучение фона сопутствующих бактериальных и вирусных возбудителей у пациенток с ОК гениталий.

Материал исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 женщин в возрасте от 18 до 36 лет с манифестными формами

ВПЧ в виде ОК гениталий. В основном контингент обследованных представлен социально-адаптированными женщинами фертильного возраста, направленными на обследование и лечение в РСНПМЦ ДиВ. Нами произведена оценка микрофлоры УГТ женщин с ОК, возможно способствующей росту ОК, путем бактериологического и микроскопического, а также ПЦР (полимеразная цепная реакция) анализа отделяемого УГТ женщин с ОК. С этой же целью проведена идентификация фона герпесвирусных инфекций с определением порогового титра специфических иммуноглобулинов IgM и IgG в сыворотке крови к ВПГ (вирус простого герпеса) и ЦМВ (цитомегаловирус) методом ИФА (иммуноферментный анализ).

Результаты исследования микрофлоры урогенитального тракта женщин с ОК представлены следующим образом: Neisseria gonorea — 1 (3,3%), Trichomonas vaginalis — 2 (6,7%), Ureaplasma Urealythicum (Parvo) — 18 (60%), Ureaplasma Urealythicum (N-960) — 3 (10%), Mycoplasma genitalium — 12 (40%), Chlamydia Trachomatis — 6 (20%), Gardnerella vaginalis — 16 (53,3%), E. coli — 5 (16,7%), Staphylococcus epidermidis — 8 (26,7%), Staphylococcus aureus — 3 (10%), Proteus vulgaris — 2 (6,7%), Pseudomonas aeruginosae — 1 (3,3%), Streptococcus epidermidis — 10 (33,3%), грибы рода Candida — 24 (80%). Результаты иммуноферментного анализа показали, что у обследованных больных отмечалось повышенное содержание специфических иммуноглобулинов IgM к ВПГ, что в среднем составило 0,621±0,102 пг/мл, против группы контроля 0,280±0,022 пг/мл. Также отмечалось возрастание титра специфических иммуноглобулинов IgG в 3раза по сравнению с контрольной группой (1,327±0,931 пг/мл, против 0,332±0,024 пг/мл). При исследовании специфических иммуноглобулинов IgM к ЦМВ, результаты анализа показали сниженное их содержание, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило 0,213±0,096 пг/мл, против 0,280±0,019 пг/мл. При исследовании специфических иммуноглобулинов IgG к ЦМВ, результаты показали повышение титра в 3 раза, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило 2,093 пг/мл±0,197 пг/мл, против 0,339±0,017 пг/мл.

Вывод. Таким образом, у пациенток с ОК гениталий с повышенной частотой встречались следующие сопутствующие возбудители: уреамикоплазмы, ЦМВ, ВПГ и грибы рода Candida. Присутствие вышеуказанных инфекций вызывает обильные выделения из половых путей, которые, в свою очередь, способствуют росту ОК. Помимо этого, они усугубляют иммунокомпромиссность, открывая пути к усиленному размножению ВПЧ и, соответственно, его манифестации. Все эти факторы должны быть учтены при разработке лечебных и профилактических мероприятий в отношении ОК гениталий у женщин и их половых партнеров.

АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГОНОРЕЕ

О.Д. ПУРЫШКИНА, Л.В. СОЛОГУБ, С.В. ИВАНОВ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Урогенитальная инфекция при восходящем воспалительном процессе может приводить к возникновению аппендикулярно-генитального синдрома.

Аппендикулярно-генитальный синдром характеризуется одновременным поражением аппендикса (чаще катаральным аппендицитом) и придатков матки. Согласно литературным данным у 2,6% больных, которые оперировались по поводу гнойных воспалительных заболеваний придатков матки была проведена аппендэктомия.

Гинекологическая патология, в основном, представлена острым сальпингитом, пельвеоперитонитом, кистой или апоплексией яичника. При остром воспалении придатков матки, которое осложняется пельвеоперитонитом, экссудат из малого таза распространяется в правую подвздошную область и приводит к образованию первичного очага воспаления стенки аппендикулярного отростка, после чего воспаление приобретает разлитой характер. Другими причинами аппендицита являются изменение иммунитета, что способствует повышению чувствительности слизистой оболочки отростка к инфекции, аутоинфекция эндогенными сапрофитными микроорганизмами (в основном кишечной палочкой и бактероидами фрагилис), нарушение микроциркуляции.

Приводим клиническое наблюдение больной с аппендикулярно-генитальным синдромом, вызванным восходящим гонорейным процессом.

Больная С., 21 год, студентка, поступила по скорой помощи в хирургическое отделение КГКБ №6 с диагнозом: гнойный сальпингоофорит, пельвеоперитонит, кольпит.

Больной была назначена антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия. Улучшения общего состояния не было. Учитывая неэффективность консервативной терапии и усиление болевого синдрома, было показано оперативное лечение.

Произведена двухсторонняя тубэктомия, аппендэктомия. Из операционной раны был взят материал для микроскопической и бактериологической диагностики. Выявлены гонококки, трихомонады.

Учитывая полученные результаты лабораторного обследования (микроскопия), установлен заключительный диагноз: «Вторичный гонорейный катаральный аппендицит, гонорейный сальпингит двухсторонний, кольпит, пельвеоперитонит».

Больной было назначено лечение: цефтриаксон 2,0; левомак 500 мг; метрагил 500 мг; реосорбилакт 400,0 мл внутривенно капельно; лацидофил 1 капсула 2 раза в день; церукал 2,0 и др.

Через 7 дней наступило клиническое улучшение состояния больной. При микроскопическом и бактериологическом исследованиях выделений из шейки матки гонококков и трихомонад выявлено не было.

Данное клиническое наблюдение указывает на необходимость своевременного выявления и дифференцирования урогенитальных инфекций с целью предупреждения восходящих гонорейных воспалительных процессов, требующих хирургического вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

С.Н. РАЗДАЙБЕДИН

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Вирус герпеса чрезвычайно широко распространён в популяции человека. По данным разных авторов, инфицированность вирусом герпеса составляет от 50 до 80 %. Заболевание вызывается вирусами герпеса типа 1 (HSV-1) с проявлениями на губах, лице и вирусами типа 2 (HSV-2) — с проявлениями на гениталиях. Инфицирование вирусом герпеса происходит при тесном контакте (чаще половом, реже бытовом) с больным или вирусоносителем. Вирус простого герпеса проникает в организм человека через повреждённую кожу или слизистую, затем попадает по нервным волокнам в нервные ганглии, где и сохраняется пожизненно. Снижение иммунитета вызывает активацию вируса и появление симптомов болезни. Клиническая картина герпетического поражения вариабельна и может складываться из множества слившихся пузырьков с чувством интенсивного зуда, жжения, болезненности, до поражения любых органов и систем организма. Через 5–7 дней пузырьки вскрываются и на их месте образуются эрозии или язвочки, которые постепенно, в течение 1–2 недель, эпителизируются. Также, вирус герпеса, поражая лейкоциты и лимфоциты инфицированного человека, вызывает состояние иммунодефицита. В настоящее время не имеется методов лечения и средств для полной элиминации вируса герпеса из организма. Современная терапия направлена либо на подавление репродукции вируса в период обострения, либо повышение специфического и неспецифического иммунитета для профилактики рецидивов.

Противовирусным препаратом нового поколения является «Аллокин-альфа». Аллокин-альфа — противовирусный препарат, созданный на основе биологически активных пептидов природного происхождения. Действующим веществом препарата является цитокиноподобный пептид аллоферон-1. Действие аллоферона направлено на усиление распознавания антигенов вируса и клеток инфицированных вирусом, натуральными киллерами, нейтрофилами и другими эффекторными системами естественного иммунитета. Препарат стимулирует активность естественных клеток киллеров, восстанавливает клеточный иммунитет, способен стимулировать распознавание и лизис клеток цитотоксическими лимфоцитами. Препарат является иммуностимулятором, но воздействует он только на конкретный участок, поражённый вирусом, при этом не происходит активации всей иммунной системы. Аллокин-альфа абсолютно не токсичен. При лечении герпетической инфекции курс терапии состоит из трех подкожных инъекций через день, в дозировке 1 мг препарата. Лечение можно начинать при самых первых симптомах заболевания.

Учитывая вышеизложенное, в течение 2010 года нами было проведено лечение 18 больных генитальным герпесом с использованием аллокин-альфа в виде монотерапии (3 подкожных инъекции, через день). Продолжительность заболевания, до лечения аллокин-альфа, у 18 больных составила от 8 месяцев до 4 лет, из них 13 больных ранее неоднократно и безуспешно лечились иммуностимулирующими препаратами и препаратами подавляющими репродукцию вируса. До получения терапии с использованием аллокин-альфа, рецидивы у больных, находившихся под нашим наблюдением , происходили чаще, чем один раз в 3 месяца. Терапия аллокин-альфа у 4 больных была начата в 1-й день обострения заболевания и у 14 больных на 2-й день обострения заболевания. Перед началом терапии, диагноз дигноз герпетической инфекции подтверждался обнаружением вируса герпеса в соскобах с поверхности эрозий ПИФ-методом. Купирование всех симптомов заболевания происходило в течение первых суток после первой инъекции аллокин-альфа: полностью исчезали субъективные ощущения, значительно уменьшались отёк и гиперемия, начиналась эпителизация эрозий. После проведенной терапии, 18 больных продолжают оставаться под наблюдением (на данный момент от 10 до 3 месяцев). Рецидивов заболевания по настоящее время не зарегистрировано. На основании наших исследований, мы считаем возможным рекомендовать аллокин-альфа в качестве высокоэффективного, быстродействующего и нетоксичного препарата для лечения больных генитальным герпесом.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ — ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ТАШКЕНТА

У.Ю. САБИРОВ, Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, А.М. АБИДОВ, Г.Р. ИБРАГИМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Во всех странах мира в настоящее время наблюдается рост ИППП, особенно инфекций «нового поколения». Инфекции нового поколения по частоте встречаемости опережают классические венерические заболевания и в общей популяции регистрируются в основном среди молодежи (людей репродуктивного возраста). Эта ситуация обусловлена многими факторами, в том числе изменением сексуального поведения молодежи (незащищенные половые контакты с частой сменой половых партнеров, потеря нравственности и моральных ценностей), растущая безработица, снижение возможности получить образование и т.д.

Цель исследования — проведение анкетирования среди жителей города Ташкента (Чиланзарский, Алмазарский, Юнусабадский районы), страдающих воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, и репродуктивными нарушениями, обусловленными уреамикоплазменной инфекцией.

Материал исследования. Был произведен выезд в Чиланзарский, Алмазарский, Юнусабадский кожвендиспансеры и родильные комплексы города Ташкента. Часть больных обследованы на местах, остальные — направлены в стационар Центра дерматологии и венерологии для получения лечения. В процессе обследования пациентов путем заполнения специально разработанных анкет выяснялись социально-бытовые, санитарные условия их проживания с целью определения факторов, способствовавших заражению, выработки конкретных противоэпидемических мероприятий.

Параллельно изучено клиническое состояние пациентов с репродуктивными нарушениями, у которых была выделена уреамикоплазменная инфекция.

Результаты исследования. Анализ результатов анкетирования показал, что выбранные для наблюдения пациенты принадлежат к социально-адаптированному контингенту, которые в большинстве случаев оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, имеют постоянного полового партнера. Среди обследованных пациентов имеется тенденция неадекватного бесконтрольного приема антибактериальных препаратов; отсутствие интереса к проявлениям воспаления со стороны урогенитального тракта у партнера; низкий уровень информированности по современным методам барьерной контрацепции. Отмечено также, что в ряде случаев до обращения в лечебные учреждения пациенты проходили неполноценное обследование на урогенитальные инфекции, либо обследование производилось не в полном объеме.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МОЧЕПОЛОВОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН

В.И. СТЕПАНЕНКО, Т.С. КОНОВАЛОВА, Е.П. ШЕВЧЕНКО

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, г. Киев, Украина

Мочеполовой кандидоз у женщин за распространением занимает одно из ведущих мест сред урогенитальных инфекций. Согласно результатам комплексных клинико-лабораторных исследований наличие мочеполового кандидоза было диагностировано у 116 (46,9 %) из 247 обследованных женщин, которые страдали воспалительными процессами мочеполового тракта. При этом 87,1 % больных с мочеполовым кандидозом женщин были в возрасте репродуктивной активности (от 18 до 40 лет). Впервые диагноз кандидозного вульвовагинита с острым клиническим ходом воспалительного процесса было установлено у 52 (44,8 %) из 116 обследованных женщин, а у остальных — очередной рецидив хронического воспалительного процесса, который свидетельствовал о недостаточной эффективности предварительно проведенной антимикотической терапии.

Согласно результатам комплексных микологических исследований установлено, что у 75,0 % больных мочеполовым кандидозом женщин, возбудителями воспалительного процесса были дрожжевидные грибы вида Candida albicans, у 8,6 % — C. krusei, у 6,1 % — C.tropicalis, у 4,3 % — C. pseudotropicalis у 1,7 % — C. parapsilosis у 2,6 % — сочетание C. albicans и C. tropicalis, у 1,7 % — C. albicans и krusei.

Установлено, что клиническая симптоматика мочеполового кандидоза у женщин не имеет специфических особенностей в зависимости от этиологически значимого вида дрожжеподобных грибов или их объединения.

Доказанино, что среди благоприятных факторов риска возникновения рецидива мочеполового кандидоза у женщин наиболее значащими являются: недостаточная чувствительность возбудителей заболевания к антимикотическим препаратам; нерациональность предварительно проведенной антибактериальной терапии, обусловленная наличием в анамнезе разных урогенитальных инфекций у 74 (63,8 %) больных, воспалительных и функциональных заболеваний половых органов — у 63 (54,3 %). Среди других факторов можно выделить диагностированные у 58 (50,0 %) больных разные заболевания пищевого тракта канала, а также эндокринопатии у 19 (16,4 %) женщин.

У обследованных женщин, больных кандидозним вульвовагинитом, был определен ряд типов влагалищного микроценоза в зависимости от уровня лактофлоры, состава факультативно-анаэробной микрофлоры и наличия сопутствующей патогенной микрофлоры. Во влагалище 31,0 % пациентки диагностирована ассоциация грибов рода Candida с Chlamydia trachomatis, у 32,1 % — с урогенитальными микоплазмами, у 8,6 % — C. trachomatis и уроганитальными микоплазмами, а у 32,1 % — грибов рода Candida с микроорганизмами, характерными для бактериального вагиноза. Выявленные особенности влагалищного микроценоза свидетельствуют о необходимости комплексного микробиологического обследования женщин, больных мочеполовым кандидозом, и индивидуального подхода к выбору метода лечения.

Получены новейшие данные относительно состояния биоценоза кишечника у женщин, больных мочеполовым кандидозом. Нарушение микроценоза кишечника с различной степенью выразительности дисбактериоза установлен у 64 (55,2 %) женщин. В материале из кишечника соответствующих пациенток выявлены также дрожжеподобные грибы с высокими показателями их количественного содержимого. При сопоставлении видового состава грибов рода Candida, выделенных из влагалища и кишечника, установлена их идентичность у 62 (96,9 %) с 64 больных, что подтверждает концепцию относительно возможности автоинфицирования при развитии рецидивов мочеполового кандидоза.

Доказано существенное влияние характера нарушений влагалищного микроценоза и степени выразительности нарушений микробной экологии кишечника на характер клинического хода мочеполового кандидоза у женщин. У большинства больных мочеполовым кандидозом с сопутствующим дисбактериозом кишечника диагностировано экстрагенитальные микотические поражения, в частности перианального участка, пахово-бедренных складок, слизистых оболочек ротовой полости, которая может быть причиной хронизации и рецидивов воспалительного процесса. С учетом результатов исследований определена методологическая

система алгоритмов общеклинического, лабораторного и специального обследования больных мочеполовым кандидозом женщин, что способствует разработке адекватных, комплексных подходов к лечению.

При разработке тактики системной антимикотической терапии мочеполового кандидозацелесообразным является в каждом клиническом случае проводить лабораторное выделение и идентификацию видов дрожжеподобных грибов рода Candida, а также определение чувствительности идентифицированных видов грибов к существующим антимикотическим препаратам. С использованием электронного микроскопа изучены структурно-морфологические изменения в выделенных из влагалища и кишечника больных женщин культурах грибов видов C. albicans и C.krusei при инкубации в присутствии антимикотиков итраконазола и флуконазола Установлено, что при лечении мочеполового кандидоза у женщин на современном этапе наиболее рациональным является применение новейших системных антимикотиков, в частности производных триазолового ряда. Обобщенный анализ терапевтической эффективности системных антимикотиков итраконазола и флуконазола при лечении женщин, больных разными клиническими формами мочеполового кандидоза, свидетельствует о достижении этиологического и клинического излечения у 94,7 и 93,2 % пациенток соответственно.

На основании результатов комплексных клинико-микробиологических исследований разработан усовершенствованный, патогенетически обоснованный метод лечения мочеполового кандидоза у женщин, который предусматривает индивидуализированное применение одного из системных антимикотических препаратов триазолового ряда (итраконазол, флуконазол) и антимикотиков местного действия, а также проведение терапевтической коррекции бактериального вагиноза и нормализацию нарушений микроценоза кишечника с учетом характера и тяжести выявленных нарушений. Проведение предложенной комплексной терапии при мочеполовом кандидозе у женщин разрешает достичь этиологического и клинического излечения больных и способствует устранению патогенетических механизмов аутоинфицирования, что предотвращает развитие рецидивов заболевания.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ

В.И. СТЕПАНЕНКО, Е.П. ШЕВЧЕНКО, Т.С. КОНОВАЛОВА

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Урогенитальные инфекции являются наиболее распространенными заболеваниями среди инфекций, передающихся преимущественно половым путем, и продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения. На современном этапе преобладают латентные и персистирующие формы клинического течения урогенитальных инфекций, что существенно усложняет их своевременную диагностику.

Урогенитальные инфекции у мужчин и женщин могут приводить к серьезным нарушениям репродуктивной функции. Урогенитальные моноинфекции встречаются достаточно редко. В генезе большинства патологических изменений, происходящих в урогенитальной системе, доминирующее место занимают микст-инфекционные агенты. Особая роль в этом аспекте принадлежит хламиди-ям и микоплазмам.

Цель исследования — определение количества случаев сочетанности хламидийно-мико(уреа)плазменных инфекций у пациентов с нарушением репродуктивной функции и воспалительными заболеваниями мочеполовой системы с использованием метода полимеразной цепной реакции.

Материал и методы исследования. Комплексное обследование на наличие хламидийно-мико (уреа) плазменной инфекции проведено у 254 пациентов с нарушением репродуктивной функции и наличием воспалительных процессов урогенитального тракта. Из них 126 мужчин и 128 женщин в возрасте от 20 до 35 лет. Исследования проводили в отделе ДНК-технологии лаборатории Александровской клинической больницы г. Киева. Забор материала у больных осуществляли из мочеполовых органов: у мужчин — из уретры и предстательной железы, у — женщин из уретры, вагины и цервикального канала. Для исследования использовали метод амплификации нуклеиновых кислот или метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием тест-систем Ампли Сенс, разработанных ЦНИИ эпидемиологии МЗ Российской Федерации. Анализ продуктов ам-

плификации проводили с помощью электрофореза в агарозном геле.

Результаты исследования. По данным молекулярно-генетического исследования (ПЦР), в пробах материала ДНК Chlamydia trachomatis была выявлена у 27(10,6 %) пациентов, Mycoplasma hominis — у 79 (31,1 %), Mycoplasma genitalium — у 23 (9 %) и Ureaplasma urealiticum — у 162 (63,7 %) пациентов.

Наличие одной инфекции было диагностировано у 76 (29,9 %) пациентов, микст-инфекции — у 178 (70 %). При этом у большинства больных диагностированы уреамикоплазменные инфекции — 115 (64,6 %) положительных результатов, из них: на Mycoplasma hominis и Ureaplasma uredliticum — 53,9 %, на Mycoplasma hominis и Mycoplasma genitalium — 11,7 %, на Ureaplasma urealiticum и Mycoplasma genitalium — 3,9 %, на Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealiticum — 6,7 %. Сочетание хламидий, микоуреаплазм обнаружили у 42 (23,5 %) пациентов: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis и Ureaplasma urealiticum — у 5 %, Chlamydia trachomatis и Mycoplasma hominis — у 5,6 %, Chlamydia trachomatis и Ureaplasma urealiticum — у 12,9 %. Сочетание двух видов возбудителей урогенитальных инфекций выявлено у 157 (88,2 %) пациентов, а трех видов — у 21 (11,7 %).

Проведенные лабораторные исследования (ПЦР) свидетельствуют, что у 64,6 % обследованных пациентов, страдавших воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, были диагностированы условно-патогенные микроорганизмы (Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum), а у остальных — сочетание этих условно-патогенных микроорганизмов с абсолютными патогенами (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium).

У 23,3 % обследованных методом ПЦР больных была диагностирована Mycoplasma genitalium. Среди возбудителей урогенитального микоплазмоза этот вид микоплазм имеет наиболее сильный патогенный потенциал и влияет на развитие бесплодия, особенно у мужчин.

Анализ результатов проведенных с целью диагностики возбудителей урогенитальных инфекций лабораторных исследований методом амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) свидетельствует о его достаточно высокой чувствительности и специфичности. Метод ПЦР на современном этапе является единственным диагностическим методом, который позволяет диагностировать M. genitalium. Учитывая высокий патогенный потенциал этого вида микоплазм, применение метода ПЦР при лабораторном обследовании пациентов, страдающих воспалительными процессами урогенитального тракта, является важным для своевременной диагностики этого возбудителя и проведения рациональной специфической терапии.

НОВЫЙ АЛГОРИТМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ПУТЕЙ

А.Ю. ТУРКЕВИЧ

Львовский национальный медицинский университет, г. Львов

Ключевые слова: трихомоноз, бактериальный вагиноз, ИФА, ПЦР, микроскопия, иммунный статус, Trichomonas vaginalis, Trichomonas tenax, Trichomonas hominis, род Trichomonas, алгоритм диагностики, интерферон,пробиотики, уровень pH.

В мире ежегодно регистрируется множество больных урогенитальными инфекциями, при этом наиболее частыми возбудителями являются Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Candida albicans. Мочеполовой трихомониаз, возбудителем которого является Trichomonas vaginalis, до настоящего времени остается одной из наиболее дискутабельных проблем среди специалистов, которые занимаются изучением ЗППП. Возможность поглощения трихомонадами ряда патогенных микроорганизмов (танк-эффект), в частности хламидий, гонококков и других, существенно утруждает диагностику соответствующих инфекционных агентов. Мы проводили следующие обследования: микроскопия (wet-mount, световая с расцветкой по Романовскому-Гимза, метиленовым синим, PAP, иммунофлюоресцентная), ИФА диагностику на наличие Ig, ПЦР. Данные цитоморфологии, ИФА и ПЦР, являются более объективными и информативными, чем клинические при постановке диагноза ЗПСШ. Данные цитоморфологии при хроническом протекании трихомонадной ин-

фекции являются более информативными чем ИФА из сыворотки крови, поскольку уровень IgG к Trichomonas vaginalis не является критерием тяжести протекания заболевания, как и отрицательный результат ПЦР к Trichomonas vaginalis. Есть смысл определять состояние иммунной защиты организма пациентов, в первую очередь, исходя из анамнестических данных. Важным является применение у женщин методов местной терапии, в первую очередь с целью возобновления биоценоза влагалища и адекватного уровня pH, рядом с этиотропным лечением и препаратами системного влияния на возобновление различных составляющих гомеостаза. Для лечения указанных ИПП целесообразно использование липосомальных пероральных альфа-интерферонов 10 дней в дозе 1 млн МЕ, пробиотиков и средства нормализации pH влагалища минимум 12 недель. Нет достоверных данных о разнице в эффективности лечения ВПГ и ВПЧ инфекций пероральной липосомальной формой ИФН-альфа и интерфероном-альфа — раствором для в/м инъекций, но лечение ГВИ и ПВИ пероральной липосомальной формой ИФН-альфа значительно легче переносится пациентами и отмечается значительно меньше побочных эффектов.

ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ В УРОГЕНИТАЛЬНОМ ТРАКТЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ТИПОМ САРКОМЫ КАПОШИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Ф.Х. НАБИЕВ, И.А. СУББОТИНА, А.К. МАНГИТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз, г. Ташкент

Введение: Результаты исследований последних лет свидетельствуют о роли некоторых герпесвирусов — герпеса человека 6 и 8 типов (HHV-6, HHV-8), Эпштейна-Барр (VEB) в развитии ряда злокачественных новообразований: лимфомы Беркитта, В-клеточной лимфомы, аденокарциномы кишечника и простаты, карциномы цервикального канала шейки матки, нейробластомы, саркомы Капоши. Кроме того, у больных СК имеют место часто встречаемые ассоциации HHV-8 с другими инфекционными агентами вирусной этиологии, такими как цитомегаловирус (ЦМВ), вирус простого герпеса I и II типа (ВПГ I и II тип).

Цель исследования: определение инфицированности урогенитального тракта вышеперечисленными вирусами у пациентов с эпидемическим типом саркомы Капоши (СК) и пациентов с хроническими дерматозами с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования. В работе использован метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), тест-системы производства НПО «Литех» (Москва) для выявления генома HHV-6, VEB, HHV-8, ЦМВ, ВПГ I и II тип. Объектом исследования служил урогенитальный соскоб обследуемых пациентов по 25 образцов из каждой группы.

Результаты. Средний возраст больных эпидемическим типом СК составил 34,5+1,73 с давностью заболевания 1,1+0,33 лет. Средний возраст ВИЧ-больных с хроническими дерматозами (хроническая экзема, почесуха, красный плоский лишай, геморрагический васкулит, дерматофиброма, себорейный дерматит и другие) составил 38,1+1,47 лет. При анализе результатов обследования обращает на себя внимание следующее:

— в группе больных СК HHV-8 обнаружен в 6 (24%) случаях, т.е с достаточно большой частотой. ЦМВ, ВПГ I и II типов обнаружены в 3, 1 и 4 случаях соответственно. геном HHV-6 и VEB не выявлен ни в одном из образцов больных СК;

— в группе больных с хроническими дерматозами геном HHV-8 идентифицирован у пациента с геморрагическим васкулитом. ЦМВ, ВПГ I и II типов идентифицированы в 3, 1 и 2 случаях соответственно. Геномы VEB и HHV-6 не выявлены.

Вывод. В результате проведенных исследований нами было установлено, что инфицированность HHV-8 наблюдается у больных эпидемическим типом СК с достаточно большой частотой, а обнаружение ЦМВ, ВПГ I и II типов фактически одинаково в обеих группах. Присутствие HHV-8 в другой группе пациентов требует проявление онкологической настороженности с целью последующего контроля и обследования.

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ HUMAN HERPES VIRUS TYPE 8 (HHV-8) В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Г.А. ИСМАИЛОВА, М.А.МИРСАИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Впервые именно у больных саркомой Капоши (СК) были обнаружены геномные последовательности Human herpes virus type 8 (HHV-8). Его фрагменты и вирусные частицы находили в биоптатах больных СК на всех стадиях развития болезни, поэтому первоначально вирусный агент и был обозначен как вирус, ассоциированный с СК. Антитела к вирусу HHV-8 по разным серодиагностическим исследованиям выявляются у 86–100 % больных с идиопатической СК.

Цель иссследования: определение иммуноглобулинов к HHV-8 и титра позитивных сывороток в различных группах пациентов.

Материал и методы исследования. При помощи ИФА было протестировано по 40 сывороток в каждой группе пациентов: больных идиопатической саркомой Капоши, хроническими дерматозами и больных инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), для выявления иммуноглобулинов класса G (IgG) в сыворотке крови.

Основные результаты. Полученные результаты свидетельствуют, что наибольший процент сывороток (82 %), содержащих IgG к HHV-8, выявляется у больных саркомой Капоши. Как показали исследования, антитела к HHV-8 регистрируются значительно раньше клинических проявлений СК и титр антител пропорционален тяжести протекания заболевания.

Из 40 сывороток больных хроническими дерматозами 3 (7,5 %) дают положительную реакцию на антиген HHV-8, причём это пациенты с псевдосаркомой Капоши, хронической венозной недостаточностью и дерматофибромой. Сыворотки больных ИППП не содержали антитела к HHV-8.

Вывод. Таким образом, серологический скрининг сывороток в различных группах больных показал высокий процент выявляемости антител к HHV-8 у больных СК, коррелирующих с клинической картиной. Серопозитивность сывороток в ИФА, причем в высоком разведении (выше 1:120), может являться дополнительным критерием в диагностике саркомы Капоши.

7-ЛЕТНИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ РИСКА, В Г. ТАШКЕНТЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, Ш.А. ДЖАЛИЛОВА, Д.С. МУХИТДИНОВА, В.Д. ЦОЙ, З.В. МИРЗАНЕМЕТОВА, Н.К. КУРБАНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, КВД г. Ташкента, КВД №2, 4, 5, 8,

В венерологии изучение состояния заболеваемости венерическими болезнями среди женщин, относящихся к группе риска, имеет важное значение.

Эпидемиологическая ситуация по ИППП зависит от деятельности этой группы. В 2010 г. среди учтенных ВИЧ-инфицированных лиц 44,7 % составили женщины. Из путей заражения половой составил 48,7 %. Возраст 30–39 лет ВИЧ-инфицированных лиц составил 40 % всех учтенных больных.

Цель исследования: изучение состояния венерических заболеваний среди женщин, относящихся к группе риска.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования использованы данные 22164 женщин, относящихся к этой группе. Все женщины обследованы на сифилис, гонорею и другие классические венерические заболевания. При этом для диагностики сифилиса применены из серологических реакций крови — КСР, РИБТ, РИФ, а также бактериоскопические и бактериологические исследования, взятые из отделяемых цервикального канала, вагины и уретры, исследована кровь на ВИЧ/СПИД.

Результаты исследования. За 7 лет в результате тщательного обследования у 693 женщин диагностирован сифилис. При этом из общего числа больных сифилис первичный составил 15,1 %, вторичный — 35,9 % и скрытый сифилис — 49 %. Все больные пролечены в условиях стационара из-за того, что они относились к группе риска. Лечение получали согласно существующей «Инструкции по лечению, диагностике и профилактике сифилиса» утвержденными МЗ РУз в 1996 г. и от 12 октября 2010 г.

Среди вышеуказанных обследованных женщин у 2172 определена гонорея, при этом хроническая форма составила 25,6%, острая — 46,5% и подострая — 27,9%. Из общего числа обследованных женщин, относящихся к группе риска, у 5240 выявлен трихомониаз. Кроме того, среди них в 5465 случаев выявлены и другие ИППП. Надо отметить, что вышеуказанные классические венерические заболевания в 22% случаев отмечены смешанными, т.е в виде микст-инфекции. Выписаны больные после полного прохождения критериев излеченности.

Из общего числа обследованных 8474 оказались практически здоровыми. Выявленные больные женщины, относящихся к группе риска получили лечение согласно Инструкции, утвержденной в 1996 и 2010 годах.

Резюмируя, можно отметить, что путем тщательного обследования женщин, относящихся к группе риска, у 13570 выявлены различные венерические заболевания, что указывает на необходимость усиления данных диспансерной работы в целом по республике.

ЗАХМДАГИ СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТ КЎЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ҲОЛАТИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ, Н.К.КУРБАНОВА

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Захмда серорезистентлик ҳолати юзага келишида турли сабабларни ўрганиш катта аҳамият касб этади. Бу ҳолатда эндоген заҳарланишни организмдаги кўрсатгичлари катта аҳамиятга эга. Шу сабабли эндоген заҳарланиш синдромига кирувчи — ўрта молекуляр пептидлар миқдори (УПМ), эритроцитларнинг сорбицион хусусияти (ЭСХ), лейкоцитлар (ЛИ) ва гематлогик индексларни (ГИ) ўрганилди.

Эндоген заҳарланиш синдроми (ЭЗС) 94 нафар серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларда ўрганилди, уларнинг 52 нафарида даволашгача, 42 тасида даволашдан қейин. Беморларнинг еши 24 ёшдан 49 ёшгача бўлиб, эритроцитларнинг сорбицион хусусияти (ЭСХ) урганилди. Унинг миқдори 1,6 баробарга назоратдагилардан ошганлиги даволашгача аниқланди.

Серорезистентлик ҳолат бўйича қўшимча даволаш олгандан кейин ЭСХ миқдори пасайганлиги кўзатилди.

Ўрта молекула пептидлар миқдори (УПМ) даволашгача 1,66 баробаргача ошган бўлиб, кушимча даволашдан камайиш тенденциясига эга бўлди.

Лейкоцитар индекс (ЛИ) миқдори даволаш олдидан 1,57 маротаба юқори кўрсатгичга эга бўлган бўлса, даволашдан сунг унинг миқдори пасайган.

Гематологик индекс (ГИ) ҳам серорезистентлик ҳолат кўзатилган барча беморлар қонида даволошгача 1,5 баробар ошган ҳолатда бўлди ва бу микдор даволаш ўтказилгач камайди.

Шундай килиб, эндоген заҳарланиш синдромини 4 хил кўрсатчилари серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларда даволашгача юқори ҳолатда бўлиб, ундан кейин пасайганлигини кўзатдик.

ЗАХМДАГИ СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТ КЎЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР КЎРСАТГИЧЛАРИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ, Н.К.КУРБАНОВА

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Захмдаги серорезистентлик ҳолатнинг келиб чикишида турли сабаблар келтирилади. Шулардан, инсонларда учрайдиган турли ички касалликлар ва ҳар хил орган ва тизимлардаги ўзгаришлар ҳисобланади.

Биз 121 нафар серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларда турли касалликларни ўргандик. Бирламчи ташхислар тахлил килинганда беморларнинг 52,9% — эрта яширин захм, 24,8% — иккиламчи кайталама, 9,9%и бирламчи серопозитив 9,1% иккиламчи янги ва 3,3% — кечки яширин захм кечиришган.

Беморлар умумклиник текширувлардан ўтишган ва инструментал усуллар амалга оширилган (УЗД, ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ ва бошқалар)

Серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларнинг 68,5% ларида турли касалликлар аниқланди.

Шулардан асаб тизими томонидан чекланишлар — 14,9% беморларда аниқланди. Тур-

ли генезли камконлик — 11,6 % беморларда кўзатилди.

Ошкозон ичак тизими томонидан турли касалликлар 9,1 % беморларда аниқланди. Беморларнинг — 7,4 %ида қон-томир тизими томонидан касалликлар топилди. Нафас олиш тизими томонидан турли хия касалликлар — 6,6 % беморларда кўзатилди. Ички эндокрин тизими томонидан 4,1 % беморларда чеклашишлар аниқланди. Сийдик чикарув тизими томонидан аниқланган касалликлар 3,3% ни ташкил килди. 11,5 % беморлада бир нечта ички аъзоларида чеқланишлар аниқланди.

Шундай килиб, серорезистентлик ҳолат кўзатилган беморларда турли соматик касалликлар 68,5 % ҳолатда аниқланди булар эса серологик реакцияларнинг мусбатлигига таъсир қиладилар.

ОДАМДАГИ ИММУНТАНҚИСЛИК ВИРУСИ(ОИВ) БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БЕМОРДА КАПОШИ САРКОМАСИНИНГ КЎЗАТИЛИШИ

ЮЛДАШЕВ К.А., ТАШПЎЛАТОВ Н.Д.

ССВ қарашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Одамдаги орттирилган иммун танқислик синдроми (ОИТС) ҳозирги пайтда теридаги турли белгилар билан бирга кўзатилмоқда. Уларнинг кечиши ва белгилари ўзига хос равишда турлича бўлишади. Шу сабабли уларни ўрганиш, мутаола қилиш аҳамиятли ҳисобланади. Эркаклар аёлларга қараганда кўпроқ касалланишади. Асосан касаллик 40 ёшдан 70 ёшгача бўлганларда учрайди. Ушбу касаллик 1872 йилда Мориц Капоши томонидан биринчи марта ёзилган.

Ушбу мақоламизда 8 ёшли болада терининг кам учровчи касалликларидан бири Капоши саркомаси ОИВ билан зарарланган ҳолатда бирга учраганини ёритмоқдамиз. Ушбу кузатувимизни келтирамиз: бемор С.Х. 2002 йил туғилган. Бемор онаси билан бирга 6.05.2010 йилда РИД ва ВИАТМ маслахат поликлиникасига қуйидаги шикоятлар билан мурожоат қилган: юз, тана, қорин, думба ва сон сохалари терисида жойлашган юзаси кўкимтир-қизғиш рангдаги тугунсимон тошмаларга ва уларнинг баъзан қичишига.

Анамнезидан ўзини бир ойдан буён касал, деб хисоблайди. Касаллигини аниқ бир сабаб билан боғлай олмайди. Ушбу касаллиги юзасидан яшаш жой ТТКД да даволанган натижа бўлмагач РИД ва ВИАТМ маслахат поликлиникасига мурожоат қилиб келган. Яшаш жой ТТКДда қабул қилган дори воситаларини эслай олмайди. Марказнинг маслахат поликлиникасидаги шифокорлар маслахати асосида теридаги патологик ўчоқлардан биопсия олиш тавсия этилди: 7 июн 2010 йилдан гистологик текшириш амалга оширилди. Унда гистолотгик ҳолат қуйидагича кузатилган: терининг муғуз қаватининг инвагинацияли гиперкератози, нотекис акантоз мавжуд. Дерманинг ўрта қаватида лимфоцитлар, гистиоцитлар, урчуқсимон хужайралар пролифератлари мавжуд бўлиб, улар янги қон томирларни хосил қилган. Баъзи ўчоқлар гемосидирин йиғилишидан ҳосил бўлган. Тери ортиқлари сақланган коллаген толаларини дезорганизацияси мавжуд.ТАШХИС: Капоши саркомаси.Шундан сўнг 9.06.2010 йилдан марказнинг ОИТСни ўрганиш лабораториясида қонини ИФА га олинган ва унда «мусбат» натижа кузатил-ган (№5555).

Бемор қониқарли шароитда ўсиб улғайган. Оилада 2-фарзанд. 7 ёшидан мактабга борган. Ҳозирда ўрта мактабнинг 2-синфида тахсил олмоқда. Ўқиш ўзлаштириши яхши. Шу давргача ўтказган касалликлари-ЎРВИ, грипп,сурункали тонзиллит. Дори-дармон ва озиқ-овқатларга нисбатан аллергик реакциялар кузатилмаган. Ўзида ва оила аъзоларида ирсий касалликларни инкор қилди. Зарарли одатлари йўқ. Профилактик эмлашларни вақтида қабул қилган. Охирги 6 ой мобайнида лешманиоз таркалган регионларда (Қашқадарё, Сурхондарё, Фарғона вилоятлари) бўлмаган. Чет эл мамлакатларига бормаган.Бола-лигида қон қуйилган. Вирусли гепатит билан оғримаган.

Беморнинг умумий ахволи қониқарли, эсхуши нормада. Харакатлари фаол. Суяқ-бўғим системаси деформациясиз. Нафас олиши эркин, бурун орқали 1 минутда 18–19 марта. Ўпкасида везикуляр нафас эшитилди. Юрак тонлари сақланган. Пульс ритмик, ўртача тўлиқликда. 1 минутда 70 зарба. Тили намланган, тоза. Қорни юмшоқ оғриқсиз. Жигар ва талоқлари катталашмаган. Туртки синамаси икки томонлама манфий. Физиологик хожатлари эркин ва регуляр. Периферик лимфа тугунлари катталашган, яъни жағ ости, бўйин, қўлтиқ ости, чов сохаларида нўхат катталигида бир бири билан қўшилмаган, қаттиқ эластик ҳолатда, оғриқсиз.

Тери патологик жараёни ўткир,тарқалган, симметрик, яллиғланишсиз характерга эга бўлиб, юз, бўйин, тана, қорин, думба ва сон сохаларида жойлашган. Патологик морфологик

элементлар тугунчалардан иборат бўлиб, улар тери сатхидан кўтарилган, юмалоқ-овалсимон шаклларда, кўкимтир-қизғиш рангда, қаттиқ консистенцияли, пальпацияда оғриқсиз. Тугунларнинг катталиги ловия, нўхат хажмидан ёнғоқ хажмигача. Патологик элементлар тарқоқ холда жойлашган. Субъектив: қичишиш мавжуд.

Текшириш режаси: Умумий қон, сийдик нажас тахлиллари ўзгаришсиз.

ОИВ га текшириш: 9.06.2010 йилда олинган қонида ИФА мусбат натижа берган. №5555.

Шундан кейин қони ОИТС Республика марказида иммуноблотда мусбатлиги тасдиқланди.

Шундай қилиб, ушбу ҳолатда 8 ёшли болада ОИВ билан зарарланганда Капоши саркомаси ўзига хос равишда учрагани ёритилди,бу эса умумий амалиёт шифокорлари, дерматовенерологлар учун катта аҳамият касб этади.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

К.К. ЮЛДАШЕВ, А.М. АБИДОВ

ТашПМИ; Республиканский научный центр дерматовенерологии МЗ РУз

Эректильной дисфункции (ЭД) свойственно нарастание или устойчи-вость симптоматики, вызывающей нарушение качества жизни. Возникнув однажды, вопреки намерениям мужчины и независимо от ситуационных обстоятельств, ЭД сохраняется на протяжении недель и месяцев, выражаясь либо в отсутствии эрекций, либо, что бывает чаще, в ослаблении их, затруднении половых отношений и неудовлетворенности этим партнеров. С этого времени качество жизни мужчины резко ухудшается во многих отношениях.

Сексуальные комплексы отмечались у 26 (81,3%) больных 1 группы и у 75 (62,3%) больных 2 группы, партнерские сексуальные проблемы возникли у всех больных 1 группы и у 68,9% больных 2 группы, патологическая ревность наблюдалась в 6,3% случаев у больных 1 группы и у 5,0% больных 2 группы. Полученные результаты наглядно демонстрируют, что психоэмоциональные расстройства не зависят от патогенеза ЭД, а обусловлены наличием ЭД.

Нервно-психические нарушения часто выступают в качестве причины, вызывающей и исчерпывающей всю имеющуюся симптоматику; и даже в случаях, когда первичное сексуальное расстройство обусловливается факторами часто эндокринными, урологическими, сосудистыми и прочими, то очень быстро развивается (как реакция на эту психическую травму) невротизация, усугубляя тяжесть расстройства.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

К.К. ЮЛДАШЕВ, М. МАННАНОВА

ТашПМИ

При фоне традиционной терапии больным с эректильной дисфункцией (ЭД) и хламидийной инфекцией были применены препараты Импаза и Грандаксин. У больных наступало медленное прогрессирующее нарастание эффективности с 33,2% после 1 месяца лечения до 56,2% к 3 месяцам лечения, при этом заметные изменения наступали у 19 (26%) примерно к 3–4 месяцам лечения. Больные сначала говорили об улучшении и восстановлении спонтанных эрекций, нахождении в состоянии постоянной частичной тумесценции, а затем, после 3–4 месяцев и о нормализации адекватных эрекций. Это могло быть наступающим лечебным свойством Импазы, что свидетельствовало о кумулятивном эффекте препарата. Таким образом, прием Импазы должен быть не менее 3–4 месяцев для наступления стойкого лечебного эффекта.

Современная фармакотерапия ЭД требует соблюдения определенных принципов или правил. Одним из них является тот факт, что сексуальная реабилитация больных с ЭД должна обеспечиваться в кратчайшие сроки, т.е. желательно, чтобы больной после первого визита к врачу смог провести половой акт. Этот факт за счет улучшения психоэмоционального состояния повышает эффективность проводимой терапии, и, наоборот, каждый неудачный половой акт усугубляет течение ЭД. А препарат Грандаксин оказывает психостимулирующее действие, улучшает состояние больного при тревожно-депрессивных расстройствах, нервозоподобных состояниях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

К.К. ЮЛДАШЕВ, А.М. МАННАНОВ

ТашПМИ

Для объективной оценки результатов лечения целесообразно сравнить результаты лечения у больных до и после проведенной терапии. Непосредственные результаты комплексного лечения мы оценивали по объективным и субъективным критериям: анализ динамики изменений жалоб до и после лечения, динамике изменения основных показателей спермограммы, биохимических анализов.

Такие симптомы как выделения из уретры, зуд и жжение в уретре, повышение температуры тела, затрудненное мочеиспускание, недержание мочи, краснота на коже полового члена полностью исчезают после лечения в течение 10–12 дней.

В итоге после комплексного лечения у 26 больных, леченных методом комплексной терапии, спермограмма оказалась в пределах референсных величин у 12 — олигозооспермия — концентрация сперматозоидов ниже 20 млн/л у 1–50,0% сперматозоидов сохранили поступательное движение — астенозооспермия. У подавляющего числа больных произошли сдвиги в сторону улучшения, что свидетельствует в пользу комплексного лечения.

Комплексное лечение эректильной дисфункции оказывает стойкий лечебный эффект, нормализует количественный и качественный состав спермы, восстанавливает баланс показателей NO-синтазного механизма, улучшает психоэмоциональный статус и приводит к восстановлению эректильной функции.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

К.К. ЮЛДАШЕВ, А.М. АБИДОВ

ТашПМИ; Республиканский научный центр дерматовенерологии МЗ РУз

Одним из наиболее распространенных механизмов эректильной дисфункции (ЭД) является эндотелиальная дисфункция, которая заключается в неадекватной выработке оксида азота (NO) сосудистым эндотелием в ответ на адекватные стимулы.

Уровень NO в сыворотке крови у больных 1 группы увеличился на 28,4% относительно контрольной группы. Активность эндотелиальной eNOS в 1 группе уменьшилась на 20,3%, а выработка нитратредуктазы увеличилась на 32,5% у больных по сравнению с контролем.

Показатели состояния эндотелиальной функции в секрете простаты: NO снизилось до 2,98 нмоль/мл, что в 1,4 раза ниже по сравнению с контролем. Активность эндотелиальной NO-синтазы eNOS уменьшилась до 7,64 нмоль/мл, а содержание уровня нитратредуктазы увеличилось до 0,27 у больных. При увеличении концентрации NO в условиях гипоксии вызванной ею высокой концентрации супероксидного аниона O2 образует с ним токсичное и высокореактивное соединение — пероксинитрит (ONOO-), который в свою очередь увеличивается до 0,12 у больных с ЭД.

Картина изменения показателей состояния эндотелиальной функции в семенной жидкости идентична по схеме нарушения, но уровень NO гораздо выше, чем в сыворотке крови и в секрете простаты, достоверность изменений доказывают, что повышение уровня NO и свободных радикалов создает условия для синтеза ONOO- и ведет к значительному увеличению его локальной концентрации в сосудистой стенке.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ И БЕЗ НЕЕ

К.К. ЮЛДАШЕВ, А.М. АБИДОВ, А.М. МАННАНОВ

ТашПМИ; Республиканский научный центр дерматовенерологии МЗ РУз

Нами было проведено анкетирование с использованием опросника «Международный индекс эректильной функции». Обследованные болmyst были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 32 мужчин с ЭД, а во 2 группу 83 на фоне хламидийной инфекции. Результаты анкетирования показали, что больных с легкой степенью тяжести ЭД (18–25 баллов) в 1 группе было 7 (21,9%), во 2 группе 11 (13,3%), средняя степень ЭД (11–17 баллов) отмечена у 23 (71,9%) боль-

ных 1 группы и 43 (51,8) больных 2 группы, тяжелая степень (10 и менее баллов) в 1 группе наблюдалась у 2 (6,3%) и у 29 (34,9%) больных, что в 17 раз больше, чем в 1 группе, что свидетельствует о влиянии хламидийной инфекции на ЭФ. Анализ степеней тяжести ЭД у больных показал, что во 2 группе больше больных с более тяжелыми степенями ЭД, что и показывает, что наличие их влияет на патогенез ЭД.

Для анализа сексуальных дисфункций была использована шкала МКФ (Мужская копулятивная функция), предложенную О.Б. Лораном и А. С. Сегалом (1998). Применение шкалы МКФ возможно лишь при соблюдении определенных условий. К ним относятся: наличие у мужчины постоянной половой партнерши, доброжелательные отношения с ней и приемлемые условия сексуальной жизни. Обследованные мужчины 1 группы значительно лучше оценивают свою сексуальную функцию по сравнению с больными, имеющими в качестве сопутствующего заболевания урогенитальный хламидиоз. Данные, полученные по результатам анкетирования, обследуемых больных 1 группы практически соответствуют нормативным критериям шкалы количественной оценки мужской сексуальной функции. Исходя из сведений, полученных при анкетировании больных обеих групп, можно заключить, что больные 1 группы гораздо лучше оценивают свою половую функцию по сравнению с больными 2 группы. Отмечается значительное снижение всех показателей по составляющим копулятивного цикла в среднем в 1,8–1,9 раза. Полученные результаты указывают на наличие выраженных расстройств мужской копулятивной функции.

Таким образом, наличие хламидиоза отягощает состояние купулятивной функции. Распространение воспаления, обусловленное УХИ на предстательную железу может является причиной бесплодия. Длительная персистенция хламидийной инфекции грозит развитием, конверсии эректильных и гладкомышечных тканей, гладкомышечных клеток сосудов полового члена и кавернозных тел, что вызывает развитие эректильной дисфункции.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ КАБИНЕТА АНОНИМНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

А.И. ЯКУБОВИЧ, А.Р. КОРЕПАНОВ

Медицинский университет, г. Иркутск

Проведен анализ 284 амбулаторных карт мужчин, обратившихся в анонимный кабинет в 2010 г.

Установлено, что среди обследуемых пациентов преобладали мужчины наиболее трудоспособного и активного периода жизни (20–39 лет). Наиболее часто за медицинской помощью обращались служащие и лица рабочих профессий.

Из 284 мужчин, обратившихся в анонимный кабинет, 115 (40%) человек не предъявляли жалоб со стороны урогенитального тракта, у которых при лабораторных и инструментальных исследованиях не было обнаружено патологических изменений, а также не выявлялись возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

В результате комплекса бактериоскопических, бактериологических, молекулярно-биологических и других методов исследования у 134 (47%) обратившихся были выявлены различные возбудители ИППП. Из них у 85 (63%) больных наблюдались острые воспалительные процессы урогенитального тракта (менее 2 месяцев), у 49 (37%) — хронические.

Наиболее часто заболевания урогенитального тракта вызывали: Trichomonas vaginalis — у 60(45%) пациентов, Mycoplasma hominis и Ureaplasma spp. — у 60 (15%), Chlamydia trachomatis — у 25 (19%), Neisseria gonorrhoeae — у 24 (18%), Mycoplasma genitalium — у 8 (6%), больных.

Из заболеваний вирусной этиологии наиболее часто наблюдалась герпетическая инфекция — у 5 (4%) больных. В структуре выявленных ИППП сифилис был отмечен у 4 (3%) мужчин.

Возбудители ИППП были представлены в виде моноинфекций у 81 (60%) пациента, микст-инфекции встречались у 53 (40%) больных.

При дополнительном обследовании обратившихся в кабинет мужчин у 71 (25%) выявлены следующие нарушения в мочеполовой системе: простатит у 45 (63%) пациентов, патология сперматогенеза у 34 (48%), эпидидимит у 12 (17%), кисты яичка у 9 (13%), варикоцеле у 7 (10%), доброкачественная гиперплазия предстательной железы у 4 (6%), нефроптоз у 2 (3%) больных.

Таким образом, в 2010 г. отмечен достаточно высокий уровень заболеваний, вызванных урогенитальными трихомонадами и условно-патогенными генитальными микоплазмами. В более чем половине случаев, ИППП выявляли в виде моноинфекции и острого воспаления в урогенитальном тракте. В связи с несвоевременным обращением и часто хронизацией воспалительного процесса в урогенитальном тракте отмечается достаточно высокий процент патологических изменений со стороны предстательной железы и других органов мочеполовой системы мужчин.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ

Д. Х. АБДИЕВА, М. Л. АРИПОВА

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ имени Абу Али ибн Сино

Цель данной работы — изучение частоты встречаемости симптомов Арди, Горчакова и их сочетание у детей, больных чесоткой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 37 детей больных чесоткой в возрасте от 1 года до 14 лет. Больные были разделены на 5 возрастных групп, согласно биологии возраста человека. В I группу входили дети в возрасте до года — 2(1 мальчик, 1 девочка), во II группу от 1 до 3 лет — 8 (4 мальчиков, 4 девочек), в II группу от 3 до 7 лет — 9 детей (5 мальчиков, 4 девочек), в IV группу от 7 до 10 лет — 10 детей (7 мальчиков, 3 девочек) и в V группу от 10 до 14 лет — 8 детей (5 мальчиков, 4 девочек). Диагноз чесотки у всех больных был подтвержден лабораторно.

Результаты исследования. Прослежена частота встречаемости симптома горчакова (наличие кровянистых корок на локтях и в их окружности) в различных возрастных группах: в I группе он зарегистрирован у 1 мальчика (2,7%), во II группе у 6 (16,2%) детей (4 мальчик, 2 девочка), в III группе у 8 (21,62%) детей (5 мальчиков, 3 девочек), в IV группе у 7 (18,9%) (6 мальчик, 1 девочка) и в V группе у 6 (16,2%) (4 мальчиков, 2 девочек). Всего симптом горчакова зарегистрирован у 28 (75,6%) детей.

Симптом Арди (наличие импетигинозных корок и пустул на локтях и коленях), регистрировался у 9 (24,3%) детей: в I группе у 1 (2,7%) девочки, во II группе у 3 детей (8,1%) (2 мальчиков, 1 девочка), в III группе у 2 (5,4%) детей (1 мальчик, 1 девочка), в IV группе у 3 (8,1%) (2 мальчика, 1 девочка), в V группе у 1 (2,7%) мальчика. Сочетание симптомов, встречалось реже у 3 (8,1%) детей (1 мальчик в I группе и 2 мальчика во II группе), причем чаще при давности заболевания с 2 недель до 1–2 месяцев.

Наши исследования показали, что симптом горчакова встречался в 3 раз чаще, чем симптом Арди во всех возрастных группах. Сочетание этих симптомов, которое называют симптом Арди — горчакова, регистрировался реже, причем чаще при давности заболевания с 2 недель до 1–2 месяцев.

Вывод. Изучение частоты встречаемости данных симптомов показало, что симптом Арди, горчакова и их сочетание чаще регистрируется у детей дошкольного возраста (24 детей из I, II, III группы — 64,8%). Установлена прямая зависимость частоты регистрации вышеизложенных симптомов с давностью заболевания.

СКАБИОЗНАЯ ЛИМФОПЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Д.Х. АБДИЕВА, М.Л. АРИПОВА

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ имени Абу Али ибн Сино

Цель исследования. Изучение клинической картины скабиозной лимфоплазии кожи у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 45 детей больных чесоткой в возрасте от 3-х до 14 лет. В возрастной группе от 3 до 7 лет 11(8 мальчиков 3 девочки), от 7 до 10 лет 18 (10 мальчиков, 8 девочек), от 10 до 14 лет 16 (9 мальчиков, 8 девочек). Всем больным диагноз чесотки установлен микроскопически, с использованием 40% молочной кислоты.

Результаты исследования. Всего узелковые высыпания обнаружены у 40 (88,8%) детей. Из них в возрастной группе от 3 до 7 лет у 10 больных. При этом лентикулярные папулы локализовались на мошонке у 7 мальчиков, а в подмышечной области у 3 девочек. В возрасте от 7 до 10 лет обнаружены аналогичные высыпания у 16 больных: в области мошонки и головке полового члена у 9 мальчиков, а у 7 девочек на коже живота. В возрасте от 10 до 14 лет скабиозная лимфоплазия обнаружена у 14 детей, которая локализовалась у 9 мальчиков на мошонке, на головке полового члена и ягодицах и у 5 девочек на молочных железах. В целом исследования показал, что у мальчиков независимо от возраста папулы чаще располагались на половых органах 25 (62,5%), а у девочек — на молочных железах и на коже живота 15 (37,5%). Во

всех возрастных группах узелковые высыпания были единичными, размером от пшеницы до кукурузного зерна, плотной консистенции, чаще кирпично-красного цвета. Более 2/3 папул были расчёсаны, что свидетельствует о сильном зуде в местах их расположения.

Анализ соскобов с поверхности папул всех наблюдаемых больных показал, что у 92,5% содержимое ходов было представлено фрагментами паразитарных элементов с преобладанием опустевших яйцевых оболочек.

Вывод. Таким образом, одним из клинических проявлений чесотки является наличие узелковых элементов (скабиозная лимфоплазия), которая в настоящее время наблюдается чаще. У мальчиков по сравнению с девочками скабиозная лимфоплазия встречается в 1,7 раз чаще, причем больше в возрасте от 7 до 14 лет.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПОНА В ЛЕЧЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

Д.М. АБДУЛЛАЕВ, Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского государственного медицинского института

В последние годы отмечается неуклонный рост гангренозной формы опоясывающего лишая, который составляет 30–40% от общего числа заболевания. В лечении гангренозной формы опоясывающего лишая произошли существенные изменения, однако проблема его эффективности остаётся актуальной. Осуществляется активный поиск новых препаратов, воздействующих на систему цитокинов, которые наряду с противовирусным действием обладают иммуномодулирующие активностью.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности применения гепона в лечении гангренозной формы опоясывающего лишая у мужчин и женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 12 больных с характерными клиническими проявлениями гангренозной формы опоясывающего лишая, которые получали гепон по 1 мг путем обкалывания патологического кожного очага один раз в день в течение 10 дней. Помимо гепона больным было проведено общепринятое лечение бензилпенициллином натрия внутримышечно по 1 млн 4 раза в день в течении семи дней а также курс витаминотерапии, десенцибилизирующие препараты и симтоматическое лечение.

Результаты исследования. На фоне терапии гепоном и общепринятой терапии отмечено клинические выздоровление в течение 14 дней. На месте патологического очага после заживления язвы у 8 больных остались атрофические рубцы и у 4 больных гипертрофические рубцы. В связи с этим был местно назначен контрактубекс 2 раза в день. На 15 день после применения контрактубекса кожа в области гипертрофических рубцов сгладилась, на месте патологического очага остались незначительние атрофические рубцы.

Применение гепона снижало длительность болезни в среднем на 10 дней, боль в области очага — на 6 дней. Препарат хорошо переносился пациентами и сочетался с общепринятой терапией.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ «ГЕПОН»

Д.М. АБДУЛЛАЕВ, Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского государственного медицинского института

Применение гепона с целью иммунокоррекции к настоящему времени уже широко внедрено в клиническую практику. Однако применение гепона в дерматологии, особенно при лечении очаговой склеродермии не проводилось. В связи с этим нами была предпринята попытка вкючить гепон в комплексное лечение очаговой склеродермии и провести исследование на клиническую эффективность и безопасность данного препарата. Основную группу исследования составили 7 больных с очаговой склеродермией в возрасте от 20 до 40 лет. Среди больных 3 мужчин и 4 женщин. Длительность заболевания варьировала от 3 до 10 лет. Кожные очаги носили ограниченный характер, чаще локализовались преимущественно в области лица, гру-

ди, живота и области голени. Склерозированная бляшка представляла собой уплотнение, размером до 10–12 см, и синюшность по всему кожному очагу, которые получали гепон по 1 мг путем обкалывания патологического кожного очага один раз в день в течение 10 дней. Помимо гепона больным проведены традиционные методы лечения и местно назначен контрактубекс 2 раза в день. На фоне терапии гепоном и традиционного лечения на 3 день отмечено исчезновение синюшности. На 5 день склерозированная бляшка размягчилась и кожа в области очага начала приобретать нормальную кожную окраску. На 10 день лечения, патологический кожный процесс начал регрессировать. Через 40–45 дней после полученного лечения у всех больных отмечено клиническое улучшение. Глубокая атрофия на месте патологического очага исчезла, эластичность восстановилась. Все больные перенесли лечения без побочных реакций и субъективных жалоб.

Включение гепона в комплексное лечение очаговой склеродермии способствует более быстрому восстановлению эластичности кожи.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОЖИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ, У.А. МАМАТКУЛОВ, М.Р. МАХСУДОВ, Ш.У. СОБИРКУЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Цель исследования — изучение в сравнительном аспекте морфологической картины различных участков кожи у больных витилиго.

Материал исследования. Исследование проводили в биоптате кожи у 26 больных витилиго взятых из витилигинозного и здорового участка кожи.

Результаты исследования показали, что при гистологическом исследовании здорового участка кожи базальные клетки цилиндрической формы имеют овальное ядро, базофильную цитоплазму и расположены на базальной мембране. Кроме этих клеток в базальном слое есть меланоциты — отростчатые клетки с округлым плотным ядром. В отростках содержится меланин. Часть базальных клеток, накапливая меланин, становится меланофорами.

При исследовании биоптатов пораженных участков кожи выявлено, что в эпидермисе не обнаружено пигмента, но встречаются меланоциты «светлые клетки». Иногда в сосочковом слое дермы могут быть меланофоры. В самом эпидермисе и дерме не обнаруживается особых изменений.

В гиперпигментированной зоне увеличено количество меланина в базальной части, а в сосочковом слое дермы имеется много меланофоров.

Таким образом, сравнительный анализ морфологической картины различных участков кожи у больных витилиго показал, что морфологическая картина на различных участках кожи имеет свои особенности. Если в здоровом участке кожи при морфологическом исследовании особых изменений не выявлялось, то в витилигинозном участке в эпидермисе пигмент не обнаруживается, но встречаются меланоциты «светлые клетки».

ТЕРФАЛИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

З.М. АБИДОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Вопросы, касающиеся терапии грибковых заболеваний, продолжают оставаться в центре внимания клинической дерматологии, что обусловленно, в первую очередь, их значительной распространенностью. Удельный вес грибковых заболеваний в структуре всех дерматозов достаточно вариабелен и составляет, по данным разных исследований, от 5 до 30 %. Поэтому проблема эффективного лечения дерматомикозов, в том числе и наружного, по-прежнему не теряет своей актуальности. К противогрибковым препаратам топического действия, кроме эффективности, предъявляются такие требования, как широкий спектр противогрибковой активности, быстрая всасываемость, безопасность и удобство применения.

Цель исследования: изучение клинической эффективности препарата «Терфалин» фирмы «NOBEL PHARMSANOAT» в лечении больных дерматофитиями. «Терфалин» — это

1% крем, в качестве активного вещества содержащий тербинафина гидрохлорид.

Под нашим клиническим наблюдением находилось 28 больных дерматомикозами в возрасте от 7 до 38 лет. Из них больных микроспорией было 6, трихофитией — 12, микозом стоп — 10. Все больные наряду с местной («терфалин» 2 раза в день) получали общую терапию, которая заключалась в назначении системных антимикотиков, десенсибилизирующей и витаминотерапии. Из 6 больных микроспорией у 4 очаги на гладкой кожи сочетались с поражением волосистой части головы. Результаты лечения показали, что на 6–7 день явления воспаления и шелушения в очагах уменьшались, а на 18–20 день наступило клинико-микологическое излечение у 2 больных с изолированным поражением гладкой кожи. При поражении волос у больных микроспорией излечение наступало на 30–32 дни лечения. У больных трихофитией волосистой части головы явления шелушения при поверхностно-пятнистой форме исчезали на 5–6 дни лечения, отрицательный микологический анализ регистрировался на 15–17 день. Аналогично при инфильтративно-нагноительной форме — на 7–10 дни и на 21 день лечения. У больных интертригинозной формой микоза стоп мацерация и шелушение в межпальцевых складках разрешались на 6–7 дни лечения, отрицательный клинико-микологический результат был на 18–20 дни лечения. В процессе лечения препарат «Терфалин» переносился хорошо. Ни у одного из пациентов не наблюдалось нежелательных явлений во время и после применения препарата.

Таким образом, 1% крем «Терфалин» является препаратом выбора для наружного лечения дерматомикозов.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ МИКОЗОВ И ОНИХОМИКОЗОВ СТОП

З.М. АБИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы заболеваемость микозами стоп имеет тенденцию к непрекращающемуся росту. Этому способствует увеличение в возрастной структуре населения лиц пожилого и старческого возраста, среди которых число больных микозами достигает 50%. Росту микозов стоп способствует возрастание в популяции лиц с иммунодефицитными состояниями врожденного или приобретенного характера (СПИД, атопические состояния, длительный прием иммуносупрессивных препаратов.

Микозы стоп (МС) являются самой распространенной формой грибковых поражений человека. МС отмечаются у почти трети больных с сахарным диабетом, особенно часто при синдроме диабетической стопы. Плоскостопие и мозоли, натопташы, остеоартрозы способствуют внедрению патогенных грибов при посещении бассейнов, бань, саун, спортивных клубов, фитнесс–центров.

Экссудативные формы МС сопровождаются гиперемией, отеком, везикуло-пустулезными высыпаниями, эрозиями и отличаются болезненностью, а при осложнении лимфангаитами, лимфаденитами, микидами наблюдаются плохое самочувствие, лихорадка и адинамия. Хроническое течение МС сопровождается изменением ногтей по гипер-, нормо- и атрофическому типам. Длительно существующий МС ведет к довольно серьёзным последствиям.

Лечение больных МС должно быть комплексным и включать противогрибковые препараты системного и наружного назначения, а также патогенетические средства. В настоящее время в распоряжении практической микологии имеются многочисленные противогрибковые средства как системного, так и местного действия. Этиотропное лечение онихомикозов бывает местным, когда противогрибковый препарат наносят на пораженный ноготь, или системным, когда препарат принимают внутрь. Каждый из подходов имеет свои преимущества и недостатки, а также свой перечень показаний и ограничений.

Под наблюдением находились 41 больных микозом стоп и онихомикозом в возрасте от 19 до 65 лет. Давность заболевания составляла от 4 месяцев до 25 лет. Мужчин было 25 (61%), женщин — 16 (39%) человек. Поражение ногтей стоп наблюдалось у 30 больных, стоп и кистей — у 11. Множественное поражение ногтей отмечалось у 28 (68%) человек, единичное — у 13 (32%). Сквамозная форма микоза стоп диагностирована у 24 (58,5%) больных, интертригинозная — у 10 (24,4%) и дисгидротическая — у 7 (17,1%) пациентов. Поражение ногтевых пластинок по нормотрофическому типу отмечено у 15% пациентов, по гипертрофическому типу — у 45%, по атрофи-

ческому типу — у 40% больных. Дистальный тип с поражением 1/2 и 1/3 ногтя наблюдался у 58% и тотальный тип — у 42% пациентов. Во всех случаях возбудителем микоза был Tr.rubrum.

Больным проводилось комплексное лечение с включением противогрибкового препарата системного действия, ангиопротекторов, антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, иммуномодуляторов. В качестве противогрибкового средства применялся отечественный системный антимикотик «Текназол» (производства «NOBEL PHARMSANOAT»). Действующее вещество — итраконазол, синтетическое противогрибковое средство широкого спектра действия. Текназол назначался по 200 мг (2 капсулы) 1 раз в день в течение 7 дней методом пульс-терапии. Больные получали по 3–4 курса пульс-терапии.

На ногтевые пластинки стоп наносили МИКОСТЕР (циклопероск) в виде 8% лака 2 раза в неделю. Кожу межпальцевых складок и сводов стоп 2 раза в день смазывали 1% кремом микостер. МИКОСТЕР («Euromedex», Франция) — хорошо известный противогрибковый препарат для местного лечения онихомикоза. Механизм его действия является комбинированным, затрагивающим различные метаболические процессы грибковой клетки.

Клинические наблюдения за больными проводились в течение года с динамическим проведением микроскопических и культуральных исследований. Клиническое и микологическое излечение достигнуто у 39 (95%) больных в сроки от 3 до 5 месяцев. У 2 (5%) больных с тотальным онихомикозом с гипертрофическим типом поражения отмечено клиническое улучшение — отрастание здоровых ногтей на 3/4.

Таким образом, комбинированная терапия больных микозов стоп с поражением ногтевых пластинок с применением системных антимикотических препаратов в сочетании местными противогрибковыми средствами оказывает высокую клиническую и микологическую эффективность.

МОНООКСИГЕНАЗНАЯ ФЕРМЕНТНАЯ СИСТЕМА ПРИ АЛОПЕЦИИ

М.А. АДЫЛОВ

Второй Республиканский медицинский колледж, г. Ташкент

По имеющим литературным данным, в патогенезе развития многих заболеваний, в том числе дерматологических, важную роль играют нарушения функционирования монооксигеназной ферментной системы (МОС).

Цель исследования — изучение состояния МОС у больных алопецией.

Материал и методы исследования. Исследование проводили у 77 больных алопецией, из них с очаговой формой — 46 больных, тотальной — 31. В контрольную группу вошли 18 практически здоровых лиц обоего пола в возрасте от 20 до 35 лет.

Активность МОС печени исследовали по антипириновому тесту, который является общепризнанным для изучения монооксигеназной активности печени.

Результаты исследования показали достоверное угнетение ($P<0,01$) активности ферментов МОС у больных алопецией. Наиболее выраженное снижение активности МОС отмечено у больных с тотальной формой алопеции и в первые 5 лет заболевания ($P<0,001$).

Следовательно, при алопеции отмечается угнетение активности МОС печени, что необходимо учитывать в разработке патогенетически обоснованной терапии данного дерматоза. Это позволит не только повысить эффективность лечения алопеции, но и снизить количество осложнений фармакотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ФУНГОТЕРБИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ КОЖИ

Б.С. АЗИЗОВ

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА

Лидерами по частоте встречаемости и глобальности распространения среди прочих инфекционных заболеваний кожи являются грибковые заболевания. Заболеваемость микозами за последние десятилетия выросла более чем в 2 раза. Миграции населения и изменение образа жизни в индустриальных странах привели к распространению дерматофитий и кератомикозов, в частности отрубевидного лишая. По данным ВОЗ, каждый четвертый житель нашей планеты

страдает каким-либо грибковым заболеванием, особенно много больных с микозами стоп.

Под нашим наблюдением находилось 70 больных, страдающих грибковыми заболеваниями в возрасте от 21 до 60 лет. Среди них было 44 (62,8 %) мужчин и 26 (37,2 %) женщин. Срок заболевания у всех пациентов колебался от 1 месяца до 3 лет. Больные были разделены на следующие группы: микоз стоп — 35; микоз крупных складок — 9; инфильтративно-нагноительная трихофития области лобка — 12, отрубевидный лишай — 14. Фунготербин назначался по 1 таблетке в сутки и крем 2 раза в сутки. Больным отрубевидным лишаем проводилась только местная терапия препаратом Фунготербин в виде крема. У всех больных диагноз был подтвержден микроскопическим обнаружением мицелия и спор патогенного гриба. У больных с эпидерматофитией стоп (35 больных) выявлено, что сквамозная форма диагностирована у 16 больных, дисгидротическая — 6 и интертригинозная — 13 больных, соответственно. Клиника сквамозной формы заболевания протекала как сухая форма с мелкопластинчатым шелушением, выраженным гиперкератозом, глубокими и болезненными трещинами. При обострении кожно-патологический процесс проявлялся воспалительной реакцией различной степени выраженности. В межпальцевых складках отмечался зуд, покраснение, трещины и мацерация кожи. Процесс распространялся на тыл стопы, подошвенную поверхность в виде эритематозно-папуловезикулезных элементов. У 9 больных с поражением крупных складок (область промежности) клиническая картина характеризовалась эритематозными очагами в виде колец, полуколец с возвышающимся валиком по периферии. В зоне поражения наблюдалось шелушение, имелись экссудативные папулы или везикулы. Длительность терапии составила 10–20 дней. Клиническое и этиологическое излечение наступило у всех 9 больных.

Инфильтративно-нагноительная трихофития лобковой области была диагностирована у 12 больных в возрасте от 18 до 45 лет и характеризовалась выраженным воспалением с преобладанием пустул на болезненных, инфильтрированных очагах поражения ярко-красного цвета. Длительность терапии составляла от 10 до 20 дней. При осложнении кокковой инфекцией лечение дополнялось антибиотиками. У всех 12 больных наступило клиническое и микробиологическое выздоровление.

Всем 14 больным отрубевидным лишаем проводилось только местное лечение кремом фунготербин 2 раза в сутки в течение 14 дней. По окончании терапии клиническое и этиологическое излечение наступило у всех 14 больных.

Клинико-этиологическая эффективность и сроки применения фунготербина

Клиническая форма и количество пролеченных больных	Эффективность терапии (%)	Сроки применения (дни)
Микоз стоп (без онихомикоза) (n=35)	33 (94 %)	2–4 недели
Микоз крупных складок (n=9)	9 (100 %)	10–14 дней
Инфильтративно-нагноительная трихофития области лобка (n=12)	12 (100 %)	10–20 дней
Отрубевидный лишай (n=14)	14 (100 %)	14 дней

Таким образом, наш опыт свидетельствует, что «Фунготербин» является эффективным и безопасным в применении препаратом для лечения различных форм дерматомикозов. Наличие в составе крема «Фунготербин» карбамида (мочевины), обладающего смягчающим действием, позволяет достигать в краткие сроки выздоровления микологических больных с очагами гиперкератоза.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАТОЗОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ф.В. АЗИМОВА, З.М. АБИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

На протяжении последних десятилетий имеет место отчетливая тенденция к росту числа грибковых инфекций и, соответственно, повышение уровня их диагностики. Грибы являются важнейшими возбудителями оппортунистических инфекций у иммунокомпрометированных пациентов, в частности, ВИЧ-инфицированных. Все чаще регистрируются случаи грибковых поражений кожных покровов у ВИЧ-инфицированных пациентов, что обусловлено вовлечением в инфекционный процесс не только Т-хелперов, но и антигенпрезентирующих клеток Лангер-

ганса. Учеными было доказано, что контакт между зараженными ВИЧ клетками Лангерганса и Т-лимфоцитами в процессе презентации антигена вызывает массивную репликацию вируса СПИДа. Следующая за этим гибель Т-лимфоцитов приводит к их прогрессирующей элиминации из кожи и лимфатических узлов. Доказано, что независимо от числа Т-хелперов у пациентов с отрицательными результатами кожных проб СПИД прогрессирует быстрее и протекает тяжелее, чем у больных, которые реагируют на какие-либо антигены. Поэтому именно поражение иммунной системы кожи лежит в основе большого числа инфекционных и неинфекционных дерматологических заболеваний, в частности грибковых поражений при СПИДе.

Было обследовано 82 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 18 до 36 лет, мужчин — 48, женщин — 34. В основном больные находились во II Б и III А стадии (92,1%) заболевания. Кроме того, у всех больных наблюдался орофарингеальный кандидоз, у 17 (20,7%) диагностировался рубромикоз стоп с онихомикозом и паховых складок, у 13 (15,8%) — разноцветный лишай, у 29 (35,4%) — себорейный дерматит. Клинически вышеперечисленные заболевания у данных пациентов отличались от аналогичных в группах ВИЧ-неинфицированных более распространенной формой с диссеминацией в нехарактерных для них местах кожных покровов, выраженным воспалительным процессом, наличием большого количества экссудативных элементов и малой эффективностью проводимой терапии. Так, рубромикоз стоп с поражением ногтевых пластинок характеризовался не только выраженным шелушением в бороздах сводов стоп, но и наличием множества мелких везикул на фоне яркой гиперемии. В области складок рубромикоз характеризовался выраженной воспалительной реакцией с четкими границами и большим количеством везикул и папул не только по периферии очага, но и в центральной части, а также множеством отсевов. Разноцветный лишай чаще имел атипические формы и локализовался не только в области груди, спины, живота, но и в области бедер, ягодиц. Себорейный дерматит отмечался выраженной гиперемией кожи волосистой части головы, лица, ушных раковин, шеи и наличием экссудативных корочек и чешуек на поверхности.

Таким образом, в целях повышения эффективности проводимой терапии дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо проводить раннюю диагностику этих заболеваний, коррекцию иммунного статуса с прицельным влиянием на антигенпрезентирующие клетки Лангерганса, что позволит улучшить социальную адаптацию этих пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

М.Д. АЛИЕВ[1], Т.К. ХАРАТИШВИЛИ[1], М.Б. ДОРОШЕНКО[1], М.А. ЮЛДАШЕВ[2].

[1]ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Россия.
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз

Меланома кожи (МК) — чрезвычайно агрессивная опухоль, развивающаяся из дендритных клеток меланоцитов, продуцирующих пигмент меланин, и имеющая гематогенный и лимфогенный пути метастазирования. В эмбриональном периоде полипотентные клетки нервного гребня дают начало клеткам-предшественницам меланоцитов (меланобластам). В процессе миграции последние достигают эпидермиса и матрикса волосяных фолликулов. Часть клеток мигрирует в сосудистую оболочку глазного яблока (ресничное тело, радужную оболочку), внутреннее ухо, мягкую и паутинную оболочки мозга. Дальнейшая дифференцировка этих клеток в случае развития опухолевого процесса определяет различные клинико-морфологические формы меланомы. Описаны случаи, меланомы желудочно-кишечного тракта, верхних дыхательных путей, надпочечников и других локализаций, однако, наиболее часто клиницисты сталкиваются с меланомой кожи.

Рост заболеваемости и смертности от МК неуклонно увеличивается во всем мире. Несмотря на то, что на долю меланомы приходится около 4% в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, показатели смертности при МК составляют приблизительно 80% среди всех злокачественных опухолей кожи. По данным ряда эпидемиологических исследований в западных странах происходит удвоение частоты заболеваемости МК каждые 5–10 лет. В 2006 г. в России зарегистрировано 7364 новых больных меланомой кожи. Доля меланомы кожи в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в России 2006 году составила 0,9–1,8%. Предрасполагающими факторами развития МК может служить наследственность: доказано, что от 5 до 10% ме-

ланом генетически детерминировано. Наличие синдрома диспластических невусов, который также называют семейным синдромом множественных атипических пигментных пятен и меланомы обуславливает малигнизацию последних практически в 100% случаев, что требует от специалистов динамического наблюдения и своевременного хирургического лечения таких пациентов. К группе риска по возможному развитию МК относятся пациенты с врожденными невусами, которые встречающихся у 1% всех новорожденных. Однако риск малигнизации врожденных невусов составляет 5–20% и появляется при размере невуса от 2 см в наибольшем измерении. Кроме того, развитие МК возможно de novo и на фоне предшествующего приобретенного меланоцитарного невуса. Появление опухоли на ранее неизмененной коже чаще отмечается у лиц с I–II фототипами по Фицпатрику (очень светлая белая кожа, эфелиды, рыжие или светлые волосы, голубые или зеленые глаза). Для таких пациентов характерно наличие нескольких эпизодов солнечных ожогов в анамнезе (как правило, 1–2 степени), особенно в детском и юношеском возрасте. Малигнизации предшествующего меланоцитарного невуса способствуют механическая (чаще хроническая), химическая или термическая травмы, период беременности и лактации у женщин и другие. Немаловажное значение имеет наличие фоновых предопухолевых заболеваний, таких как меланоз Дюбрея и др.

Вероятность излечения МК, близкая к 100%, возможна только в том случае, если диагноз установлен, когда опухолевые клетки находятся в пределах эпидермиса над базальной мембраной. Согласно системе стадирования пациентов меланомой кожи, предложенной в 2002 American Joint Committee on Cancer (AJCC), это состояние соответствует меланоме in situ и является неинвазивной опухолью с I уровнем инвазии по Кларку. При наличии инвазии опухоли в сосочковый слой дермы и отсутствии изъязвления 10-летняя выживаемость после хирургического лечения составляет уже 87,9%. Это состояние соответствует TIaNOMO, IA стадия — меланома толщиной по Бреслоу до 1,0 мм с уровнем инвазии II или III и отсутствием изъязвления. Далее, с увеличением толщины и глубины инвазии опухоли, развитием ульцерации, метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов и появлением отдаленных метастазов прогноз для жизни больного резко ухудшается.

На сегодняшний день одной из основных проблем, с которой сталкиваются онкологи, дерматологи и врачи поликлинического звена при диагностике новообразований кожи является обращение пациентов к специалистам на поздних, зачастую инкурабельных стадиях течения заболевания. Ситуация усугубляется тем, что точность клинической диагностики МК врачами первичного звена при первичном обращении составляет 30%, причем наибольшее число ошибок допускается при диагностике поверхностно распространяющейся формы МК. Как известно, несмотря на несомненные успехи, достигнутые в области современной онкологии единственным фактором, определяющим десятилетнюю выживаемость, близкую к 100%, остается как можно более раннее выявление этой опухоли с незамедлительным последующим хирургическим лечением. Подобное положение диктует необходимость создания программы скрининга с использованием современных высокотехнологичных неинвазивных методов ранней диагностики и профилактики меланомы и рака кожи, формирование групп риска среди пациентов по развитию злокачественных новообразований кожи и динамическое наблюдение за этими пациентами. Однако, проблема заключается в том, что частные клиники, специалисты которых часто производят первичную диагностику новообразований кожи, а затем и их удаление, не всегда обладают достаточным материально-техническим обеспечением этого процесса, а также соответствующим уровнем знаний. Ведь помимо закупки дорогостоящего оборудования и наличия клинициста, способного трактовать полученную информацию, необходимо проведение адекватного удаления новообразования, возможности проведения обязательного гистологического исследования морфологом, специализирующимся на диагностике новообразований кожи.

В качестве необходимого оборудования для оптимизации диагностики злокачественных новообразований кожи можно отнести приобретающее все большую популярность в России использование в клинической практике различных неинвазивных методов диагностики новообразований кожи. Так, хочется отметить поверхностную эпилюминесцентную микроскопию (дерматоскопию), которая во всем мире является рутинным методом диагностики. К более современным методам можно отнести спектрофотометрический интрадермальный анализ (сиаскопию) — неинвазивный метод диагностики, сопряженный, однако, с использованием более дорогостоящей аппаратуры, что могут позволить себе только крупные лечебные учреждения.

Эпилюминисцентная микроскопия (дерматоскопия) по данным ряда авторов, повышает эффективность диагностики МК на 10–30%. Дерматоскопия — исследование новообразований кожи с увеличением до 10 раз с использованием эффекта эпилюминисценции при создании масляной среды между объектом исследования и дерматоскопом. Сложность распознавания и интерпретации дерматоскопических признаков требует от врача, проводящего

исследование, специальной подготовки, умения применять различные дифференциально-диагностические алгоритмы.

Спектрофотометрический интрадермальный анализ (сиаскопия или дерматосиаскопия) — неинвазивный метод диагностики новообразований кожи. Точность данной диагностики, в том числе МК, по данным ряда авторов достигает 95%. Сканирование образования 4 видами поляризованного света на глубину до 2 мм составляет 5 секунд. Диагностический сканер «СИАскоп», соединенный с компьютером, позволяет получить с помощью программного обеспечения пять сиасканов. Сиаскан 1 — цветное увеличенное изображение с характерными дерматоскопическими признаками. Сиаскан 2 — содержание и распределение меланина в эпидермисе. Более темный цвет обусловлен максимальной концентрацией пигмента. Этот сиаскан позволяет наглядно оценить асимметрию новообразования. Сиаскан 3 — изображение меланина в сосочковом слое дермы в пределах новообразования, позволяет получить объемные изображения где зеленые, синие, красные и черные области указывают на прогрессивно возрастающую концентрацию меланина. Сиаскан 4 — кровеносные сосуды новообразования. Более светлые области — зоны вытеснения сосудов опухолью, розово-красный венчик гиперемии по периферии — область большей концентрации гемоглобина, за счет периферической сосудистой реакции. Сиаскан 5 — коллагеновые волокна сосочкового слоя дермы. Более светлые участки — очаги увеличения плотности коллагеновых волокон в результате фиброза, более темные, так называемые «коллагеновые дыры» — результат инвазии опухоли в дерму. Программа «3D» позволяет получить объемные изображения перечисленных выше структур, а также схематично отображает состояние дермо-эпидермального соединения, что позволяет проводить параллели с гистологическим изменениями.

Таким образом, данные анамнеза, клиническая картина сравнительная простота, неинвазивность и высокая эффективность дерматоскопии и сиаскопии позволяют использовать эти методы для ранней диагностики пигментированных новообразований кожи.

МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ, Б.Т. САТОВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Витилиго страдают 1–2% населения земного шара и из общего числа кожных больных витилиго составляет 10% . Несмотря на многочисленные исследования этиология и патогенез заболевания остаются до конца не изученными. Применяемые методы терапии не удовлетворяют ни больных, ни врачей.

Изучено, что в патогенезе витилиго большую роль играют нарушение содержания интерлейкинов (ИЛ-2,6), фактора некроза опухолей, метаболизм кальция, процессы перекисного окисления липидов, фосфолипиды кожи существенно влияют на процесс меланогенеза.

С учетом механизма развития витилиго разработаны патогенетические методы терапии этого дерматоза. Комбинированные методы лечения нашли широкое применение среди дерматологов. Часто с фотохимиотерапией или лазеротерапией используют иммуномодуляторы (Протопик, Элидел), кальципотриол (Дайвобет), кортикостероиды, а также липосомы, содержащие компоненты, действующие на основные механизмы меланогенеза.

Нами было изучена эффективность различных методов терапии ограниченного витилиго. Под нашим клиническим наблюдением находилось 124 больных в возрасте от 16 до 60 лет с ограниченной формой витилиго. 42 больных (первая группа) получали наружную фотохимиотерапию (НФХТ), 30 больных (вторая группа) — НФХТ в сочетании с препаратом Дайвобет, 20 больных (третья группа) — НФХТ в сочетании с препаратом Элидел и 24 больных (четвертая группа) — НФХТ в сочетании с липосомальным препаратом.

НФХТ проводили по общепринятой методике. Элидел, Дайвобет тонким слоем смазывали на витилигинозные очаги 2 раза в день, а липосомный препарат — 1 раз в день в течение 3 месяцев. Затем после 1 месячного перерыва продолжали смазывать очаги поражения местными средствами.

В первой группе положительный эффект наблюдался после четырех курсов терапии в виде клинического выздоровления и значительного улучшения наблюдался меньше в 50% случаев. Тогда как этот показатель в остальных группах отмечался больше чем в 50% случаев.

Следовательно, комбинация различных методов повышает эффективность терапии.

ЗНАЧЕНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Б.Т. САТОВ, Н.Д. ИКРАМОВА, Н.Б. БОЙНАЗАРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Этиология и многие аспекты патогенеза витилиго до сих пор остаются неясными. В настоящее время наиболее признанными теориями возникновения витилиго являются нейрогенная, эндокринная и иммунная теории, а также теория окислительного стресса. В последние годы исследователи отдают предпочтение теории окислительного стресса, в ходе которого образуются активные формы кислорода (АФК). Известно, что АФК способны вызывать повреждение клеток организма, возможно, в том числе меланоцитов.

Учитывая вышеизложенное, представило интерес изучение влияния АФК и индуцированного окислительного стресса на функциональное состояние клеточных элементов кожи и меланоцитов, их пролиферацию и гибель для получения, возможно, новых данных о молекулярных механизмах развития депигментации при витилиго и разработки новых патогенетически обоснованных подходов к терапии этого заболевания.

Путем гипобарической гипоксии создана модель окислительного стресса у черных мышей (20-кратный «подъем на высоту» 4000 и 6000 м над уровнем моря в специальной камере, где в течение 4 часов создавалось давление 61,66 кПа и 47,22 кПа, соответственно. После 20 сеанса гипоксии производился забой животных путем декапитации под кетаналовым наркозом и из кожи, взятой с передней брюшной стенки, готовились препараты для морфологического исследования, в которых определяли апоптотический (АИ) и митотический (МИ) индексы и количество меланоцитов.

При изучении пролиферативной активности в образцах было установлено снижение как митотического (МИ), так и апоптотического (АИ) индексов — 0,36 ± 0,12 и 0,3 ±0,03 соответственно. При этом с увеличением продолжительности и выраженности окислительного стресса наблюдалось достоверное снижение вышеуказанных индексов. Такое снижение МИ на фоне усиления окислительного стресса указывает на ослабление пролиферативных и регенераторных процессов, а снижение АИ — о торможении гибели поврежденных под действием продуктов ПОЛ клеток кожи и возможном их накоплении. Примечательно, что соотношение АИ/МИ, отражающее баланс прироста клеточных элементов ткани, оставался близким к 1 как в контроле, так и при окислительном стрессе различной интенсивности. Необходимо отметить, что наблюдалась тенденция к уменьшению количества меланоцитов в эпидермисе экспериментальных животных (8,33 ± 0,66 %) и не достигало достоверных отличий в сравнении с контрольной группой (8,0 ± 0,57 %). Вероятно, большее значение имеет не количество меланоцитов, а снижение их функциональной активности. Морфологическая характеристика препаратов показала наличие воспалительного процесса в эпидермисе животных, подвергнутых выраженной гипобарической гипоксии, и, следовательно, возможность некротического повреждения.

Таким образом, при индуцированном окислительном стрессе в эксперименте в ткани кожи наблюдается относительная компенсация и напряженность антипероксидной защиты с последующей ее декомпенсацией. С увеличением интенсивности окислительного стресса происходит снижение митотической, апоптотической активности клеточных элементов кожи и увеличение возможности повреждения меланоцитов вследствие возникновения воспалительного процесса.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ, Б.Т. САТОВ, Р.И. ИСАНБАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Несмотря на хорошую изученность клинической картины, лечение витилиго остается недостаточно эффективным, что обусловлено, прежде всего, неизвестностью этиологии и отсутствием четких представлений о патогенезе заболевания.

Наши предыдущие исследования показали нарушение содержания фосфолипидов, холе-

стерина, антиоксидантной активности и активности тирозиназы у больных витилиго.

В связи с этим в терапии витилиго был применен разработанный нами препарат «Липосома», содержащий ингредиенты, непосредственно участвующие в процессе биосинтеза меланина. Под нашим клиническим наблюдением находились 105 больных витилиго из них мужчин — 66, женщин — 49. У всех больных процесс имел распространенный характер.

Больные в зависимости от проводимой терапии были разделены на 2 группы. Первая группа больных (82 чел.) получила ПУВА-терапию по общепринятой методике, вторая группа (23 чел.) — ПУВА-терапию в сочетании с наружным использованием липосомального препарата тонким слоем на пораженный участок кожи 1 раз в день в течении 28–30 дней. Эффективность лечения оценивали после трех курсов терапии.

Клиническое выздоровление в первой группе больных было отмечено у 9 (10,9 %), значительное улучшение — у 27 (32,9 %), улучшение — у 24 (29,4 %), без эффекта — у 19 (23,1 %) и ухудшение процесса — у 3 (3,7 %). Во второй группе больных клиническое выздоровление было у 8 (34,8 %), значительное улучшение — у 9 (39,1 %), улучшение — у 5 (21,8 %) и без эффекта — у 1 (4,3 %) пациента.

Таким образом, ПУВА-терапия в сочетании с наружным использованием липосомального препарата является эффективным методом терапии витилиго по сравнению только с ПУВА-терапией.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОЗАЦЕА И ДЕМОДЕКОЗА

С.Б. АХМАДИЕВА

КВД №6, г. Ташкент

У больных розацеа и демодекозом могут выявляться общие признаки, такие как локализация очагов поражений, сходство элементов кожной сыпи, характер клинического течения, а также однотипность лечебных мероприятий.

Сходство клинической картины патологического процесса при демодекозе и розацеа значительно осложняет диагностику заболевания, в связи с чем необходимы дифференциально-диагностические критерии, что повысит эффективность лечения конкретного дерматоза.

Под нашим наблюдением находилось 24 пациента (мужчин — 7, женщин — 17), из них у 14 был установлен диагноз розацеа, у 10 — демодекоз. Возраст больных колебался от 27 до 62 лет.

Распределение больных розацеа по стадиям рассматриваемого дерматоза было следующим: эритематозно-телеангиэктатическая — у 4, папуло-пустулезная — у 5, пустулозно-узловатая — у 5 больных. Среди больных демодекозом выделялись: эритематозная — у 2, папулезная — у 2, пустулезная — у 2, комбинированная — у 4 больных.

Методологический подход при разработке индивидуальной терапии больных розацеа и демодекозом определялся этиопатологической основой возникновения указанных дерматозов, а также их клиническими проявлениями. При эритематозно-телеангиэктатической стадии розацеа и эритематозной стадии демодекоза терапия была направлена на местное сужение кровеносных сосудов (примочки). Антидемодекозное лечение осуществлялось путем использования препарата «Спрегаль». При папуло-пустулезной, пустулезно-узловатой стадиях розацеа, папулезной, пустулезной и комбинированной стадиях демодекоза использовали в течение 2–3 месяцев препараты азелаиновой кислоты. Антибиотикотерапию проводили путем применения по специальной схеме азитромицина (общей сложностью в течение 12 недель). Эмоционально-вегетативную неустойчивость коррелировали путем применения деприма в течение 1–3 месяцев. Для коррекции гормонального фона женщинам с папуло-пустулезной и пустуло-узловатой стадией розацеа, а также с пустулезной и комбинированной стадиями демодекоза исполльзовали препарат Диане–35 в течение 2–3 месяцев.

Таким образом, одной из причин развития розацеа и демодекоза является недостаточность антипаразитарной терапии, связанной с малоэффективностью существующих акарицидных препаратов. При подборе препаратов для проведения комплексного лечения необходимо принимать во внимание все имеющиеся клинические проявления розацеа и демодекоза, что, несомненно, скажется на повышении эффективности терапии конкретного дерматоза Для этого необходимо использовать стандарты комплексного клинического, лабораторного и специального обследования больных с указанными дерматозами.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНТРИДЕРМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Ш.К. АХМЕДОВ, У.Х. ШОДИЕВ

Кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского государственного медицинского института

Красный плоский лишай является одним из распространенных заболеваний кожи. Этиология данного заболевания в настоящее время остается до конца не уточненной. Среде существующих теории: неврогенная, вирусная, наследственная и гормональная а так же генетическая ведущее место занимает вирусная и генетическая теории.

Заболевание характеризуется образованием мономорфной сыпи, состоящий из плоских, полигональных, с блестящей поверхностью и с центральным западением папул розовотого — фиолетового или малино красного цвета, диаметром 2–3 мм. Излюбленная локализация сыпи — сгибательные поверхности предплечий, область лучезапястных суставов, внутренняя поверхность бедер, голеней, паховое и подмышечные области, слизистая оболочка рта. Важным клиническим признакам является — «симптом Уикхема» — при смазывание поверхности папул и в особенности бляшек растительным маслом отмечаются мелкие беловатые точки и переплетающиеся в виде паутины полосы, просвечающие через роговой слой, что обусловлено не равномерном утолщением зернистого слоя эпидермиса.

При лечение данного заболевания наряду с седативными, витаминными, антигистаминными, гипосенсибилизирующими, антибактериальными препаратами используется гормональное препараты. Для наружной терапии применяются гормональные и кератолитические мази.

Под нашим наблюдением находились 16 больных. Из них 6 мужчин и 10 женщин в возрасте 20–50 лет. Больные предъявляли жалобы на: бессонницу, интенсивный зуд, утомляемость и депрессивное состояние.

При лечение этих больных, мы, руководствуясь основным принципами терапии красного плоского лишая, также использовали в качестве местного средство «мазь гентридерм»

Гентридерм Сеул. Фарма. Ко.лтд. Состав: бетаметазон дипропионата — 0,64 мг клотримазол 10,0 мг гентамицина сульфата 1 мг (активный).

Мы предложили гентридерма смазывать на кожу 2 раза в день в течение 14 дней. Используя этот препарат в течение 10 дней мы отметили что за 7–10 дней уменьшилась площадь кожно — патологического процесса, а по истечение 14 дней отметили полное регрессию элементов.

В месте с тем, контрольной группе, составивших 12 больных было предложено в качестве местного средства мазь «гиоксизон» 2 раза в сутки.

При этом отмечалось уменьшение патологических признаков заболевания по истечение 21–22 дней. В связи с этим нами установлено: мазь гентридерм является более эффективным средством при лечение красного плоского лишая данный препарат не имеет выраженного побочного эффекта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АНТИГЕЛМЕНТ» ПРИ ЛЕЧЕНИЕ СТРОФУЛЮСА

Ш.К. АХМЕДОВ, Д.М. АБДУЛЛАЕВ

Кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского государственного медицинского института

Строфулюс — детская почесуха, наблюдается у детей в возрасте от 5 мес. до 3 лет, страдающих экссудативным диатезом. В патогенези большое значение имеет сенсибилизация к пищевым продуктам, медикаментозным веществам а также аутоинтоксикации, аутосенсибилизация из кишечника

Заболевание сопровождается приступообразным зудом, на коже в области лица, волосистой части головы, туловища, ягодиц, разгибательных поверхностях конечностей возникают рассеянные высыпания папуловезикул, реже уртикарно — пятнистые. Слизистые оболочки не поражаются. На верхушке папулы

появляются пузырьки, а затем точечные эрозии и серозные корочки.

При лечение особое место занимает диетотерапия. Назначаются антигистаминные, седативные, нейроплегические препараты, витамины группы В, А, рутин, аскорбиновая кислота. При красном дермографизме назначаются препараты кальция. В особенно упорных случаях применяют кортикостероидные гормоны в невысоких, постепенно снижающихся дозах. Из физиотерапевтических методов показано УФО в субэритемных дозах (до 20 сеансов через день). Детям старшего возраста проводят индуктотермию поясничной области. Наружно назначают мази и кремы с кортикостероидными гормонами, водно — цинковые взбалтываемые взвеси с глицерином.

Под нашим наблюдением находились 14 детей. Из них 8 мальчиков, 6 девочек в возрасте от 1 года до 4 лет. У всех детей в анализе кала обнаружено аскарида.

Родители у больных детей отмечали беспокойство, раздражительность, кожный зуд в области ануса и промежности.

С целью лечения от аскаридоза на фоне общий укрепляющей терапии назначали препарат «Антигельмент».

Антигельмент — Произведено по лицензии Novatio UK Limited (Великобритания) first floor, 41 charlton st., London. Nw1 1 JD.

Состав: Tanacetun Vulgare L, Cassia Acutifolia Del, Inula Helenium L.

Антигельмент рекомендован по 1 таблетке 3 раза в сутки до еды 3 дня, через неделю курс повторили. После проведенного курса лечения отмечалось улучшение общего самочувствия детей, прекращения анального зуда и регрессию кожных элементов. Анализ кала показал отсутствие яйца глистов.

Контрольная группа состоящая из 10 детей (5 мальчиков, 5 девочек в возрасте 1–5 лет) отмечали общая раздражительность, перианальный зуд, снижение аппитета. При лечения этих детей на фоне общий укрепляющей терапии назначили противогельментный препарат «вермокс» по 1 таблетке 2 раза в день 3 дня, через неделю курс повторили. После проведенного курса лечения родители отмечали незначительные улучшение клинических признаков, в анализе кала яйца глистов обнаружено у 3-х детей.

Таким образом, применение препарата «антигельмент» на фоне общий укрепляющей терапии при лечение детской почесухе дает значительно лучший результат в сравнение с лечением вермоксом.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Е.М. БАКЛЫКОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

За последние три десятилетия в клинических и социально — медицинских исследованиях серьезное внимание уделяется оценке качества жизни (КЖ). Несмотря на большое количество определений КЖ, Всемирная организация здравоохранения выработала ряд основополагающих принципов по оценке КЖ и предложила понимать под качеством жизни степень удовлетворения человеческих потребностей. В отечественной литературе предлагается такое определение «КЖ — это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества». Критерии КЖ включают в себя физические, психологические параметры и такие характеристики, как уровень самостоятельности, социальной активности, защищенности от влияния окружающей среды, духовной жизни. Несмотря на то, что стандартные медико-биологические параметры часто являются основными критериями эффективности лечения в клинических исследованиях, они не отражают самочувствия больного и его функционирования в повседневной жизни. При определенных заболеваниях оценка пациентом своего состояния является самым важным показателем здоровья.

Главным методом определения качества жизни является стандартизированное интервьюирование с помощью опросников. Выделяют две группы опросников. К первой относятся общие, или неспецифические, опросники, рассчитанные на оценку качества жизни у разных групп здоровых лиц или болеющих (независимо от нозологической формы). Ко второй группе относятся частные, или специфические, опросники для определенных нозологических форм. Это достаточно большая группа, включающая опросники для пациентов различных медицинских специалистов, больных с конкретным заболеванием.

Псориаз затрагивает все аспекты жизни: карьеру, социальную сферу, половую жизнь и семейные отношения. Поэтому очень важно, чтобы качество жизни учитывалось при лечении больных псориазом.

Мы провели изучение эффективности Лактофлора и глутоксима при псориазе и его влияние на качество жизни пациентов. Нами обследовано 50 больных псориазом. Критериями включения больных в исследование были возраст 16 лет и старше, наличие клинически установленного диагноза псориаза и патология гепатобиллиарной системы (ГБС). Перед началом лечения и по его окончании проводилась клиническая оценка состояния больного, включающая: объективный осмотр, дерматологический индекс качества жизни (DLQI), псориатический индекс нарушений (PDI). В исследование не включались беременные или кормящие женщины. На предварительном этапе были сформированы две равнозначные группы пациентов с псориазом по 25 человек в каждой: первая группа — получавшие Лактофлор, вторая группа — глутоксим. В начале исследования пациенты обеих групп имели схожую клиническую и половозрастную характеристику, без достоверных различий в какомлибо из изучавшихся показателей. В результате исследования качества жизни пациентов было установлено, что больные псориазом имеют низкий показатель индекса качества жизни и самые низкие показатели индекса качества жизни (19) были у больных с распространенным псориазом в прогрессирующей стадии. Большая часть обследуемых (91%) считают свою жизнь в той или иной степени неполноценной и связывают это с высыпанием псориатических элементов на открытых участках. На фоне традиционного лечения мы включали в терапию первой группы больных — раствор Лактофлора по 1,0 в\м №10, второй группы — раствор глутоксима 1%–2,0 в\м ч\д №10. В результате проведенного лечения у пациентов обследованных групп выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) индекса качества жизни (DLQI). Так, у пациентов первой группы индекс DLQI снизился на $8,9 \pm 0,4$ балла, а у пациентов второй группы на $8,1 \pm 0,1$ балла. У всех больных, получавших Лактофлор, отмечалась хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных реакций. При оценке окончательных результатов терапии можно утверждать, что использование Лактофлора в большинстве случаев приводит к значительному улучшению в течении распространенного псориаза (снижению PDI).

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

М.Р. БАРАТОВА

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время до 40 % от всех кожных заболеваний приходится именно на экзему, все большее количество людей страдают этим заболеванием. В связи с этим нами было проведено комплексное изучение особенностей иммунологического статуса у больных экземой. Под нашим наблюдением находилось 50 больных в возрасте от 18 до 68 лет (женщин — 30,мужчин — 20).Контрольную группу составили 15 практически здоровых лицо обоего пола в возрасте от 20 до 40 лет. В результате проведенных исследований установлено снижение относительного и абсолютного содержания CD-3 по сравнению с контрольной группой. Концентрация CD-4-лимфоцитов свидетельствовала о недостаточной хелперной активности Т-клеток. Уровень CD-8 лимфоцитов в недостоверных пределах отличался от таковых показателей здоровых лиц. Показатели CD-22 и ЦИК у всех больных были повышенными. Средние значения IgA и IgG были выше контрольных показателей, а содержание IgM — оставалось ниже показателей здоровых лиц ($P<0,05$). У больных экземой абсолютный фагоцитарный показатель составлял 4597 ± 372 ($P < 0,05$) против 8046 ± 363 в контроле.

Таким образом, для периферической крови больных экземой была характерно Т — клеточная иммунологическая недостаточность, обусловленная снижением показателей Т-клеток и снижением их хелперной активности. Возрастание уровня В — лимфоцитов и концентрации ЦИК свидетельствовали об усилении процессов антителообразования в ответ на различные антигены. Однако низкие значения поглотительной функции нейтрофилов говорит о снижении общей иммунологической реактивности организма больных.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

А.П. ГОРБУНОВ

ФГУ УрНИИДВиИ Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Применяемые фотохимиотерапия (ПУВА) и селективная фототерапия (СФТ) занимают лидирующее место во всем мире при лечении псориаза. Особенно, по мнению многих авторов, эффективно применение ультрафиолетового излучения узкополосного средневолнового диапазона с длиной волны 311 нм. При узкополосной средневолновой фототерапии нет необходимости приема фотосенсибилизатора, который может вызывать нежелательные побочные эффекты. На базе УрНИИДВиИ проведено изучение эффективности лечения пациентов с псориазом с использованием ультрафиолетового облучения с длиной волны 311 нм (на курс 12–15 процедур), в сочетании с внутривенным введением 200 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией 3,5–4,0 мг/л в количестве 10 процедур. Под нашим наблюдением находилось 24 пациентов с папуло-бляшечным псориазом (12 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 16 до 66 лет (средний возраст 33±2,4 года) с длительностью заболевания от 6 месяцев до 40 лет (средняя длительность заболевания 15±1,8 лет). Площадь поражения кожного покрова составляла от 20 до 60 %. Оценку тяжести псориатического процесса и эффективности терапии проводили по индексу PASI, который до лечения составлял от 9,2±3,2 до 25,4±5,8 баллов. До лечения дерматологический индекс качества жизни, разработанный A.Finlay, составлял от 12 до 19. Положительный эффект от лечения наблюдался у всех больных. Клиническая ремиссия достигнута у 18 (75,0 %) пациентов, значительное улучшение — у 6 (25,0 %) пациентов. Среднее значение индекса PASI после лечения снизилось с 17,8±4,1 до 1,4±1,1. Побочные реакции наблюдались у 4 (16,0 %) пациентов в виде эритемы и незначительного зуда. Среднее значения дерматологического индекса качества жизни после лечения снизилось с 16±3,9 до 5±2,3 баллов. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности сочетанного применения внутривенного введения озонированного физиологического раствора 200 мл с концентрацией 3,5–4,0 мг/л с узкополосной (311 нм) средневолновой ультрафиолетовой терапией больных псориазом. Данное сочетание позволяет снизить общее количество облучений, что отражается в снижении как разовой максимальной дозы, так и кумулятивной дозы облучения.

НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.М. ДАВУРОВ, М.С. ДАВУРОВА, Г.И. ШАМСИЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Микоз стоп является основным источником распространения инфекции среды населения. При синдроме хронической руброфитии это основной «перевалочный» пункт для распространения процесса на ногти стоп, ладони ногти кистей, а оттуда и на гладкую кожу, при этом наиболее стойким резервуаром является онихомикоз. Последовательность микоз стоп-онихомикоз во многом объясняет современный характер заболеваемости.

По данным ВОЗ каждый пятый житель планеты страдает грибковый инфекцией. Органами здравоохранения республики Узбекистан проводится большая работа по выявлению и лечению больных дерматомикозами. Для успешного проведения всего комплекса лечебных, особенно профилактических противоэпидемических мероприятий необходимо точно знать видовую структуру грибов-возбудителей заболеваний. По этому микроскопические и культуральные методы исследований является крайне важными разделами в мероприятиях по борьбе с грибковыми заболеваниями. Особенно большое значение приобретает культуральный метод исследования при поражении гладкой кожи и ногтей, так как ни клинически, ни микроскопически невозможно определить родовую и видовую принадлежность гриба.

Однако лабораторным методом исследования для выделения возбудителей онихомикозов, не всегда удается получить чистую культуру на среде Сабуро, а микроскопические исследования дают результаты только о наличии мицелия или капсулы в патологическом материале. Учитывая медленный рост дерматомицетов на среде Сабуро или на других средах, замедляет проведение специализированного лечения.

В микологической лаборатории РСНПМЦ ДиВ апробируется диагностическая тест система «Dermatest» производство Италия. Питательная среда для тестирования дерматомицетов приготовлена согласно формуле Taplin, Zaias и Rebbell и позволяет быстро селективно выделять дерматомицеты, ответственные за повреждение кожи, ногтей и волос, такие как Microsporum spp, Trichophyton spp, Epidermophyton spp. Селективные добавки в питательной среде циклогексамид, гентамицин и хлортетрациклин полностью элиминируют бактериальную контаминацию и уменьшают контаминацию сапрофитными грибами, в то же самое время обуславливают высокой уровень выделения дерматофитов.

Из обратившихся 30 больных с поражением ногтей и околоногтевых валиков было проведено лабораторное исследование на этой тест системе. Пораженные ногти и околоногтевые валики срезали после 10 минутной содовой ванны и патологический материал посеяли на поверхности питательных сред контейнеров. После завинтования крышки дип-слейд инкубировали в течении 48–72 часов при температуре 25–30 в термостате. В результате исследования в посевном материале в 10-и случаях появилось красное окрашивание вокруг колоний через 48 часов инкубации, а полное окрашивание сред произошло через 2,5 суток , когда колонии слились. Отрицательные результаты оставались без изменения цвета в дип-слайде. Таким образом, проведенные исследования показывают, что диагностический дерматест эффективен не только в экономическом плане, но и в быстрой идентификации дерматомицетов

ТЕРАПИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Б.А. ИСАБАЕВ, З.М. СУЛАКАДЗЕ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Важное место среди заболеваний кожи занимают ладонно-подошвенные кератодермии, которые характеризуются нарушением процессов ороговения. В патогенезе заболевания ведущую роль играет нарушение процессов клеточного обновления, что приводит к гиперпролиферации кератиноцитов с последующим нарушением их дифференцировки, на фоне снижения апоптической активности клеток эпидермиса.

Целью настоящего исследования являлось оценка целесообразности включения глутоксима в комплексную терапию больных ладонно-подошвенными кератодермиями, исходя из состояния иммунного статуса пациентов.

Под наблюдением находилось 38 больных с различными формами ладонно-подошвенных кератодермий (кератодермия Унны-Тоста — 5, кератодермия Меледа — 1, мутилирующая кератодермия — 2, кератодермия Папийона-Лефевра — 1, кератодермия очаговая Бушке Фишера — 1, приобретенные кератодермии — 19, климактерическая кератодермии — 9). Мужчины составляли 20, а женщины — 18 человек, в возрасте от 3 до 60 лет и длительностью заболевания от 6 месяцев до 25 лет. Клиническая картина характеризовалась различной степенью очаговыми или диффузными гиперкератозом ладоней и подошв, сопровождающийся трещинами и шелушением. Субъективно больные ощущали чувство стягивания кожи, зуд и болезненность в очагах поражений.

Исследования имунного статуса показало снижение относительного и абсолютного содержания СД3+, СД4+, индекса СД4+/СД8+, фагоцитарной функции нейтрофилов. Все это свидетельствовало об общем угнетении иммунологической защиты, выраженность которой у пациентов с различными формами ладонно-подошвенных кератодермий оказалась неодинаковой.

В патогенетической терапии больных кератодермиями большой интерес представлял препарат глутоксим. Это представитель нового класса лекарственных препаратов-тиопоэтинов. глутоксим является синтетическим аналогом природного гексапептида — окисленного глутатиона (GSSG) и проявляет присущие GSSG биохимические свойства. Он обладает иммуномодулирующим и цитопротекторным свойствами, оказывая дифференцированное воздействие на нормальные (стимуляция пролиферации и дифференцировки) и трансформированные (индукция апоптоза) клетки.

Препарат применялся, наряду с комплексным лечением, внутримышечно в суточной дозе 10 мг в течение 20 дней. В результате лечения у всех больных стали наблюдаться уменьшение субъективных ощущений, шелушения в очагах поражений и уплощение элементов.

Анализ иммунограммы больных до и после лечения показал, что у одних больных показатель CD4+ были изначально понижены и после проведенного лечения глутоксимом — повысились. После применения глутоксима, у отдельных больных, нормализация показателелей CD4+ не сказывалось на характере течения заболевания и, по-видимому, обусловлено генетическими особенностями пациентов.

Таким образом, результаты лечения больных ладонно-подошвенными кератодермиями в комплексе с базовой терапией свидетельствует о положительном влиянии препарата глутоксим на иммунный статус пациентов, что в последующем выражалось в повышении эффективности проводимой терапии.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВОЛОС

З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА

«Дерм Эстет клиника», г. Астана, Казахстан

Проблема болезней волос остается весьма актуальной, так как отмечается неукоснительный рост различных форм выпадения волос (андрогенетическая, гнездная диффузная), распространяющихся на различные возрастные группы.

Разработано достаточное количество методов терапии, во многом основанных на патогенетических механизмах алопеции и, несмотря на это, довольно часто не удается вызвать стойкое восстановление волос.

Одним из альтернативных методов воздействия на патологический процесс является метод внутрикожных инъекций ряда лекарственных препаратов, в частности кортикостероидов (дипроспан и др.). Изучение эффективности и безопасности применения посредством внутрикожных инъекций препаратов, стимулирующих рост волос, является сегодня актуальной и перспективной темой. Использование множественных внутрикожных инъекций отличается тем, что вводимые низкие дозы лекарственных средств действуют достаточно корректно, активируя процессы не только в очаге патологического процесса, но и на расстоянии от пораженного отдела, что позволяет добиться лечебного эффекта посредством рефлекторной стимуляции активных биологических точек и оказывающей общее действие на организм. Нами использован комплексный препарат «MESOHAIR» (Лаборатории «Доктор Корман») на восстановительном этапе лечения адрогенетической, гнездной и диффузной алопеций

Проведенные клинические исследования показали, что предлагаемый способ наружного лечения алопеции с включением в комплексную терапию препарата «MESOHAIR» способствует эффективному восстановлению функции волосяных фолликулов, улучшению кровоснабжения и обновления кожи в участках введения, ингибируют процессы апоптоза. Лечение создает оптимальную окружающую среду для нового роста волос и предотвращения их дальнейшей потери.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Е.Л. ЕВДОКИМОВ

Белорусская медицинская академия последипломного образования кафедра дерматовенерологии, г. Минск

Введение. Несмотря на многочисленные исследования в дерматологии, причины, приводящие к возникновению хронической кожной патологии у детей, все еще недостаточно выяснены. Длительное изнуряющее течение хронических дерматозов с многочисленными рецидивами является фоном снижения качества жизни.

Цель исследования. Выявить основные провоцирующие факторы, ответственные за возникновение хронических кожных заболеваний у детей и определить влияние хронического кожного процесса на качество жизни.

Материалы и методы исследования. Обследовано 136 детей (66 мужского и 70 женского пола) в возрасте до 18 лет с помощью специально разработанной анкеты.

Результаты. В структуре кожной патологии превалировал атопический дерматит и псориаз — 45% и 27% соответственно, а далее расположились такие нозологические формы как склеродермия — 13%, угревая болезнь 8%, красный плоский лишай — 3% и другие — 4%. Предполагаемые причины возникновения заболевания смогли указать 42% опрошенных, тогда как неизвестными они оставались для 58%. У 24% первые признаки болезни появились до 1 года, причем 94% из них были дети, страдающие атопическим дерматитом. Роль аллергии в развитии болезни установлена у 19% , стрессового фактора — у 14%, связь с перенесенной инфекцией — у 7%, другие причины — у 2%. Причем пищевая аллергия среди причин возникновения атопического дерматита отмечена у 74%, тогда как стрессовый фактор был причиной развития псориаза в 65% случаев. Триггерные факторы при склеродермии, красном плоском лишае, угревой болезни и других дерматозах не выявлены. Наследственная отягощенность установлена у 42% обследованных. При атопическом дерматите она отмечена у 54% детей, при псориазе — у 38%, а при угревой болезни — у 69%. При оценки качества жизни детей с хроническими дерматозами выявлено умеренное снижение этого показателя. Наибольшее негативное влияние на качество жизни детей оказывал атопический дерматит.

Выводы. Таким образом, среди причин возникновения хронических дерматозов, которые установлены у 42% детей, ведущая роль принадлежит пищевой аллергии и стрессу. Основу для развития заболевания в 42% случаев составляет наследственная отягощенность. Провоцирующие факторы при склеродермии, красном плоском лишае, угревой болезни и других дерматозах не выявлены. Определено умеренное снижение качества жизни у детей с хроническими дерматозами. Наибольшее негативное влияние на качество жизни детей оказывал атопический дерматит.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, Г.И. ШАМСИЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Продолжается рост грибковый инфекций, в частности, увеличение больных, страдающих различными формами онихомикозов. Данная проблема усугубляется тем, что довольно часто регистрируется соматотическая патология (эндокринопатии, ангиопатии и т.д.), которая приводит к развитию вторичного иммунодефицитного состояния, что должно учитываться при разработке методов этиологического и патогенетического лечения.

Целью настоящего исследования являлось разработка комплексного метода лечения больных онихомикозами с учетом их иммунного статуса.

Под наблюдением находилось 108 больных с различными формами онихомикозов, кото-

рым проводилась пульс-терапия орунгалом по 200 мг 2 раза в день в течение 7 дней с последующим 3-недельным перерывом. В качестве иммуномодулирующего препарата был использован фитоэкдистероид — Экдистен, который назначался по 5 мг 4 раза в день в перерывах приема орунгала (по 20 дней).

Для оценки эффективности использования Экдистена наблюдаемые больных онихомикозами были распределены на две группы: I группа (68 больных) получала стандартное лечение в виде пульс-терапии орунгалом и II группа (40 больных) дополнительно принимала Экдистен.

Клиническое и микологическое выздоровление у больных I группы составило 86,8% против 95% II группы. Отдаленные результаты указали, что в случаях использования Экдистена почти в 2 раза уменьшалась частота последующих рецидивов онихомикоза.

Таким образом, включение иммуномодулирующего препарата Экдистен в комплекную терапию больных онихомикозами позволяет значительно повышать процент клинического и микологического выздоровления, тем более, что в исследования включались больные, имеющие свыше 16 баллов по индексу КИОТОС, с уменьшением почти в 2 раза вероятности возникновения рецидивов микоза, обусловленное иммуномодулирующим эффектом препарата Экдистен.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, С. СОБИРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

До настоящего времени нарушения нервной системы считаются одной из важных причин возникновения и обострения псориаза. Проведенные клинические исследования позволили установить у большинства больных псориазом функциональные нарушения нервной системы, что позволяет рассматривать псориаз как нейрогенетические заболевание.

Целью настоящего исследования являлось изучение функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) у больных с различными формами псориаза.

Под наблюдением находилось 44 больных (мужчин-24, женщин-20) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью кожного процесса от 3 месяцев до 10 лет. У 18 больных была диагностирована обычная, у 12 — экссудативная, у 8 — артропатическая, у 6 — эритродермическая формы псориаза.

Функциональное состояние ЦНС оценивалось нейрофизиологическими показателями: электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ) и эхоэнцефалография (ЭхоЭГ).

Анализ ЭЭГ установил, что у 85,5% больных псориазом выявлялись диффузные изменения без определенной локальности с эквивалентами, свидетельствующими о повышенной возбудимости коры и заинтересованности структур орального отдела ствола. Основной альфа-ритм регистрировался как дезорганизованный, чаще предоминантный с заостренностью потенциалов и деформацией кривых волн.

Была выявлена определенная зависимость между клиническими формами псориаза и типами изменений ЭЭГ (нормальный, гиперсинхронный, десинхронный и т.д.).

Изучение РЭГ-показателей больных псориазом свидетельствовали о незначительных сдвигах церебральной гемодинамики по сравнению с возрастной нормой. У большинства больных (64,2%) отмечались явления выраженной дистонии сосудов головного мозга со склонностью тонуса к снижению и лишь у 5,8% выявлены явления ангиоспазма, которые сочетались с признаками затруднения венозного оттока из полости черепа.

Ультразвуковая энцефалография не выявляла каких-либо структурных изменений. Отмечаемая легко-выраженная внутричерепная гипертензия выявлялась лишь у отдельных больных, причем не имела определенной ассоциации с клиническими формами псориаза.

Таким образом, выявляемые нейрофизиологические отклонения со стороны ЦНС, ассоциированные с определенными формами псориаза, необходимо учитывать при разработке корригирующей терапии рассматриваемого дерматоза.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ СРЕДИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ш.И. ИБРАГИМОВ, А.Ю. ШМИДТ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Демографическая ситуация населения Республики Узбекистан в период независимости заметно изменилась. По сравнению с предшествующими годами в разрезе последних 10 лет продолжительность жизни среди мужчин возросла с 67 до 72 лет, среди женщин — с семидесяти до 75 лет. При рассмотрении самой структуры возрастных групп отмечается нарастание числа лиц, относящихся к старшим возрастным группам.

Параллельно с увеличением возраста человека, как правило, нарастает и патологическая отягощённость организма. По сравнению с людьми в возрасте 15–19 лет, патологическая поражённость которых составляет 13,2 %, среди лиц в возрасте 70–80 лет эта цифра возрастает до 97,6 %. Соответственно, удельный вес здоровых людей снижается с 86,8 до 2,4 %.

Доказано, что значительную часть больных дерматозами составляют лица старших возрастных групп. В связи с этим надо отметить важную роль именно нервно-психических нарушений в возникновении и поддержании ряда хронически-рецидивирующих заболеваний кожи. Поэтому изучение психического статуса больных хроническими дерматозами среди лиц пожилого и старческого возраста позволяет более глубоко понять сущность самой патологии кожи.

Под нашим наблюдением находилось 116 больных различными кожными заболеваниями в возрасте от 60 лет и старше.

При клинико-психологическом обследовании среди всех обследуемых у 92 больных (79,2 %) отмечались невротические расстройства различной степени выраженности. Выявлены следующие невротические жалобы: снижение настроения — у 24 больных (26,1 %); утомляемость, снижение физической активности — у 76 больных (82,6 %); апатия — у 18 больных (19,6 %); плаксивость — у 31 больного (33,7 %); снижение интереса к окружающему — у 21 больного (22,8 %); чувство тревоги и внутреннего напряжения — у 41 больного (44,6 %); угнетающие мысли — у 34 больных (36,9 %); снижение памяти — у 82 больных (89,1 %); повышенная раздражительность — у 51 больного (55,4 %); нарушения сна: а) трудность засыпания (пресомнические жалобы) — у 78 больных (84,8 %), б) прерывистый сон (интрасомнические жалобы) — у 47 больных (51,1 %), в) отсутствие чувства удовлетворённости сном — у 32 больных (34,8 %).

Таким образом, психологическое обследование данной возрастной группы среди больных хроническими рецидивирующими заболеваниями кожи дало возможность определить невротические расстройства различной степени выраженности, которые могут играть важную роль в патогенезе развития и определять характер течения данных патологий кожи.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОВ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, Р.С. ИСМАТОВ, У.А. МАМАТКУЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Известно, что каждая система организма находится во взаимосвязи друг с другом. Нарушение в одной из систем повлияет на показатели других систем. В этой связи нам представлял интерес изучения взаимосвязи изменений показателей липидов крови и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных псориазом.

С этой целью нами проведено исследование у 40 больных с различными клиническими формами псориаза (26 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 16 до 70 лет. Среди обследован-

ных у 33 больных диагностирована прогрессирующая и у 7 — стационарная стадия псориаза.

Исследование показателей нейтральных липидов в сыворотки крови у больных псориазом выявило достоверное увеличение содержания общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и фракций холестерина — холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) по сравнению с данными контрольной группы.

При исследовании показателей процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) выявлено, что в сыворотке крови у больных псориазом содержание малановго диальдегида (МДА) достоверно повысилось, а концентрация каталазы снизилось по отношению к данным группы контроля.

Анализ взаимосвязи показателей липидов и ПОЛ показал, что у больных псориазом изменения показателей липидов (ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП) оказались в прямой зависимости с изменениями МДА и обратной зависимости с изменениями каталазы. То есть с повышением концентрации в крови липидов и их фракций наблюдается увеличение содержания МДА и наоборот снижение уровня каталазы.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно предположить, что у больных псориазом выявляется прямая взаимосвязь показателей липидов с показателями ПОЛ и обратная взаимосвязь с показателями антиоксидантной системы организма.

ГЕРПЕСВИРУС ЧЕЛОВЕКА 8 ТИПА (HHV-8) В ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ КОЖИ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ САРКОМЫ КАПОШИ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, Х.Р. ХАЛИДОВА, Н.А. АБДУРАХМАНОВА, И.Т. КАРАБАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Введение. Открытый в 1994 г. герпесвирус человека 8 типа (HHV-8) относится к семейству γ-герпесвирусов, вызывающих медленно развивающиеся инфекции. Герпесвирус человека 8 типа (HHV-8) — это герпесвирус, ассоциированный с саркомой Капоши (СК), открыт и идентифицирован молекулярным клонированием с использованием биоптатов кожи от больных саркомой Капоши. HHV-8 считается вероятным кандидатом на роль этиологического фактора данного заболевания. В связи с чем этот вирус должен с высокой частотой обнаруживаться в различных биологических субстратах больного СК.

Цель и методы исследования: идентификация генома HHV-8 в биоптатах кожи у больных с идиопатическим и эпидемическим типами СК.

Материал и методы исследования: Методом ПЦР исследовали по 25 биоптатов кожи с очагов поражения больных с гистологически подтвержденным идиопатическим и эпидемическим типами СК. У 27 пациентов забор материала произведён с пятнисто-бляшечных элементов, у 14 — с бляшечных элементов, у 9 — с узелковых элементов.

Основные результаты: В группе больных идиопатическим типом СК геном HHV-8 был обнаружен в 23 (92%) образцах из 25, т.е. с очень высокой частотой. ДНК-последовательности HHV-8 не были выявлены у 2 пациентов с I (пятнистой) стадией СК с давностью заболевания менее 3 месяцев. Но у данных пациентов было диагностировано присутствие ДНК-последовательностей HHV-8 в цельной крови и слюне. В группе больных эпидемическим типом СК геном HHV-8 выявлен во всех образцах (100%).

Заключение: Таким образом, у больных идиопатическим и эпидемическим типами СК с высокой частотой (92% и 100% соответственно) выявляется HHV-8 в образцах пораженной кожи и подтверждает вирусную концепцию заболевания. Давность и стадия заболевания, фаза развития вируса, возможно, могут оказать влияние на присутствие вируса в отдельных биологических субстратах.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

Б.А. ИСАБАЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Герпес-вирусная инфекция является одной из самых распространенных инфекций человека. Varicella Zoster (VZ) является персистирующей вирусной инфекцией, как вирус герпеса III типа.

Целью данного исследования явилась разработка этиопатогенетической терапии больных с опоясывающим лишаем в зависимости от клинических и иммунологичесих характеристик.

Под нашим наблюдением находилось 137 больных в возрасте от 12 до 75 лет с различными клиническими формами опоясывающего лишая: везикуло-пустулезная у 79 (57,6%), геморрагическая у 10 (7,3%), лимфостатическая у 10 (7,3%), неврологическая у 9 (6,5%), эрозивно-некротическая у 29 (21,2%) больных. Проанализированы наиболее характерные триггерные факторы: заболевание было связано с переохлаждением, психоэмоциональным стрессом, переутомлением — у 33 (24,1%) пациентов. В более старших (60-75лет) возрастных группах 53 (38,7%) больных отмечали развитие заболевания на фоне обострения хронических процессов (гепатохолециститов, панкреатитов, пиелонефритов и др.), а также после оперативных вмешательств, гемодиализа. Детальное обследование пациентов старших возрастных групп позволило выявить у 7 пациентов (5,1%) онкологические заболевания.

Всем больным были проведены иммунологические исследования, где наиболее выраженные изменения со стороны иммунной системы выявлены при геморрагической и эрозивно-некротической формах опоясывающего лишая, когда ИРИ был снижен и составил 0,68±0,03 и 0,58±0,05 соответственно, против 1,5±0,05 в контрольной группе.

При лечении больных опоясывающим лишаем был разработан комплексный метод лечения, заключающийся в использовании ацикловир-содержащего препарата – герпевир и иммуномодулирующего, дезинтоксикационного препарата Лакто-Флор который является природным комплексом, содержащим белки с молекулярной массой от 0,5 до 140 кДа, полученной из молозиво молока крупного рогатого скота.

Герпевир назначали внутрь в дозе по 0,4 (1 табл.) 4раза в день в течении 5 дней в зависимости от тяжести заболевания. Препарат Лакто-Флор вводили по 1,0 в/м ежедневно в течении 10 дней.

В ходе проведенной терапии все больные отмечали улучшение своего состояния и положительную клиническую динамику.

Таким образом, предлагаемый метод терапии противовирусным и иммуномодулирующим препаратами, в частности герпевиром, и Лакто-Флором позволяет разрешать в более ранние сроки проявления опоясывающего лишая, тем самым уменьшая риск развития постгерпетической невралгии.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

З.Р. КАМОЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Проблема лей1шманиоза занимает одно из важнейших мест в тропической патологии. Кожный лейшманиоз в настоящее время регистрируется почти в 92 странах мира и ежегодно частота этого заболевания увеличивается.

В государствах Центральной Азии основные эндемические зоны расположены в Туркменистане и Узбекистане, где в силу природных условий и особенностей эпидемиологии зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ) представляет серьезную проблему, причем нередко могут возникать значительные вспышки заболевания.

Ввиду отмены отдельных лекарственных средств (мономицин и др.) при лечении больных ЗКЛ, практической дерматологии важно разрабатывать новые схемы эффективной терапии данного заболевания.

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности системной энзимотерапии в комплексном лечении больных зоонозным кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находилось 120 больных ЗКЛ в возрасте от 17 до 65 лет, среди которых мужчин было 68 и женщин-52. По клиническим формам больные ЗКЛ были распределены следующим образом: I группа — изъязвленные лейшманиомы без осложнений у 35 (29,2 %) больных; II группа — лейшманиомы в сочетании с лимфангоитами и лимфаденими у 28 (23,3 %); III группа — лейшманиомы с бугорками обсеменения у 30 (25 %); IV группа — лейшманиомы с явлениями лимфангоитов и бугорками обсеменения у 27 (22,5 %) больных.

Лечение больных ЗКЛ проводилось согласно Национальным стандартам с дополнительным назначением системной энзимотиерапии (препарат -Контаб), которая способна оказывать противовоспалительное, иммуномодулирующее и противоотечное действие.

Для оценки эффектвности использования Контаба больные ЗКЛ были распределены на две группы, сопоставимые по клинической форме, давности, количеству проявлений: I группа (57 больных) получала базисную терапию; II группа (63 больных) — базисную терапию в сочетании с Контабом.

Критериями эффективности лечения считали сроки очищения лейшманиом, паразитологическое выздоровление, эпителизация язв и полное рассасывание специфических осложнений ЗКЛ.

Лечение способствовало регрессу всех элементов с образованием поверхностной рубцовой атрофии кожи, причем лучший результат был достигнут у больных II группы, когда заживление наступало в среднем на 23,6 + 2,05 сутки против 29,1 + 1,55 сутки больных I группы.

Более выраженный терапевтический эффект у больных ЗКЛ, получавших базисную терапию в сочетании с Контабом, объясняется значительным снижением уровня эндогенной интоксикации и нормализацией иммунологических показателей.

Таким образом, включение системной энзимотерапии в комплексное лечение больных ЗКЛ значительно повышает терапевтический эффект и разработанная схема может широко использоваться в амбулаторных условиях.

ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Г.Ш. ГУЛЯМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Под нашим наблюдением находилось 95 пациентов с Атопическим дерматитом (АтД) в возрасте от 2 до 69 лет с давность заболевания от 1 года и выше 10 лет. У всех больных проводились клинические, иммунологические и микробиологические исследования.

У 75 больных изучали дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) и определяли степень тяжести заболевания по индексу SCORAD. Для отражения функционального состояния организма человека в связи с болезнью мы использовали показатель ДИКЖ. Для оценки мы применяли метод анкетирования Довжанского С.И., который состоит из 21 вопроса. По методу Довжанского С.И. результаты оценивались по пяти балльной системе, где 0-наиболее благоприятный показатель, 5-неблаго-приятный показатель. Сумма баллов равных 0 показывает о высоком уровне жизни, а сумма 105 об катастрофически низком уровне жизни пациента.

Среднее значение ДИКЖ (Dermatology Life Quality Index–DLQI) до лечения составляло — 57,4±2,7 балла. Изучение ДИКЖ выявило следующие особенности: где 50 баллов легкая степень, что составило 33 %, 50–80 баллов средняя — 40 % и свыше 80 баллов тяжелая степень — 27 %. По методам терапии больные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 35 больных с АтД — получала традиционное лечение в виде гипосенсибилизирующих, антигистаминных средств, витаминотерапии, наружно — местных глюкокортикостероидов и эмолиантов. Вторая группа из 40 больных атопическим дерматитом получала комплексное лечение

в виде применения традиционной терапии и препарата гемалин. Это иммунокоррегирующий и антибактериальный отечественный препарат. Действующее вещество — комплекс пептидов животного происхождения, оказывающее иммуномодулирующее действие, уменьшающее чувствительность к инфекционным агентам. После проведенного лечения отмечалось повышение качества жизни в обеих группах, так в группе больных, получавших традиционное лечение, отмечалось снижение общего балла ДИКЖ до 41 балла, тогда как в группе пациентов, получавших комплексное лечение, эти показатели снижались до 26,7 баллов. Несмотря на то, что снижалось общее количество баллов ДИКЖ в обеих группах, при детальном изучении анкет больных было выявлено незначительное снижение баллов по некоторым показателям или даже резкое повышение баллов по другим. Так, например, по таким показателям как: повышенная раздражительность, ухудшение памяти и внимания, страх ухудшения здоровья, невозможность занятий спортом, боязнь иметь больных детей баллы снижались незначительно, а по таким показателям как соблюдение диеты, материальные затруднения в связи с болезнью резко повышались. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что патогенетическая терапия способствует снижению индекса ДИКЖ. Однако показатели ДИКЖ наводят на мысль о необходимости новых подходов к терапии и профилактики заболевания в сфере нервно-психологического статуса и оздоровления образа жизни у больных АД.

ОЦЕНКА ИНДЕКСА SCORAD НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА, А.Ш. ИНОЯТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Атопический дерматит (АД) рассматривают как аллергическое заболевание, возникающее у лиц с наследственной предрасположенностью к атопии. АД имеет хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности клинических проявлений, характеризуется кожным зудом, что обусловлено гиперчувствительностью кожи, как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям. АД является одним из наиболее часто встречающихся дерматозов, им страдают от 5 до 30 % всех больных дерматитами. Патогенез АД до сих пор является дискуссионным. В настоящее время основной интерес исследователей в этой области направлен на иммунологические механизмы заболевания.

Индекс SCORAD является универсальным показателем при оценки эффективности терапии у больных с диффузным нейродермитом, экземой, почесухой, которые входят в группу АД согласно МКБ-10.

Целью исследования: явилось определение клинической эффективности отечественного иммунокоррегирующего препарата «Гемалин» при лечении больных с АД на основании индекса SCORAD.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 80 больных, страдающих АД, в возрасте от 2 до 64 лет. Больные получали лечение на базе РСНПМЦДиВ МЗ РУз. У больных выявлены следующие клинические формы АД: экссудативная форма (n = 22, или 28 %), эритематозно-сквамозная форма (n = 16, или 20 %), эритематозно-сквамозная с лихенификацией (n = 19, или 24 %) пруригинозная форма (n = 10, или 13 %), лихеноидная форма (n = 13, или 15 %). Больных АД разделили на две группы: 45 (56 %) получали традиционное лечение; 35 (44 %) — отечественный иммунокорегирующий препарат «Гемалин», который вводили внутримышечно по схеме на фоне традиционной терапии. Результаты терапии оценивали на основании изменения клинической картины на 24 сутки лечения. Объективным критерием служила динамика кожной симптоматики заболевания, анализируемая с помощью индекса SCORAD.

Результаты: средне групповое значение индекса SCORAD у больных, получавших традиционное лечение, составило до лечения 63,6 ± 3,9 балла (среднетяжелая степень), после лечения — 28,8 ± 4,1 балла (легкая степень).

Средне групповое значение индекса SCORAD у больных, получавших гемалин, до лечения — 78,4±4,8 балла (среднетяжелая степень), после лечения — 36,3±2,5 балла (легкая степень).

Результаты: редукция показателя индекса в обеих группах составила 55%. Побочных эффектов от применения препарата «Гемалин» больными не отмечено.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ТОКСИКОДЕРМИЕЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Токсикодермия — токсикоаллергическое заболевание кожи, возникающее в результате воздействия на нее аллергенов, поступающих в организм. Термин ввел в 1905 г. J.Jadasson. По данным ВОЗ, 10% жителей Земли страдают токсикодермией. Причинами заболевания являются лекарственные препараты, пищевые продукты, производственные и бытовые химические вещества, обладающие аллергическими или токсическими свойствами. Заболевание начинается остро или через несколько часов, чаще на 3 день после действия причинного агента. Токсикодермия чаще представлена мономорфной сыпью, реже полиморфной. Кожная сыпь может сочетаться с поражением видимых слизистых оболочек, нарушением общего состояния больного.

Цель исследования: изучение этиологических аспектов и характера клинического течения токсикодермии с учетом возраста больных.

Материалы и методы: больные с токсикодермией, получившие стационарное лечение в РСНПМЦДиВ МЗ РУз 1999–2009 гг.

Результаты: при анализе историй болезней за 1999–2009 гг. выявлено 254 больных, из которых мужчин 117 (46%), женщин 137 (54%). Лекарственная токсикодермия встречалась у 160 больных (63%), идеопатическая — у 64 больных (25%), алиментарная — у 30 (12%). Лекарственная токсикодермия отмечалась чаще у женщин (55%), идеопатическая и алиментарная — у мужчин (57% и 60%). До 10 лет токсикодермией страдало 2 больных мужского пола, от 11 до 17 лет — 8 больных (3 мужчин и 5 женщин), от 18 до 25 лет — 35 больных (21 мужчин и 14 женщин), от 26 до 36 лет — 61 больных (32 мужчин и 29 женщин), от 37 до 45 лет — 38 больных (18 мужчин и 20 женщин) и свыше 46 лет — 110 (40 мужчин и 70 женщин). До 2 лет отмечалась идеопатическая токсикодермия, от 11 до 17 лет превалировала алиментарная токсикодермия (67%), от 18 до 25 лет — лекарственная токсикодермия, от 26 до 36 лет — лекарственная токсикодермия (56%), от 37 до 45 лет — лекарственная токсикодермия (68%), свыше 46 лет — лекарственная токсикодермия (74%). Среди лекарственных средств, вызывающих токсикодермию, превалировали анальгетики (32%), антибиотики (29%), сульфаниламиды (13%), нпвс (10%). В группе от 11 до 17 лет превалировали антибиотики, от 18 до 25 лет — антибиотики и анальгетики, от 26 до 63 лет — сульфаниламиды, антибиотики, витамины, нпвс, от 37 до 45 лет — анальгетики, антибиотики, свыше 46 лет — анальгетики, антибиотики. Кожнопатологический процесс носил универсальный характер у 69 больных (27%), поражения лица и конечностей отмечалось у 26 больных (10%), туловища и конечностей — у 96 больных (38%), только конечностей — у 33 больных (13%), слизистые оболочки и конечности — у 12 больных (5%), лица и слизистых — у 18 больных (7%).

Выводы: полученные данные имеют важное научно-практическое значение и требуют дальнейшего изучения для разработки тактики оптимальных своевременных методов терапии и профилактики.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, М.Ф. ЯХШИЕВА, И.С. АМБАРЦУМЯН, Н.Х. УСМАНОВА, А.Н. РУЗИКУЛОВА, А.Ю. ШМИДТ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Себорейный дерматит — хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, характеризующиеся появлением эритематозно-сквамозных очагов поражений с четкими границами в местах наибольшей активностью сальных желез.

С целью изучения клинического течения себорейного дерматита проведен ретроспективный анализ истории болезни больных с себорейным дерматитом за 2000–2010 гг, получавшие стационарное лечение в клинике РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз.

За этот период стационарное лечение получили 79 больных в возрасте от 7 до 63 лет. Среди них лица мужского пола составили 34 больных (43,04 %) , а лица женского — 45 (56,9 %).

По возрасту больные были распределены следующим образом: до 7 лет — 1 (1,3 %), 8–15 лет — 15 (18,9 %), 16–19 лет — 14 (17,7 %), 20–29 лет — 26 (32,9 %), 30–39 лет — 9 (11,4 %), 40–49 лет и старше 50 лет — 7 (8,8 %) соответственно. Следует отметить, что в возрасте от 8–15 лет себорейным дерматитом чаще страдали лица женского пола, что составило 12 больных против 3 — лиц мужского пола и такая тенденция отмечалось с увеличением возраста (16–19 лет).

По давности заболевания 30 больных страдали себорейным дерматитом до 1 года , что составило 37,9 %, от 1 года до 5 лет — 37 (46,8 %) и более 5 лет — 12 пациентов , что составило 15,2 %. Однако, в зависимости от пола при давности заболевания до 1 года женщины страдали наиболее чаще — 20 (25,3 %) по сравнению с мужчинами — 10 (12,6 %) соответственно. Однако, при давности заболевания 1–5 лет у мужчин наиболее часто диагностировали (24,05 %) по сравнению с лицами женского пола — 22,7 % соответственно.

Изучение характера клинической картины заболеваемости показало, что у 68,4 % (54 из 79) больных кожно-патологический процесс располагался на коже волосистой части головы. Среди них у 21 очаги поражения имели ограниченный характер, располагаясь только на коже волосистой части головы, тогда как у 33 больных — кожно-патологический процесс имел распространенный характер. При этом очаги поражения кроме волосистой части головы локализовались на коже грудной клетки, межлопаточной области спины, верхних конечностей. У 11 больных (13,9 %) кожно-патологический процесс располагался на коже лица в области лба, носо-губной складки, щеки. У 7 больных очаги поражения наблюдались на коже волосистой части головы и лица, что составило 8,8 %.

Элементами поражения являлись эритемато-сквамозные сухие высыпания с четкими местами нечеткими границами различного размера. Кожа в очагах поражения слегка или умеренно гиперемированная, с незначительной инфильтрацией, местами мелкопластинчатым шелушением. Субъективно больных беспокоило умеренный зуд.

Клинически у 15,2 % (12 больных) заболевание имело легкое течение, среднетяжелое течение отмечалось — у 60,7 % (48), тяжелое — у 24,05 % (19). Легкое течение себорейного дерматита характеризовалось удовлетворительным состоянием больного при наличие кожно-патологического процесса в основном на коже волосистой части головы, лица, иногда на единичных очагов поражения на коже туловища, у которых отмечался быстрый регресс кожно-патологического процесса в течение 16–18 дней.

Средне-тяжелое течение — характеризовалось распространенностью кожно-патологического процесса (кожа волосистой части головы, туловища, верхняя конечность), выраженной гиперемией , инфильтрацией и жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта.

Тяжелое течение отмечали у 19 больных, у которых кожно-патологический процесс имел распространенный характер, на коже отмечали явление мацерации, мокнутие, местами трещины. На коже волосистой части головы отмечали скопление большого количество жирных чешуек, массивных корок. По мимо кожных проявлений у этих больных отмечали жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, иногда повышение температуры, на фоне гипохромной анемии отмечали увеличение СОЭ.

Таким образом, клиническое течения себорейного дерматита имеет своеобразный характер. Заболевание наиболее часто регистрируется в молодом-активном (20–29 лет) возрасте — 32,9 %, в 68,4 % случаев кожно-патологический процесс обусловлено эритематозно-сквамозными высыпаниями и располагается на коже волосистой части головы, и в 60,7 % случаев имеет средне — тяжелое течение.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы прослеживается увеличение доли наследственных болезней в общей структуре заболеваний. В связи с этим возрастает роль генетических исследований в практической медицине, в том числе и дерматологии. Нозология дерматозов включает сотни наследственных заболеваний и синдромов с поражениями кожи, а также целый ряд кожных болезней, в возникновении которых существенную роль играют факторы наследственного предрасположения.

Атопические дерматит относится к мультифакториальным заболеваниям, так как, для его развития необходимо влияние определённых факторов внешней среды и семейная предрасположенность к аллергии. Для болезней мультифакториального происхождения, в том числе и аллергических, характерно правило: много генов — много вариантов их экспрессии — много фенотипических проявлений. При атопическом дерматите кандидатные (идентифицированные) гены были обнаружены при анализе семей ограниченных популяций [Балаболкин И.И. 2010].

Нарушения иммунологической реактивности (атопии и иммунодефицита) в развитии атопического дерматита изучены и описаны достаточно полно. Патогенетическую основу факторов развития атопического дерматита составляют IgE-опосредуемые иммунопатологические реакции, связанные с изменением соотношения Т×1/Т×2 цитокинового профиля в сторону преобладания Т×2-ответа. Выделяют разные причины, обуславливающие сдвиг иммунологических реакций в сторону Т×2 звена. Прежде всего следует отметить наследственные факторы [Сергеев Ю.В. и соавт. 2001].

Проведенные исследования позволили выдвинуть концепцию о существующих трех кластеров генов подверженности к атопическим заболеваниям: гены предрасполагающие к атопии как таковой, гены предрасполагающие к развитию воспалительных реакций, гены предрасполагающие к проявлению симптомов «органной специфичности». Несколько исследований по масштабному анализу уровня экспрессии генов у больных атопическими заболеваниями и на модельных объектах позволили предположить, что число наиболее значимых генов, предрасполагающих к развитию атопических заболеваний, не превышает 150 [Фрейдин М.Б. 2007].

Согласно данным опубликованных результатов анализа сцепления гены атопии расположены в 10 участках генома человека. Отмечалась высокая повторяемость результатов этих работ для регионов 5q23–31, 6p21–23, 11q13, 12q14–24.33 и 13q11–32. По-видимому, именно здесь расположены наиболее важные гены атопии. Наиболее привлекает к себе внимание область на 5 хромосоме (5q31–33), содержащая кластер генов IL4, IL5, IL13 и гМ-КСФ (цитокины, характеризующие Т×2 профиль) [Marsh D., Neely J. 1994]. Условно гены атопических заболеваний можно разделить на несколько групп: 1) гены факторов антигенного распознавания и гуморального иммунного ответа (IL4, IL5, IL13, HLA-DR, TCRA, RANTES, TNFα и т.д.); 2) гены метаболизма медиаторов воспаления и сопутствующих факторов (LTC4S, PAFAH, NOS3, SPINK5 и т.д.); 3) гены рецепторов цитокинов и медиаторов воспаления (IL4RA, ABRB2, FCER1B, IL13RA1, CCR5 и т.д.); 4) гены факторов транскрипции (STAT6, JAK1, JAK3, NFYB и т.д.); 5) другие гены (GSTM1, GSTT1, CYP2E1, NAT2, SLC11A1 и т.д.).

Несмотря на то, что охарактеризованы многие гены подверженности атопии, утверждать, что сегодня имеется полное понимание наследственных свойств атопии и ассоциированных с ней заболеваний рано, пока не удалось идентифицировать специфические гены, от-

ветственные за развитие атопического дерматита. Продолжаются выполнение широкогеномных скринингов зарубежными учеными, для атопии, накапливаются публикации по анализу экспрессии генов атопии. Дальнейшее изучение полиморфизма кандитатных генов поможет разработать прогнозирование, первичную и вторичную профилактику для больных атопическими заболеваниями и лиц с наследственной предрасположенностью к атопическому дерматиту.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ IL-4, IL-6 У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ГЕМАЛИН

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Д.А. ТЕШАБАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Поиск иммунологических механизмов патогенеза АД связан с необходимостью выработки новых методов лечения, так как течение заболевания в большинстве случаев носит хронический (рецидивирующий) характер, Широкое распространение АД, продолжающийся рост заболеваемости, недостаточная эффективность современных методов терапии обуславливает необходимость дальнейшего всестороннего изучения иммуно-патогенетических механизмов АД.

Цитокины — секретируемые гликопротеины, регулирующие и определяющие природу иммунных ответов, являются высокопотентными белками, активными в пикомолярных концентрациях. Про- и противовоспалительные цитокины (IL-4, IL-6) обеспечивают ответную реакцию на внедрение чужеродных антигенов, иммунное повреждение, а также воспаление, репарацию и регенерацию кожи

Цель исследования: Оценка динамики показателей цитокинов IL-4, IL-6 у больных атопическим дерматитом на фоне применения препарата «Гемалин».

Методы и материалы исследования: нами проведены исследования у 50 больных атопическим дерматитом. Диагноз АД был установлен согласно критериям J.Hanifin и G.Rajka (1980). При поступлении в стационар все больные АД находились в фазе обострения основного заболевания Цитокины в сыворотке крови (IL-4, IL-6) определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) в лаборатории РСНПМЦДиВ.

По клинической форме больные распределены следующим образом: эритематозно- сквамозная форма — у 8; эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией — у 9; экссудативная форма — у 15; лихеноидная форма — у 10; пруригинозная форма — у 8 больных АД.

Произведено исследование цитокинового статуса с определением уровня IL-4 и IL-6 в сыворотке крови у 50 больных АД, получавших препарат « гемалин» по схеме 3 курса по 5 дней, в/м. Контрольную группу составили 36 здоровых лиц, по данным клинико-лабораторного обследования не имевших в анамнезе АД.

Результаты: Изучение цитокинового статуса у больных АД выявило, что уровень IL-4 в 2,4 раза превышал уровень показателей по сравнению с контрольной группой здоровых лиц (5,8 ± 0,16 пг/ мл против 2,5±0,08 пг/мл), а уровень IL6 в 1,4 раза снижен по сравнению с группой контроля (1,84 ± 0,3 пг/мл против 2,7±0,3 пг/мл

Анализ динамики изменений после проведённого лечения на фоне применения препарата «Гемалин» выявил нормализацию показателей достоверного характера у больных, так уровень IL-4 снизился до 0,9± 0,03 пг/ мл, а уровень IL-6 — повысился 9,7±1,6 пг/мл.

Выводы: На основании полученных данных можно предположить, что выявленное повышение IL-4 приводит к экспрессии на В-лимфоцитах и тучных клетках CD23-низкоафинного рецептора для IgE, который потенцирует выработку IgE. Этот эффект имеет прямое отношение к развитию процесса сенсибилизации при атопическом дерматите.

Таким образом, использование отечественного иммуномодулирующего препарата «Гемалин» в комплексной терапии АД определяется весьма перспективным, особенно при лечении тяжелых, рецидивирующих, торпидных к традиционным методам терапии форм дерматоза.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ, С.М. ХОДЖАЕВА, В.Ф. СИРАЗИТДИНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Гнездная алопеция (выпадение волос) относится к многофакторным заболеваниям. Установлена роль нейродистрофических, эндокринных, обменных, иммунологических, сосудистых, реологических нарушений в патогенезе данного заболевания. Ее развитие связано с воздействием разнообразных средовых факторов, но немаловажное значение имеет и наследственная предрасположенность (24–30 %) к данному заболеванию. Для оценки влияния наследственной предрасположенности на развитие и течение алопеции у детей нами были проведены исследования.

Под нашим наблюдением находилось 120 детей, больных алопецией в возрасте от 1 до 14 лет. Девочек из них было 58 (48 %), мальчиков 62 (52,5 %). Все больные были распределены по группам в зависимости от клинической формы, стадии, типа и тяжести течения заболевания. По клиническим формам больные распределились следующим образом: локальная форма — 70 (57,8 %), субтотальная — 21 (17,7 %), тотальная — 21 (17,7 %), лентовидная — 7 (5,9 %), универсальная — 1 (0,84 %), среди них прогрессирующая стадия наблюдалась у 102 (84,8 %) больных, стационарная — у 18 (15,2 %) больных. По типу болезни больные были распределены на следующие группы: обычный тип наблюдался у 84 (69,6 %), атопический — у 16 (13,5 %), гипертензионный — у 15 (12,7 %), аутоиммунный — у 5 (4,2 %) больных детей. Легкая степень заболевания была у 54 (44,3 %) больных, средне-тяжелая — у 41 (34,7 %), тяжелая — у 25 (21 %). При сборе анамнеза было установлено, что у близких родственников 14 (11,6 %) больных имелось аналогичное заболевание. Все эти больные имели тотальную форму, гипертензионный тип и тяжелую степень алопеции. Все больные были разделены на три группы. Первая получала традиционное лечение (витамины, микроэлнменты, ферменты, препараты улучшающие микроциркуляцию крови, биостимуляторы), вторая — традиционную терапию и «Адаптол» (седативный препарат), третья — традиционную терапию, «Адаптол» и «Випросал В» (местно). В результате проведенной терапии у больных, имеющих отягощенный наследственный анамнез по сравнению с больными не имеющими отягощенный наследственный анамнез, эффективность терапии была низкой, отмечалось незначительное улучшение.

Таким образом, наличие в анамнезе у больных алопецией родственников с аналогичным заболеванием, отягощает клиническую симптоматику заболевания, что сказывается на эффективности проводимой терапии, создает необходимость индивидуального подхода в каждом конкретном случае заболевания.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

А.А. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ограниченная склеродермия (ОС) — хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в патологический процесс внутренних органов [МКБ-10; L 94].

Целью исследования явилось — изучить состояние иммунной системы детей больных ОС. Под наблюдением находилось 35 больных в возрасте от 3 до 14 лет. Из них 12 мальчиков, 23 девочек. Помимо общеклинических методов исследования у больных ОС детей определялось состояние иммунной системы по методу «Моноклонального тестирования» СД3, СД4, СД8, СД16, СД22. Применение в клинической практике иммунологических методов с использованием моноклонального тестирования — является наиболее эффективным, в связи с высокой специфичностью и точностью. Исследование иммунного статуса проводилось моноклональным те-

стирование субпопуляций лимфоцитов перефирической крови СД3, СД4, СД8, СД16, СД22 по мембранным маркерам с использованием антилимфоцитарных антител производства НИИ иммунологии МЗ РФ (Москва, фирма «Сорбент»).

Анализируя полученные данные по содержанию иммунорегуляторных лимфоцитов было выявлено, что количество СД3 клеток — повысялось в среднем до 39,5±–0,9 %, CD4+ лимфоцитов (Т-хелперов) — в среднем до 24,7±0,6 % по сравнению с показателями контрольной группы (P<0,001). Количество Т-супрессоров — CD8+ клеток возрастало до 16,4±0,3 %, ЕК СД16 клеток до 13,4±0,35 %. Количество В-лимфоцитов СД22 клеток понизилось до 9,3±0,18 %.

Таким образом, показатели иммунной системы детей, больных ОС, отличаются от возрастных нормативных показателей ОС у детей характеризуется изменениями как со стороны Т-лимфоцитов, так и со стороны В-лимфоцитов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

А.М. МАННАНОВ, К.Н. ХАИТОВ, А.А. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ограниченная склеродермия (ОС) — хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в патологический процесс внутренних органов.

Нами было обследовано 35 детей, больных ОС длительностью заболевания не менее 1 года, с использованием детского дерматологического индекса качества жизни — ДДИКЖ предназначенного для использования у детей страдающих ОС в возрасте –16 лет. В некоторых случаях у детей младшего возраста информация получалась от родителей. В результате опроса выяснилось, что клинические симптомы сильно беспокоили всех больных, отрицательно влияя на настроение, взаимоотношения с друзьями. Дети отказывались от прогулок, игр, занятий спортом. Для того, чтобы скрыть кожные проявления на открытых участках тела, 19 (54,2 %) детей были вынуждены носить прикрывающий стиль одежды летом.

При суммировании набранных по опроснику баллов, учитывая, что максимально набирается 24 баллов, у 26 (74,3 %) больных детей ДДИКЖ составило более 20 баллов. Высокие значения ДДИКЖ, особенно у детей старшего детского и подросткового периодов показывают, насколько выраженное негативное влияние на качество жизни оказывает заболевание. Выявленные изменения необходимо учитывать при разработке комплексных эффективных методов терапии ОС.

ХОФИТОЛ В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

А.М. МАННАНОВ, С.М. ХОДЖАЕВА, Н.Б. БАБАБЕКОВА, К.А. ИБРАГИМОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Псориаз (чешуйчатый лишай) хронический эритемато-сквамозный дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, а так же изменениями в различных органах и системах. Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматозов, его частота в различных странах колеблется в широких пределах от 0,1–3 %, а среди больных с кожной патологией его доля составляет 12–15 %. Клинические проявления псориаза характеризуются папулезными высыпаниями, четко отграниченные от здоровой кожи, розовато-красного или насыщенного красного цвета, покрытые рыхлыми чешуйками серебристо-белого цвета. Лечение зависит от стадии заболевания и состоит из базисной и симптоматической терапии. Во всех стадиях, лечения псориаза, в базисную терапию входят: иммуносупрессоры, гепатопротекторы, ПУВА терапия. Под нашим наблюдением находилось 47 больных псориазом, в возрасте от 6 до 14

лет. Из них 18(38%) мальчики и 29(62%) девочек. У 31 больных был установлен простой псориаз, у 9 ладонно-подошвенный псориаз, у 6 экссудативный псориаз. При ультразвуковой диагностике органов брюшной полости у 42(89%) больных отмечена патология со стороны гепатобилиарной системы в виде холецистита, ДЖВП. Также у больных отмечалась периодическая боль в правом подреберье, тошнота, изжога, горечь во рту. При базисной терапии, у данных больных, был применен препарат «ХОФИТОЛ», в качестве желчегонного средства. Фармакологический эффект препарата обусловлен комплексом входящих в состав листьев артишока полевого биологически активных веществ. Цинарин в сочетании с фенолокислотами обладает желчегонным, а также гепатопротективным действием. Аскорбиновая кислота, каротин, витамины В1 и В2, инулин способствуют нормализации обменных процессов. Обладает также диуретическим действием и усиливает выведение мочевины. Препарат «ХОФИТОЛ» назначали по 1–2 таблетки (в зависимости от возраста) 3 раза в день до еды. В течении 3 недель. Уже через две недели приема препарата у больных пропало чувство горечи во рту, прекратились изжога и тошнота. При этом побочных явлений препарата у данных больных не наблюдалось.

Таким образом, препарат «ХОФИТОЛ» является высокоэффективным желчегонным и гепатопротективным препаратом и может применяться в широкой практике для лечения псориаза у детей.

САМР-ЗАВИСИМОЕ ФОСФОРИЛИРОВАНИЕ БЕЛКОВ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Б.П. НЕДОБОЙ, П.М. НЕДОБОЙ

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г.Киев, Украина

Псориаз характеризуется повышенной пролиферацией эпидермиса и относится к числу наиболее распространенных хронических дерматозов с неясной этиологией и патогенезом. Важная роль в процессах пролиферации отводится циклическим нуклеотидам.

Циклические нуклеотиды регулируют многие внутриклеточные реакции которые реализуются через протеинкиназы и это является быстрым и эффективным механизмом, контролирующим активность ферментов и функцию не ферментных регуляторных белков.

Исходя из вышеизложенного, нами изучена у 13 здоровых лиц и 49 больных псориазом степень САМР-зависимого фосфорилирования белков кожи путем инкубации ее с 32Р фосфатом при этом 32 Р включается во внутриклеточный АТФ, а затем в белки, которые и определяются.

САМР-зависимое фосфорилирование гомогената кожи проводили в среде инкубации (0,2), содержащей 20мкМ трис-HCL(pH — 7,4), 5мМ MgCL2, 20мМ NaF, 25мкМ [Y32 P] ATP (1–5мк Ки в пробе), 200 белка в аликвоте. Реакцию проводили в течении 5 минут при 30 С и прекращали добавлением 2мл 10%-ной трихлоруксусной кислоты. Радиоактивность образцов определяли в жидкостном стинтиляционном спектрометре «Beckman» LS-7000 (США).

При внесении в реагирующую смесь экзогенной, растворимой САМР-зависимой протеинкиназы, фосфорилирование в свободной от высыпаний коже больных псориазом снижалось в 1,16 раза и составило $0,83 \pm 0,06$ пмоль 32Р/мг белка за 1 мин., тогда как в контроле (здоровые лица) этот показатель был равным $0,969 \pm 0,04$ пмоль 32Р/мг белка за 1мин., т.е. различия в скорости фосфорилирования кожи контрольной группы и интактной кожи больных псориазом оказались несущественными ($p > 0,05$).

В прогрессирующей стадии псориаза экзогенная с АМР-зависимая протеинкиназа снижала удельную активность сАМР-зависимого фосфорилирования в 2,11 раза по сравнению с контрольной группой лиц и была в 1,8 раза ниже по сравнению с аналогичным показателем в свободной от высыпаний коже. У больных в стационарной стадией псориаза экзогенная, растворимая сАМР-зависимая протеинкиназа, по сравнению с больными прогрессирующей стадией, вызывала увеличение уровня фосфорилирования белков кожи в 1,43 раза ($p < 0,001$). Однако этот показатель был ниже в 1,26 раза по сравнению с уровнем фосфорилирования в свободной от высыпаний коже больных псориазом ($p < 0,01$) и в 1,47 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

В регрессирующей стадии псориаза экзогенная cAMP зависимая протеинкиназа вызывала дальнейшее увеличение уровня фосфорилирования в коже по сравнению со стационарной стадией, однако этот показатель был значительно ниже, чем в коже контрольной группы.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что экзогенная растворимая cAMP-зависимая протеинкиназа вызывает снижение уровня фосфорилирования белков кожи у больных псориазом. Наиболее выражено снижение фосфорилирования по сравнению с контролем и свободной от высыпаний кожей и кожей больных псориазом выявлено в прогрессирующей стадии. По мере стабилизации процесса на коже уровень фосфорилирования белков гомогенатов кожи повышался, однако эти показатели не достигали показателей в интактной коже больных псориазом и коже здоровых лиц. Выявлена зависимость уровеня cAMP больных псориазом в зависимости от стадии псориаза. Наиболее низкий уровень cAMP отмечался в прогрессирующей стадии, а по мере стабилизации и разрешения псориатических высыпаний содержание cAMP в коже увеличивалось. Это дает основание говорить, что больных псориазом уровень cAMP-завимимого фосфорилирования существенно зависит от концентрации cAMP, что в свою очередь может указывать на существование конкуренции между cAMP и АТФ за участки связывания в активном центре каталитической субъединицы.

cAMP-зависимые протеинкиназы обладают широкой субстратной специфичностью (Т.П.Кондратенко, М.Д.Курский, 1992). В клетке присутствуют мириады белков-мишеней для фосфорилирования (Hayes I.S. Brunton L.L.,1982; Kenneht J. и соавт. 1987).

В экспериментальных целях в качестве субстратов протеинкиназы используется чистомы, протамин и козеин, которые являются наилучшими акцепторами фосфатных групп (M.V. Nesteroova и соавт., 1975; Suzuki K. И соавт., 1981).

При исследовании протеинкиназной активности в качестве субстрата фосфорилирования мы использовали протаминсульфат (США). Добавление протаминсульфата (ПС) в реагирующую среду, содержавшую гомогенат кожи здоровых лиц, происходило увеличение активности фермента с 0,969±0,04 до 0,98±0,043 пмоль 32Р(мин./мг белка. Однако, различие показателей оказалось статистически недостоверным (p>0,05). Интактная кожа больных псориазом в этих условиях также реагировала увеличением активности фермента с 0,83±0,06 до 0,97±0,057пмоль 32 Рмг/мин. Белка. То-есть скорость фосфорилирования в интактной коже больных псориазом была более выраженной , чем у здоровых лиц несмотря на недостоверность сравниваемых показателей (p>0,05). В прогрессирующей стадии псориаза скорость фосфорилирования возрастала с 0,459±0,014 до 0,723±0,018 пмоль 32Рмин/мг белка и была в 1,57 раза выше по сравнению с исходным состоянием (p<0,001). У больных со стационарной стадией псориаза скорость фосфорилирования составила соответственно 0,657±0,028 и 0,799±0,027пмоль 32 Рмин/мг белка и была в 1,21 раза выше по сравнению с исходным состоянием (p<0,001). При регрессирующей стадии эти показатели составили 0,67±0,04 и 0,78±0,026 пмоль 32Рмин/мг белка и оказались в 1,16 раза выше по отношению к исходному состоянию (p<0,05).

Следовательно, при использовании в качестве субстрата фосфотрансферазной реакции протамина у здоровых лиц не наблюдалось стимуляции фермента циклическим AMP. Аналогичные данные были получены при изучении cAMP-зависимой протеинкиназы кроличьих (М.Д. Курский и соавт. 1985) из матки коровы (А. Риса и соавт. 1972; 1973). Вместе с тем экспериментально показано (M. Tao, 1972), что протамин может связываться регуляторной субъединицей cAMP-зависимой протеинкиназы. У больных псориазом в интактной коже не отмечалось стимуляции фермента циклическим AMP, тогда как в очагах пораженной кожи выявлено стимулирующее влияние протамина активности фермента. Самое высокое значение выявлено в прогрессирующей стадии , далее следовала стационарная стадия и регрессирующая стадия псориаза. Активность фермента находилась в прямой зависимости от содержания cAMP в этих группах больных. Можно полагать, что изменение уровня cAMP сказывается на степени активации cAMP-зависимой протеинкиназы.

Следующим этапом нашей работы явилось изучение влияния эндогенного фосфорилирования субстрата на протеолитическую активность в коже. Исследования по изучению общей протеолитической активности кожи с фосфорилированным и не фосфорилированным протаминсульфатом изучены в коже здоровых лиц (19), очагах пораженной кожи (24) и в местах разрешившихся высыпаний. Результаты исследований обобщены в таблице №7.

Влияние фосфорилирования субстрата на протеолитическую активность кожи здоровых лиц и больных псориазом.

Таблица №7

№ п/п	Исследуемая группа	ПРА мкмоль аргинина мин/мг белка	p	ПРА С фосфорилированным протаминсульфатом
1	Контроль	6,3 ± 0,20	>0,05	6,06 ± 0,25
2	Кожа в очагах поражения	3,59 ± 0,228	<0,001	6,12 ± 0,17
3	В местах разрешившейся сыпи	4,37 ± 0,05	<0,001	4,90 ± 0,06

Как видно из представленных в таблице данных, общая протеолитическая активность кожи здоровых лиц составляла 6,3±0,2 мкмоль аргинина/мг белка /час. В очагах пораженной кожи этот показатель равнялся 3,59±0,23 мкмоль аргинина/мг белка /час и оказался в 1,75 раза ниже по сравнению с контрольными показателями (p<0,001). Тогда как в местах разрешившихся высыпаний, протеолитическая активность составила 4,37±0,05 мкмоль аргинина/мг белка/час и оказалась в 1,44 раза ниже по сравнению с таковой контрольной группы (p<0,001) и в 1,28 раза выше по сравнению с очагами пораженной кожи (p<0,001). Следовательно, у больных псориазом как в очагах пораженной кожи так и в местах разрешившихся высыпаний протеолитическая активность снижена, при этом снижение протеолитической активности более выражено в местах высыпаний. По мере клинического улучшения, происходит заметное повышение протеолитической активности в коже, однако после разрешения сыпи полной нормализации протеолитической активности не происходит.

При добавлении в реагирующую смесь фосфорилированного субстрата (протаминсульфат) в контрольной группе показатель протеолитической активности составил 6,06±0,25 мкмоль аргинина /мг белка/час и практически не изменился по сравнению с исходным состоянием. В очагах пораженной кожи в этих условиях происходило повышение протеолитической активности в 1,7 раза и этот показатель составил 6,12±0,17 мкмоль а ргинина/мг белка/час, против 3,59±0,23 мкмоль аргинина/мг белка/час в исходном состоянии (p<0,001). Менее выраженное нарастание протеолитической активности регистрировалось в коже взятой из участков разрешившейся сыпи. На этих участках показатель протеолитической активности составил 4,9±0,06 мкмоль аргинина/мг белка/час против 4,37±0,05 мкмоль аргинина/мг белка в час в обычных условиях (p<0,001).

Приведенные данные дают основание ть, что у больных псориазом фосфорилирование на уровне субстрата изменяет протеолитическую активность кожи в сторону повышения как в очагах поражений, так и в местах разрешившихся высыпаний.

МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИНГ ЮҚИШИ ТЎҒРИСИДА

Х.А. НИЯЗОВ

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш.

Узоқ йиллар ушбу масала борасидаги фикрлар олимлар ва лепролог мутахассислари орасида турли хил тортишувларга сабаб бўлган. Тўғриси, бу тоифадаги келишмовчилик ҳанузгача мавжуд.

Бир гуруҳ япониялик ҳарбий шифокорлар моховга чалинган беморларнинг қонини мақбуслар томирига қуйишган, ҳатто териларини тикиб қўйишган, лекин бирон та мақбусга касаллик юқмаган.

Иккинчи бир гуруҳ мутахассислар касалликни юзага келишини ирқ ёки миллат билан, бошқалари эса табиий омиллар ва географик муҳит билан боғлашган. Лекин, кейинчалик бу фикрларнинг биронтаси ҳам амалиётда ўз тасдиғини топмади.

Аммо, бу соҳага унчалик яқин юрмаган тиббиёт ходимларини доимий битта савол жуда қизиқтириб келган, яъни лепрозория шароитида кўп йиллаб фаолият кўрсатган ходимларга касбий омил сифатида касалликнинг юқиш даражаси қандай!? Ҳақиқатдан, назарий жиҳатдан ходимларга касби билан боғлиқ ҳолда касаллик юқиб қолиши учун муҳит лепрозорияда доимо мавжуд.

Биз илмий ишимизнинг бу қисмида қўлимиздаги кўп йиллик материалга таянган ҳолда, ҳамда жойларга бориб моховхона атрофида ёнма-ён яшаган ва лепрозорияда 1 йилдан то 20–30 йилгача ишлаган тиббиёт ходимлари, фаррошлар, қоровуллар, ҳайдовчилар, ошпозлар ва бошқа хизматчиларни (жами 70 та ходим) мохов касаллиги бўйича тиббий кўрикдан ўтказдик.

Текширилганларнинг ёши 29 дан 81 гача бўлиб, уларнинг 32 (45,7 %) тасини эркаклар, 38 (54,3 %) тасини эса аёллар ташкил этди. Беморлар билан яқин мулоқотда бўлган тиббиёт ходимларининг сони (врачлар — 4, ҳамширалар — 27) жами ходимларнинг 44,3 % ни ташкил қилади. Моховлар билан янада яқин мулоқотда бўлган фаррошлар 25,7 % дан иборат бўлган. Шу жойда айтиш жоизки, айрим ҳамширалар ва фаррошлар камида 20–30 йил лепрозорияда фаолият кўрсатишган. Уларнинг ҳатто оналари ва бувилари ҳам лепрозорияда ишлаб, нафақага шу жойдан чиқишган.

Ушбу лепрозория ходимларини ҳам клиник, ҳам бактериоскопик жиҳатдан тадқиқотлардан ўтказганимизда, уларнинг биронтасидан ҳам мохов касаллигига хос белгилар аниқланмади, тўқима суюқликларидан ва бурун шиллиғидан эса микобактериалар топилмади.

Лепрозория шароитида 1931 йилдан то 2006 йилгача тахминан 250–350 та маҳаллий ходимлар турли хил касбларда фаолият кўрсатган. Уларнинг асосий қисми бацилляр беморлар билан жуда яқин мулоқотда бўлишган, битта ҳовлидаги иншоатлар ичида ишлашган. Лекин, узоқ йиллик материалларни таҳлил қилишимиз шуни кўрсатдики, деярли 75 йил ичида лепрозория ходимларидан биронтаси ҳам мохов билан касалланмаган.

Тўғри, мохов касаллигининг юқумли эканлигини ҳеч ким инкор қилмайди, ҳатто қилолмайди ҳам. Демак, касаллик юқиши учун фақатгина касаллик манбаининг ўзигина бўлиши камлик қилади. Унинг учун қатор оилавий ва ижтимоий-иқтисодий омиллар зарур.

Шундай қилиб, илмий ишимизнинг ушбу қисмида узоқ йиллик ишончли материалларга асосланган ҳолда ҳали Республикамиз тиббиёт тарихида ўрганилмаган маълумотларни ҳал қилишга муваффақ бўлдик. Мохов касаллигида касаллик манбаи бирдан бир бу «бемор» ҳисобланади. Юқиши ҳаво томчи йўли билан амалга ошади. Лекин, бу концепция ҳамма вақт ҳам амалга ошавермайди. Дарҳақиқат, оилавий, ижтимоий-иқтисодий, маданий ва гигиеник каби омилларни ҳам эътиборга олиш керак.

Демак, мохов касаллиги камконтагиоз контагиозлардан ҳисобланади, балким унинг юқиши муаммоларида фанга ҳали маълум бўлмаган қирралари мавжуддир. Бизнинг олган тадқиқотларимиз эса бу масаланинг бир қисмини ҳал қилади, холос.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

У.Б. НУРМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 286 больных с различными клиническими формами зооантропонозной трихофитии с атипичной локализацией находящихся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦДиВ МЗ РУз. Из них мужчин было 168 (58,7 %) и женщин — 118 (41,3 %). Заболевание встречалось преимущественно у больных в возрасте 18–40 лет (89,5 %), т.е. подавляющее количество больных находилось в активном трудоспособном возрасте. Длительность болезни составила от 3 дней до 9 месяцев. 237 (82,9 %) пациентов указали на половой путь передачи инфекции и 49 (17,1 %) — не смогли указать причину возникновения заболевания.

При микроскопическом исследовании у всех 286 больных были выявлены дерматомицеты Trichophyton ectotrix. При культуральном исследовании в 145 (50,7 %) случаев получен рост грибов. Из дерматомицетов, основным возбудителем был Tr. verrucosum (var. faviforme) который был выявлен в 142 (97,9 %) случаях и в 3 (2,1 %) случаях получен рост грибов Tr. gypseum.

Поверхностно-пятнистая форма трихофитии была у 48 (16,8 %), инфильтративная — у 60 (21 %) и инфильтративно-нагноительная — у 178 (62,2 %).

140 больных с зооантропонозной трихофитией лобковой области в зависимости от проводимого лечения были распределены на две группы.

I – группа (72 человек) получала традиционную терапию включающий, гипосенсибилизирующие препараты, антигистаминные средства по 1–2 таблетке в день в течение 7-14 дней. Для улучшения микроциркуляции крови в коже больным назначали ангиопротекторы: никотиновую кислоту 1 %–1,0 мл №10 или ксантинол никотинат 0,15 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, трентал (100 мг) по 1 таблетке 3 раза в день 10–15 дней. При выраженном гнойно-воспалительном процессе группе больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии назначались антибиотики широкого спектра действия по общепринятым схемам. В качестве наружных средств применялись дезифицирующие растворы в виде примочек (Sol. Furacillini 1 : 1000, Sol. ac. borici 2 %), краска Касстеллани, 1 % водный раствор метиленового синего, мази содержащие антибиотики (левомиколь, 1 % эритромициновая мазь, 5 % дерматоловая мазь). После стихания воспалительных явлений применялись противогрибковые средства в виде кремов, мазей и спрей (микосептин, низорал, микозолон, клотримазол, ламизил и др.).

II – группа (68 человек) на фоне традиционной терапии для восстановления нарушений в иммунной системе и неспецифической защиты организма получали иммуномодулин, метилурацил и наружно — раствор «Цитеала», обладающего противовоспалительным противомикробным, противогрибковым действиями и нормализующего pH кожи.

1 % раствор иммуномодулина назначался по 1,0 мл ежедневно, в/м. На курс 15–20 инъекций. Таблетки метилурацила (0,25) назначали по 1 таблетке 3 раза в день в течение 20–25 дней. Цитеал — назначался в разведении 1:10 в 0,9 % изотоническом растворе в виде аппликации 2 раза в день до исчезновения островоспалительных явлений, затем подключали наружные противогрибковые средства.

Критериями эффективности проводимой терапии являлись прекращение кожного зуда, жжения и регресс патологических элементов а также сроки элиминация грибов возбудителей из очагов поражения.

При сравнении полученных данных выявлено, что у больных зооантропонозной трихофитией лобковой области получавших комплексную патогенетическую терапию сроки разрешения воспалительного процесса и субъективных ощущений в очагах поражения наступала раньше на 3, 9,8 и 10,9 дня чем у больных получавших традиционную терапию и зависела от клинической формы заболевания. Анализ сроков пребывания больных в стационаре показал, что длительность лечения больных получавших комплексную терапию сократилась на 3,5 дня при поверхностно-пятнистой и на 3 дня при инфильтративно-нагноительной формах заболевания, по сравнению с группой больных получавших традиционную терапию.

Контрольные микологические анализы на грибы проводилось через 2, 3 и 4 недели после начала терапии.

Элиминация грибов с очагов поражения быстрее всего происходила при назначении комплексной терапии с включением ламизила, иммуномодулина, метилурацила и наружно «Цитеала». Так, к концу 2 недели процент отрицательных результатов микроскопических исследований на грибы составлял 67,6 %, к 3 неделе полное микологическое излечение наступало у 31, % больных, а к концу 4 недели отрицательные результаты на грибы получены у 1 больного. У 1 группы больных, получавших традиционное лечение к концу 2 недели лечения микологическая негативация наблюдалась у 39,0 % больных, к 3 неделе — у 55,5 %. У 44,5 % пациентов отрицательные анализы на грибы были получены лишь на 4 неделе терапии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что комплексное назначение противогрибковых, иммуномодулирующих препаратов и наружное применение раствора «Цитеал» значительно повышает эффективность лечения и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СЕЛЕГЕЛЬ» ПРИ СУХОЙ СЕБОРЕЕ

Р.А. ОРИПОВ, У.Х. ШАДЫЕВ, Н.Х. ИСЛАМОВ

Кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского государственного Медицинского института

Как известно, себорея является кожным заболеванием, связанным с гипофункцией сальных желез, проявляющейся сухостью кожи, шелушением (перхотью) и эритематозными очагами вызываемыми в основном грибом рода Malassezia furfur, сапрофитирующей на коже головы и играющую определенную роль в развитии перхоти. В этой связи, в терапии себореи нами был выбран препарат «Селегель» для больных в основной группе, контрольная группа больных применяла традиционные препараты. Препарат «Селегель» состоит из микронизированного сульфида селена 1%, ихтиола 1% и мягкой очищающей основы.

Под нашим наблюдением находилось 17 больных сухой себореей, из которых 7 пациентам был назначен препарат «Селегель» в виде лечебного шампуня, использовавшими 3 раза в неделю в течение 6 недель, остальным больным наряду с общей терапией были назначены шампуни с цинком пиритионом, по той же схеме.

При контрольном обследовании больных применявших препарат «Селегель» уже со 2 недели отмечалась положительная динамика течения заболевания выражавшаяся в снижении степени гиперемии на коже волосистой части головы, уменьшении выраженности отделения перхоти и положительной динамикой лабораторных данных. Тогда как, в контрольной группе использовавшей традиционные методы лечения данные показатели были ниже, чем у основной группы обследуемых. Субъективно — уменьшение зуда;

На 5–6 неделе применения препарата «Селегель» у 28% (2 больных) больных отмечалось значительное улучшение, а у 72% (5 больных) больных полное клиническое выздоровление

Таким образом, проводя тщательный анализ терапии с использованием препарата «Селегель» был установлен его хороший терапевтический эффект в частности, исчезновение зуда, перхоти, улучшение общего самочувствия больных, также данный препарат уменьшает сроки лечения больных сухой себореей.

ДАЙВОБЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Р.А. ОРИПОВ, У.Х. ШАДЫЕВ

Кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского государственного медицинского института

Псориаз — хронический дерматоз мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов, нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами и хемокинами, а также патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Эффективная терапия больных псориазом остаётся наиболее актуальной и важной проблем современной дерматологии. Поэтому целью нашего исследования была оценка эффективности препарата Дайвобет по отношению к другим препаратам использующихся при лечении псориаза.

Препарат Дайвобет применяющийся в качестве моно и политерапии в виде мази содержащий в 1г кальципатриола — 0,05 мг (антипролиферативное действие, стимуляция клеточной дифференциации) и бетаметазона 0,5 мг в виде дипропионата (противовоспалительное и иммуносупрессивное действие). В комбинации этот препарат оказывает более эффективное действие, нежели каждый по отдельности.

В связи с этим нами было предложено применять препарат Дайвобет в комплексе традиционного лечения в группе из 10 больных.

Контрольной группе, состоящей из 15 больных, было предложено использовать традиционное лечение псориаза (общий метод + местно мази с содержанием 2% салициловой кислоты и бетаметазона).

На 5 день применения препарата «Дайвобет» у 67% (6 больных) больных неотмечались новые элементы, существующие элементы начали регрессировать, изоморфная реакция отрицательная, псориатическая триада отрицательная, а у 33% (4 больных) больных явления регресса, отмечались на 7 сутки. А в группе сравнения на 9 и 12 сутки соответственно.

Таким образом, применение мази Дайвобет на фоне традиционного общего лечения дает более ранний регресс папул и более длительный период ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЛНЦЕЗАЩИТНОГО КРЕМА «AVENE» У БОЛЬНЫХ ФОТОДЕРМАТОЗАМИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, У.А. ВАЛИХОНОВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Актуальность: Ультрафиолетовые вольны с длиной 320–380 нм и 280– 320 нм действуя на кожу приводит к преждевременному старению кожи, возникновению опухолей (в основном меланому), вызывает ожоги, подавляет местный иммунитет. Под воздействием солнечных лучей в коже образуются свободные радикалы, которые также обладают повреждающим действием на кожу. Поэтому защита кожи от ультрафиолетовых лучей в условиях повышенной инсоляции, к которым относится Республика Узбекистан, приобретает актуальность.

Цель и задачи исследования: Изучит клиническую эффективность солнцезащитного крема «Avene» изготовленного на основе Термальной воды Avene у больных с фотодерматозами.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 23 больные фотодерматозами в возрасте от 17 до36 лет, из них 14 были женщины, 9 мужчины. 13 больные лечились стационарно, 10 принимали амбулаторное лечение. У 11 больных была диагностирована эритематозная форма, у остальных 12 полиморфно-узелковая форма заболевания. У всех больных патологический процесс локализовался на открытых участках кожи: на коже в области лба, на лице, разгибательной поверхности верхних конечностей, особенно в области кистей. Элементами поражения были эритематозные пятна неостровоспалительного характера, покрытие чешуйками, папулы и серопапулы, экскориации, гиперпигментации. Все больные получили общее лечение, включающее делагил (по 1 таб. 3 раза в день в течение 10 дней, при необходимости после 5 дневного перерыва цикл повторялся), витамины. В качестве наружного средства был назначен солнцезащитный крем «Avene. Haute protection, high protection» который легко наносили на пораженные участки кожи тонким слоем 1 раз в день (утром). Для сравнения были взяты результаты лечения 12 больных фотодерматозом, принимавших одинаковое общее лечение, но наружно лечившихся 5%-анестезиновой мазью.

Полученные результаты и их обсуждение: У больных после проведенного лечения кожный процесс регрессировал в течение 14–16 дней: эритема исчезла, у некоторых больных осталось незначительное шелушение в очагах, папулы рассасывались, оставляя незначительную гиперпигментацию. При сравнении полученных результатов с больными лечившихся наружно 5% — анестезиновой мазью выяснилось, что у больных лечившихся кремом «Avene» кожный процесс регрессировал на 4–6 дней раньше и был более значительным. Это указывает на превосходство крема «Avene» перед другими солнцезащитными средствами, в частности от анестезиновой мази. Наличие в составе крема «Avene» минеральных защитных факторов (ZnO, TiO2) обеспечивает защиту кожи от ультрафиолетовых лучей, а наличие претокоферила подавляет образование свободных радикалов в коже.

Вывод: Солнцезащитный крем «Avene» является высокоэффективным наружным средством при лечении фотодерматозов.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА-МЕРЦ»

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Псориаз является хроничеки-рецидивирующим, эритематозно-сквамозным дерматозом мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме и развитием метаболического синдрома во многом определяющим течение и преимущественную форму заболевания.

Изучение роли липидного обмена при псориазе обусловлено высокой частотой у больных с данной патологией состояний дислипидемий и наличия гепатобилиарного синдрома. Кроме того, выявляются значительные нарушения микросомального окисления, что приводит к нарушению фармако-метаболизирующей функции печени, что усугубляет выраженность метаболического синдрома.

Целью настоящего исследования являлось изучение возможности коррекции метаболических нарушений у больных псориазом препаратом Гепа-Мерц.

Под наблюдением находилось 240 больных (мужчин-156, женщин-84) в возрасте от 19 до 50 лет, страдающих вульгарным псориазом, с длительностью дерматоза от нескольких месяцев и свыше 20 лет. Легкую степень тяжести дерматоза диагностировани у 72 (30%) больных (индекс PASI до 7 баллов); среднюю — у 96 (40%) при индексе PASI от 7,1 до 12 баллов; тяжелую — у 72 (30%) при индексе PASI от 12,1 и выше.

У 196 (81,6) больных наблюдались сочетанные или изолированные нарушения показателей липидного обмена и ферментов печени. Наиболее часто отмечались гиперхолестеринемия, дислипопротеидемия, соответствующая IIa и IIб типам по классификации Фредриксона, повышение активности ферментов (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза) и содержания билирубина. У больных псориазом выявлялись признаки эндогенной интоксикации, так как достоверно повышались значения сорбционной способности эритроцитов (ССЭ) и уровня средне-молекулярных пептидов (СМП). У 77,2% больных псориазом было выявлено угнетение монооксигеназной системы печени (повышение периода полуэлиминации антипирна — T1/2 и снижение клиренса антипирина — MCR), что указывает на недостаточность адаптационно-компенсаторных механизмов организма и возможность развития метаболического синдрома.

Для проведения лечения больных псориазом подразделяли на III группы, когда в I группе применяли монотерапию Гепа-Мерцом в течение одного месяца по 5г (одно саше) 2–3 раза в день; во II группе — базовая терапия в сочетании с гепа-Мерцом; в III группе — только базовая терапия.

Проведенное лечение показало, что наилучшие результаты отмечались у больных псориазом при сочетанной терапии: значительное улучшение отмечено у 88,2% больных, слабовыраженный эффект — у 11,8%. При проведении монотерапии Гепа-Мерцом значительное улучшение наблюдалось у 76,5% больных, слабо-выраженный эффект — у 23,5%. При базовой терапии положительная динамика была установлена у 70,6% больных, отсутствие терапевтического эффекта — у 29,4% больных.

Наряду с положительной динамикой со стороны псориатического процесса, отмечалось определенное улучшение изученных биохимических показателей, характеризующих метаболический синдром,, причем более выраженное у больных II группы (85%), при I группе — у 70%, при III группе — лишь у 20% больных.

Таким образом, использование гепатотропного препарата Гепа-Мерц позволяет положительно влиять на динамику метаболического синдрома, что сказывается в значительном регрессе псориатических проявлений заболевания.

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕКСЕТИНА В ДЕРМАТОЛОГИИ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В развитии и дальнейшем течении большинства кожных заболеваний (псориаз, витилиго, экзема и др.) первостепенное значение имеют нарушения нервной системы, психологические травмы, стрессовые состояния, умственные перенапряжения, что во многом предопределяют клиническое течение конкретного дерматоза.

Существование любого кожного заболевания в большей или в меньшей степени приводит к появлению у пациента соматоформных нарушений (СФН), которые выражаются в виде болевых синдромов (кардиалгии, миалгии и др.), различных сенестопатий (дискомфортные ощущения), вегетативных (кардиальных, сосудистых, пульмональных, гастроэнтерологических и др.) дисфункций.

Предположить наличие СФН у дерматологических больных позволяют общие их признаки, выражающиеся в повторяющихся множественных клинически-значимых соматических жалоб в драматизированном изложении, появлении жалоб в возрасте до 30 лет, стремление к обследованию, в том числе и инвазивным, социальная или семейная дезадаптация.

Целью настоящего исследования являлось обоснование применения рексетина в комплексной терапии больных различными дерматозами.

Под наблюдением находилось 88 больных (мужчин — 40, женщин — 48) в возрасте от 25 до 50 лет и давностью заболевания от 1 до 20 лет. Были выделены следующие дерматозы: псориаз — у 29 больных, экзема — у 21, нейродермит — у 14, витилиго — у 12, гнездная алопеция — у 12 больных.

Поиск эффективных антидепрессивных средств шел по пути разработки соединений, обладающих свойством селективности нейрохимического действия. Так, с 80-х годов XX столетия получила распространение группа антидепрессантов, которых объединяло свойство избирательного воздействия на обмен серотонина практически без влияния на норадренергические процессы. Они получили название селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI-препараты), обозначающиеся так же, как антидепрессанты III поколения. Антидепрессанты группы SSRI отличаются малой токсичностью и быстротой наступления терапевтического эффекта (на 3–7 день лечения). Представителем данной группы является препарат Рексетин, который нормализует уровень серотонина в центральной нервной системе.

Препарат Рексетин назначали в суточной дозировке 20 мг один раз в день в течение 20–30 дней в зависимости от разновидности дерматоза и выраженности СФН. Препарат желательно принимать в утренние часы во время еды, не разжевывая.

Использование Рексетина в комплексной терапии больных с указанными дерматозами (основное лечение каждого дерматоза соответственно Стандартам) приводило уже на 5–6 сутки к улучшению общего состояния пациентов: нормализовался сон, исчезало чувство страха и тревоги, появлялась уверенность в правильности и эффективности проводимого лечения. Проводимые исследования психологического статуса и анкет «Качество жизни» в динамике применения препарата Рексетин, позволило отметить как улучшение кожно-патологического процесса, так и уменьшение выраженности соматоформных нарушений.

ГЛУТОКСИМ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

А.Б. РАХМАТОВ, Л.Д. ХОДЖАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Этиопатогенез красного плоского лишая (КПЛ) остается до конца неизвестным, в связи с этим отсутствуют точные схемы лечения данного дерматоза. Хотя инфекционная, неврогенная, генетическая и другие теории имеют под собой веские основания, наиболее перспективной можно считать аутоиммунную теорию КПЛ.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности иммуномодулирующего препарата глутоксим в лечении больных КПЛ.

Под наблюдением находилось 36 больных (мужчин — 12, женщин — 24) в возрасте от 19 до 57 лет и с давностью заболевания от 6 месяцев до 22 лет. На основании клинико-морфологических исследований были выделены следующие формы дерматоза: классическая — у 13 (36,1 %), веррукозная — у 9 (25 %), пемфигоидная — у 4 (11,1 %), атрофическая — у 7 (19,4 %) и пигментная — у 3 (8,4 %) больных.

В комплексном лечении больных КПЛ был использован препарат глутоксим, являющийся метаболическим иммуномодулятором, который способен активировать процессы фагоцитоза, пролиферации и дифференцировки Т-лимфоцитов в условиях иммуносупрессии.

Для того чтобы выяснить эффективность и целесообразность использования препарата глутоксим в комплексном лечении больных КПЛ, были выделены две группы пациентов, сопоставимые по полу, возрасту, давности и клиническим формам дерматоза.

Пациенты I группы (14 больных) получали стандартное лечение (седативные, гепатотропные, антигистаминные средства), II группы (22 больных) — дополнительно препарат глутоксим, который вводился в виде 1 % раствора по 2мл в/м через день (на курс лечения больные получали по 10 инъекций указанного препарата).

Проведенные исследования показали, что включение в комплексную терапию больных КПЛ препарата глутоксим позволяет повышать терапевтическую эффективность на 23,6 %, что основывалось на значительном улучшении изученных показателей иммунного и цитокинового статуса.

Таким образом, при всех клинических формах КПЛ в комплексной терапии рекомендуется использование иммуномодулирующего препарата глутоксим, который обладает выраженным патогенетическим воздействием при указанном дерматозе.

АЛОПЕКСИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.С. ДЖАЛИЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Последние годы отмечены значительным ростом болезней волос, в частности, гнездной алопеции (ГА), связанное с воздействием множества триггерных факторов, одним из которых является психо-эмоциональный стресс.

В структуре патологии волос значительное место занимает андрогенетическая алопеция (АА), которая возникает в молодом возрасте и приводит к значительному ухудшению качества жизни этих пациентов, являясь столь выраженным косметическим дефектом.

Несмотря на имеющиеся средства и методы лечения, выздоровление пациентов является серьезной проблемой, что приводит больных к отчаянию и потере веры в свое излечение. Следовательно, необходимо разрабатывать новые средства и подходы к их применению для улучшения волосяного статуса у больных АА.

Рассматривается местное применение раствора миноксидила (АЛОПЕКСИ) у больных АА в виде монотерапии. Выборка состояла из 18 больных (исключительно мужчины) в возрас-

те от 20 до 30 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Причину возникновения своего заболевания больные ни с чем не связывали. Патологический процесс быстро прогрессировал и занимал, соответственно нозологической форме гА, места излюбленной локализации данного забооевания на волосистой части головы. Степень выраженности АА оценивалась по классификации гамильтона (1975), которая учитывалась при выборе сроков использования раствора миноксидила (2% и 5% растворы АЛОПЕКСИ). Следует отметить, что при нанесении на волосы раствора миноксидила отсутствует жирный и липкий эффект, а содержащийся в препарате гамма-циклодекстрин усиливает растворимость действующего вещества — миноксидила.

Использование АЛОПЕКСИ позволило у всех больных приостановить прогрессирующее выпадение волос, что весьма положительно воспринималось самими пациентами и только у 10 из 18 больных (55,5%) отмечалось восстановление волосяного покрова на очагах поражений после 2-месячного применения указанного средства.

Для профилактики побочных явлений от применения препарата необходимо соблюдать дозировку независимо от пораженной и требующей лечения площади поражения (2 раза в день по 1мл наносить на кожу головы, начиная от середины пораженной области), причем перед нанесением препарата волосы и кожа головы должны быть абсолютно сухими. Простота применения раствора миноксидила позволяет широко использовать данное средство в амбулаторных условиях, а само средство является определенным гарантом улучшения волосяного статуса.

Следует указать, что существуют многочисленные наружные средства, особенно раздражающего действия, использование которых нередко приводит только к увеличению площади расшатанных волос, т.е. к ухудшению кожно-патологического процесса.

Таким образом, препарат АЛОПЕКСИ рекомендуется к использованию у больных с андрогенетической и другими формами алопеций, как эффективное и безопасное наружное средство, позволяющее решать указанную дерматокосметологическую проблему.

ЛОКАТОП В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Успех наружной терапии при аллергических заболеваниях кожи (контактный и аллергический дерматиты, экземы, атопический дерматит) во многом зависит от своевременного назначения эффективных патогенетически обоснованных топических средств, среди которых в настоящее время лидирующее место занимают топические глюкокортикостероиды (ТКС).

Широкая популярность ТКС объясняется прежде всего их универсальным механизмом действия, обспечивающим противовоспалительный, противозудный и антиаллергический эффекты. В клинической практике используют как монокомпонентные ТКС, отличающиеся по степени активности и химическому составу, так и комбинированные (ТКС + салициловая кислота; ТКС+антибактериальные препарат; ТКС + антимикотическое средство) препараты.

Быстрый терапевтический эффект, косметическая привлекательность ТКС приводят к необоснованно широкому их применению как в виде самолечения, так и в практике врачей различных специальностей (дерматологов, педиатров, аллергологов). Нерациональное применение ТКС приводит к хронизации дерматоза, а часто повторяющееся, порой многомесячное и многолетнее нанесение ТКС, особенно фторсодержащих, обуславливает формирование осложнений. Подобные ошибки приводят к дискредитации ТКС с последующей гормонофобией, что в дальнейшем сказывается на лечебно-профилактической тактике при аллергодерматозах.

Грамотное применение ТКС предполагает знание врачом особенностей фармакологического действия ТКС, морфофункциональных изменений кожи, которые бывают в различных возрастных периодах и разных топографических зонах, патогенеза подлежащего лечению дерматоза, подходов к выбору форм наружного средства в зависимости от характера патологического процесса, топографии поражения, основы топического средства.

В качестве наружного средства для лечения больных с аллергодерматозами нами был использован крем Локатоп (0,1 % микронизированный дезонид), кортикостероидный препарат, характеризующийся повышенной проницаемостью, что позволяет быстро устранять явления зуда и жжения кожи. Необходимо отметить, что крем Локатоп не является фторированным ТКС, что исключает возможность развития осложений (атрофия кожи, гипертрихоз и др.).

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности крема Локатоп при лечении больных с аллергодерматозами. Под нашим наблюдением находилось 33 больных (мужчин — 17, женщин — 16) в возрасте от 20 до 40 лет со следующими диагнозами: контактный дерматит — 5 больных, аллергический дерматит — 7, истинная экзема — у 9, атопический дерматит — у 12 больных. Все указанные заболевания были подтверждены анамнестическими, клинико-лабораторными и специальными диагностическими критериями.

Крем Локатоп осторожно втирался в места поражений (сухие и мокнущие), причем в течение первых 5 дней ТКС использовался 2 раза в день, 6–7 день — один раз в день, 8–14 день — крем наносился через день или 2 раза в неделю, т.е. постепенно отменялся препарат.

Наиболее быстрый эффект от использования крема Локатоп отмечался у больных с контактным и аллергическим дерматитом, когда уже на 2–3 сутки лечения кремом отмечалось разрешение и исчезновение основных проявлений заболевания. В случаях экземы требовалось более длительного использования указанного наружного средства, так регресс остро-воспалительных явлений наступал в среднем на 7–10 сутки в момента лечения дерматоза. У больных псориазом исчезновение воспалительной реакции вокруг папулезных элементов отмечалось через 7–14 дней с момента использования крема Локатоп, а рассасывание инфильтрации очагов — через 15–20 дней. Крем Локатоп необходимо использовать в течение длительного времени, особенно у больных псориазом до появления вторичной гипопигментации кожи.

Необходимо подчеркнуть, что Локатоп является местным нефторированным кортикостероидом с высокой степенью активности, действующим веществом которого является микронизированный дезонид 0,1 %. Благодаря эффекту микронизации активного вещества в препарате Локатоп, увеличивается площадь контактирующей поверхности, что приводит к увеличению биодоступности препарата и соответственно к большей активности. Многочисленные исследования подтверждают высокую эффективность и безопасность применения препарата Локатоп даже в детской практике. Крем, благодаря своему составу, созданному по типу масло в воде, концентрируясь в верхних слоях эпидермиса, позволяет мягко и быстро купировать острые воспалительные процессы. Основа крема дает возможность использовать его вместо применявшихся ранее примочек.

Таким образом, при лечении аллергодерматозов целесообразно использование топических кортикостероидных средств, в частности 0,1 % микронизированного дезонида (крем Локатоп), который позволяет в некоторых случаях (варианты дерматита) исключать необходимость системной терапии, сводя до минимума возможные местные осложнения.

МИКОСТЕР В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Последнее десятилетие характеризуется значительным ростом грибковых заболеваний, в том числе микозов стоп и онихомикозов. При наличии современных средств диагностики и нескольких десятков противогрибковых препаратов распространенность заболевания остается повсеместной, а лечение не всегда оказывается эффективным и не всегда предохраняет от рецидивов заболевания.

Онихомикозы могут возникать на фоне существующего микоза стоп или самостоятельно, при непосредственном попадании патогенных грибов в подногтевое пространство или матрикс ногтя. Возможно проникновение патогенных грибов в поверхностные слои ногтевой пластинки и в этих случаях развивается так называемая поверхностная форма онихомикоза. После установления клинического и мико-

логического диагноза необходимо оценить выраженность и степень грибкового поражения с помощью специальной линейки, позволяющей рассчитать индекс КИОТОС, который позволяет оценить такие клинические признаки как степень выраженности субунгвального гиперкератоза, площадь поражения самой ногтевой пластинки, количество пораженных пластинок, возраст самого пациента и т.д.

Под нашим наблюдением находилось 127 больных онихомикозами, подтвержденный лабораторными (микроскопический и культуральный) методами. Среди 127 больных онихомикозами были диагностированы следующие формы заболевания: у 6 (4,7%) — поверхностная, у 88 (69,4%) — дистальная, у 33 (25,9%) — проксимальная формы онихомикоза.

В тех случаях когда значения индекса КИОТОС позволяли использовать только наружное лечение, был использован противогрибковый лак Микостер, представляющий собой 8% циклопирокс. При повышении индекса КИОТОС свыше 10-16 баллов использовалась комбинированная терапия, заключающаяся в использовании одного из системных антимикотиков и наружно лак Микостер.

Необходимо указать, методику использования лака Микостер: лак наносится на пораженные ногти ежедневно, а в конце недели снимается с помощью жидкости для снятия лака. При онихомикозе кистей лак Микостер используется в течение 3 месяцев, при онихомикозе стоп — в течение 6 месяцев.

Проведенные исследования показывают, что независимо от клинической формы онихомикоза наружное использование антимикотического лака Микостер повышает терапевтическую эффектиность проводимой терапии, что заключается в повышении на 15–20% случаев клинического и микологического выздоровления больных с указанным грибковым поражением.

Учитывая сложность механизма действия циклопирокса и спороцидную активность, развитие невосприимчивости к препарату Микостер менее вероятно, чем в случае с другими противогрибковыми препаратами. К настоящему времени, в отличие от ситуации с азолами, не было найдено ни одного грибкового штамма, устойчивого к действию циклопирокса.

Микостер проявляет антибактериальную активность в отношении множества грамотрицательных и грамположительных бактерий. Циклопирокс также проявляет присущую ему умеренную противовоспалительную активность. Такая активность обусловлена предотвращением формирования медиаторов воспаления по 5-липоксигеназному пути (5-HETE, лейкотриена B4), выбросом медиатора воспаления простагландина E2 по циклооксигеназному пути и циклооксигеназно-обусловленным синтезом простагландинов.

Необходимо подчеркнуть, что выгодным преимуществом препарата Микостер относится три формы выпуска: 1% крем, 1% спрей и 8% лак для ногтей, что значительно расширяет возможности практического использования указанного препарата.

Таким образом, при лечении больных с различными формами онихомикозов рекомендуется использование лака Микостер, который может быть использован в виде монотерапии (поверхностная форма) и в комплексе с системным антимикотическим средством в течение от 3 до 6 месяцев, что позволит получить клиническое и микологическое выздоровление примерно у 85–90% пациентов.

ОНИХОПАТИИ: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

Т.П. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Согласно проведенному проекту «Ахилесс» в консультативной поликлинике РСНПМЦДиВ МЗ РУз. было проведено анкетирование пациентов, среди которых было 321 больных псориазом, 51 — красным плоским лишаем, 275 — хронической экземой, 138 – гнездной алопецией и 147 — атопическим дерматитом, среди которых была выявлена онихопатия различного генеза. Самостоятельно по поводу болезней ногтей обратилось 187 пациентов, среди которых в дальнейшем было установлено 54 больных с онихомикозом (поверхностная форма — у 6, проксимальная — у 12, дистальная — у 36 больных). У остальных 133 больных ониходистрофии были обусловлены в основном трофическими нарушениями вследствие соматических заболеваний, а также экзогенной травмы.

Всем обратившемся больным с болезнями ногтей проводились микробиологические исследования, что позволяло подтверждать диагноз онихомикоза и определять разновидность грибковой инфекции. Следует обратить внимание на тот факт, что при наличии онихомикоза у больных с различными дерматозами в 71,1% случаев выделяется гриб T. rubrum, хотя при наличии только онихомикоза встречается в 45,6% случаев, где больше отмечается сочетание различных видов грибов. При проведении микологических обследований требуется строгое соблюдение определенных правил забора материала и 3-кратного проведения микроскопических исследований, так как по нашим данным факт выявления мицелий гриба увеличивается при проведении повторных исследований на 13,5%.

Как средство наружной терапии онихомикоза предлагается использование циклопирокса (6–циклогексил–1–гидрокси–4–метил–2(1H)–пиридон), являющегося синтетическим гидроксипиридоновым противогрибковым веществом. Механизм действия циклопирокса является комбинированным, затрагивающим различные метаболические процессы в микробной клетке. главная особенность механизма его действия — высокая аффинность циклопирокса к трехвалентным катионам, типа Fe и Al. Подавление этих основных кофакторов повреждает митохондриальные процессы транспорта электронов во время продуцирования энергии, таким образом, нарушая микробный метаболизм. Также циклопирокс значительно снижает активность каталаз и пероксидаз, которые ответственны за внутриклеточное расщепление токсических пероксидов. Кроме того, может угнетаться потребление питательных веществ внутренним пулом растущих клеток, что может привести к внутриклеточному дефициту незаменимых аминокислот и нуклеотидов, приводя к снижению синтеза белков и нуклеиновых кислот.

В последнее время в дерматологические учреждения все больше обращаются пациенты с изменениями ногтевых пластинок, обозначаемых как онихопатии.

Онихопатии проявляются разнообразными изменениями ногтевых пластинок и обусловлены определенными факторами, в первую очередь грибковой инфекцией. Дистрофические изменения ногтевых пластинок развиваются под воздействием травматических повреждений ногтевой пластинки, ногтевого ложа или боковых ногтевых валиков механического, химического и биологического характера.

На выбор тактики терапии онихопатий влияют следующие факторы:

— учет особенностей заболевания

— тяжесть поражения и локализация (КИОТОС при онихомикозах)

— длительность течения

— учет особенностей пациента (сопутствующих заболеваний, возрастных и конституциональных факторов)

— учет опыта предшествующей терапии

При всех случаях диагностированного онихомикоза больным проводилась пульс-терапия итраконазолом (орунгалом), в среднем больные получали 3–4 курса лечения, при индексе КИОТОС свыше 20 баллов — комбинированная терапия, заключающаяся в стандартной пульс-терапии и применении таких препаратов как «Лакто-флор», «Специальное драже Мерц». При наличии поверхностных форм онихомикоза применялись только наружные средства, типа раствора «Дермо-Рест», 8% раствор циклопирокса (Penlac), назначаемые в течение 3–4 мес., позволившие в 98% случаев получить клиническое и микологическое выздоровление. При получении пульс-терапии итраконазолом микологическое и клиническое выздоровление отмечалось соответственно у 92,5% и 96,1% случаев.

При всех других формах онихопатий обязательно исключались все провоцирующие факторы, больным с кожной патологией проводилась соответствующая терапия, а также включались такие препараты как «Лакто-флор» (ангиопротектор, иммуномодулятор), «Реваллид» (с учетом определенных микроэлементов, дефицит которых был выявлен при определенных разновидностях ониходистрофий) или «Специальное драже Мерц» . Так, при таком проявлении как онихомадезис в основном определялись микроциркуляторные нарушения, что требовало назначения «Лакто-флора», в противном случае развивалась анонихия.

Следует указать, что многие клинические проявления онихопатий например, наперстковидная истыканность ногтей может наблюдаться при таких дерматозах как псориаз, красный плоский лишай и алопеция и должна рассматриваться как маркер и предвестник развития тяжелых форм рассматриваемого дерматоза — псориаз (псориатический артрит), гнездная алопеция (тотальная и универсальная формы).

Таким образом, эффективное лечение онихопатий решает следующие задачи:

1. Улучшение трофики и обеспечение защиты ногтевого ложа и кожи подушечек пальцев

от механических, химических, биологических и физических воздействий

2. Устранение дискомфорта и болезненности пальцев, восстановление их функций.

3. Профилактика грибковых и бактериальных заболеваний кожи, которым они, как правило, предшествуют.

4. Повышение социальной адаптации человека, т.к. измененные, уродливые ногти снижают «качество жизни», становясь причиной низкой самооценки, закомплексованности и депрессии, затрудняют общение и адекватное трудоустройство.

Онихопатии являются важной не только медицинской, но и социальной проблемой, так как значительно влияют на «качество жизни» самих пациентов и только проведение эффективного обследования и лечения с учетом индивидуального подхода к каждому конкретному случаю может решать данную проблему человечества.

ЕЩЕ РАЗ О МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

С.Г. СВИРИД, М.В. ГРЕЧУХА

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Общепризнано, что местное лечение является неотъемлемой составной частью комплексной терапии больных экземой. Однако, имеющиеся алгоритмы топического влияния основаны на последовательном использовании официнальных лекарственных форм, которые далеко не всегда учитывают разнообразие клинических проявлений заболевания. Кроме того, традиционные активные вещества не обеспечивают ожидаемый терапевтический эффект. Поэтому, вполне прогнозируем интерес к разработке экстемпоральных лекарственных форм, содержащих неаллопатические действующие ингредиенты.

Целью нашей работы была разработка и оценка адекватности применения экстемпоральных топических форм, в частности, пасты и крема, содержащих один из наиболее востребованных антигомотоксических препаратов — Эскулюс композитум. Критерием выбора явилась его выраженная противовоспалительная активность.

Под наблюдением находилось 23 больных экземой. У 13 из них диагностирована истинная, а у 10 — микробная формы дерматоза. Возраст пациентов составлял от 25 до 49 лет. Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 22 лет. У всех пациентов патологический процесс носил под — или острый характер. В качестве средств системного воздействия назначались щадящие гипосенсибилизирующие и седативные средства. Местное лечение начиналось с использования примочек с 2 % водным раствором борной кислоты. После угасания экссудативных явлений, которое достигалось спустя несколько дней, применялась 1 раз в сутки разработанная нами паста следующего состава: кислота борная — 1,0 г; тальк — 9,0 г; цинка оксид — 10,0 г; эскулюс композитум, ланолин безводный и масло подсолнечное — поровну по 10,0г. Ее нанесение продолжалось в течение нескольких дней до достижения стабильного подсушивающего эффекта. Затем, на протяжении 12–25 дней 2 раза в сутки применялся эскулюссодержащий крем: эскулюс композитум — 5,0 г; ланолин безводный, масло подсолнечное, вода дистиллированная — поровну по 15,0 г. Он, благодаря более глубокому противовоспалительному действию и смягчающей активности, способствовал регрессу клинических проявлений экземы и восстановлению физиологического тургора. Применение такого этапного лечения экстемпоральными формами позволило констатировать достижение состояния клинической ремиссии у 20 наблюдавшихся пациентов. Лишь, у 3 лиц с варикозной экземой сохранялись незначительная инфильтрация и цианотичная эритема. Нежелательных эффектов терапии отмечено не было.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования экстемпоральных топических форм, содержащих антигомотоксические препараты. Вероятно, они могут рассматриваться в качестве альтернативы аллопатическим средствам. Однако, данный аспект требует дальнейшего изучения. Кроме того, целесообразно рассмотрение более широкого сочетанного применения как не, — так и аллопатических препаратов.

ТЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

В.Ф. СИРАЗИТДИНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальной проблемой современной медицины являются заболевания, вызываемые вирусами. Это связано с тем, что большая часть населения в мире инфицирована вирусом простого герпеса (ВПГ). Одним из характерных признаков ВПГ является то, что после первичной инфекции он остается в организме в латентном состоянии, но в силу неясного внешнего воздействия может происходить реактивация вируса с болезненной симптоматикой или без таковой. Проведенные за последние 10 лет сероэпидемические исследования показали, что ВПГ инфицировано примерно 83% детей, а в 30 лет и старше свыше 90% населения имеют антитела к вирусу того или иного типа.

Под наблюдением в клинике ТашПМИ за период 2007–2009 гг. находилось 23 ребенка, больных различными формами простого герпеса. Среди них девочек было 13 (57%), мальчиков — 10 (43%); из них от первой беременности родились 3 (13%) детей, от второй — 5 (22%) детей, от третьей и более — 15 (65%) детей. Во время беременности 10 (43%) матерей имели анемию I-II степени, 5 (22%) перенесли ОРВИ, 3 (13%) — цистит, кольпит и др. заболевания и лишь незначительная часть была здоровой 5 (22%). Отягощенный акушерский анамнез имели 11 (48%) матерей, патологию во время беременности и родов в виде токсикоза, преждевременных и стремительных родов — 15 (65%). Большинство детей имели состояние преморбидного фона и сопутствующие заболевания, а именно: железодефицитная анемия I–II степени (30%), заболевания ЛОР-органов (20%), рахит (15%), функциональные нарушения кишечника (35%), глистная инвазия (20%). 5 детей имели изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Эти данные свидетельствуют о том, что существенный процент от общего числа обследованных больных составляют дети, родившиеся от третьей и более беременностей матерей, с отягощенным акушерским анамнезом и различными соматическими заболеваниями. Это подтверждает взаимосвязь частоты и течение беременности с риском внутриутробного инфицирования плода и индексом здоровья новорожденных в период постнатальной адаптации, создавая предпосылки для формирования критических ситуаций в организме при воздействии неблагоприятных и стрессовых факторов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА «ЭЛОВЕРА» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

Н.С. СИРМАЙС, М.В. УСТИНОВ

Кафедра дерматовенерологии ИПК ФМБА России, г. Москва

Вступление. Экзема — острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, возникающее вследствие воздействия внешних или внутренних раздражителей, имеющее нервно-аллергическую природу, характеризующееся полиморфизмом высыпаниями, чувством жжения, нередко зудом и склонностью к длительному рецидивирующему течению. Микробная экзема часто возникает вследствие вторичной экзематизации очагов пиодермии, микоза (микотическая экзема), инфицированных травм, ожогов, ссадин, свищей (паратравматическая экзема), на фоне трофических нарушений на нижних конечностях, лимфостаза (варикозная экзема). Особой разновидностью микробной экземы считается нумулярная экзема. При этом чаще образуются асимметрично расположенные очаги поражения, имеющие резкие границы, округлые или фестончатые очертания, по периферии которых часто виден воротничок отслаивающегося рогового слоя. Очаг представлен сочной эритемой с массивным наслоением гнойных корок, после удаления которых обнаруживается интенсивно мокнущая поверхность, на фоне которой отчетливо видны ярко-красные мелкие точечные эрозии с каплями серозного экссудата. Вокруг основного очага видны микровезикулы, мелкие

пустулы, серопапулы. Очаги склонны к периферическому росту. Частично высыпания (аллергиды, микробиды) могут возникнуть и вдали от основного очага. Количество и распространенность отсевов варьируют в широких пределах. Несмотря на имеющиеся методы лечения микробной экземы, врачам не всегда удается полноценно скорректировать нарушения кожных покровов. В таких случаях в качестве вспомогательного средства необходимо использовать увлажняющие средства, обладающие одновременно противовоспалительным действием и обеспечивающие защиту.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и переносимости крема «Эловера» в комплексной терапии микробной экземы.

Методы и материалы исследования. Больные были распределены на две относительно сопоставимые по возрасту и степени тяжести группы. В контрольную группу отобрано 20 пациентов ретроспективно, лечившиеся с диагнозами микробная экзема (8), варикозная экзема (7), нумулярная экзема (5), выбраны больные с сопоставимыми схемами терапии, проведен анализ сроков лечения, сроков ответа на терапию, динамику субъективной симптоматики. В исследуемую группу вошли 14 человек с микробной экземой (7), варикозной экземой (5), нумулярной экземой (2), в возрасте от 32 до 55 лет. Системная терапия в обеих группах включала антигистаминные препараты, препараты кальция, витамины, симптоматические средства (детралекс у больных варикозной экземой). Наружное лечение заключалось в назначении комбинированных глюкокортикостероидов (Кандидерм, Тридерм, Акридерм гК) наружно 2 раза в день (до 20 дней) в обеих группах, в исследуемой группе, кроме того, параллельно 2–3 раза в день применялся крем «Эловера».

Результаты. В ходе проведенного лечения все больные хорошо переносили назначенное лечение. Сроки первичного ответа на терапию существенно не отличались в обеих группах. Время терапии до приемлемой ремиссии в исследуемой группе было меньше в среднем на 14%. Пациентов полностью удовлетворял запах, консистенция, впитывание крема и состояние кожи после нанесения крема «Эловера», тем самым повышалась комплаентность лечения.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют не только о хорошей переносимости крема «Эловера», но и целесообразности его применения как в качестве лечебного ухода за чувствительной, атопичной или конституционально сухой кожи, так и в комплексном лечении микробной экземы. Помимо этого, приведенные данные свидетельствуют о том, что крем повышает эффективность стероидной терапии у больных микробной экземой, благодаря дезинфицирующему и эпителизирующему свойствам входящих в него компонентам, снижая риск побочных эффектов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕМОДЕКОЗА И РОЗАЦЕА ГЕЛЕМ «ДЕМОТЕН»

Н.С. СИРМАЙС, М.В. УСТИНОВ

Кафедра дерматовенерологии ИПК ФМБА России, г. Москва

Вступление. Розацеа (acne rosacea) — часто встречающееся заболевание кожи лица, в патогенезе которого наблюдаются ангионевротические расстройства, обусловленные функциональной недостаточностью периферического кровообращения, вызванной разными причинами, в том числе и паразитированием клеща Demodex. В настоящее время из 65 видов и нескольких подвидов демодекса у людей обнаруживается только два: Demodex follikulorum и Demodex breis.

Провоцирующими факторами для возникновения тех или иных проявлений служат нарушение диеты, гиповитаминозы, прием алкоголя, воздействие на кожу высоких и низких температур, фотоинсоляция, клещевая инвазия (Demodex folliculorum) и другие. В настоящее время, роль демодекса, как безусловного фактора развития патологического процесса дискутируется. Являясь облигатным паразитом кожи лица, демодекс нередко выявляется в коже здоровых людей не вызывая дерматоза или каких-либо субъективных ощущений. В ряде случаев он присутствует в незначительном количестве, при выраженной клинической картине, а иногда — у больных отсутствует или не идентифицируется лабораторным путем. Таким образом, можно предположить, что демодекс, вероятный осложняющий фактор, который определяет развитие аллергической воспалительной реакции на фоне других провоцирующих факторов. Степень выраженности указанной реакции индивидуальна для каждого отдельного больного.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и переносимости геля «Демотен» в комплексной терапии демодекоза и розацеа, а также возможность использование данного геля с целью профилактики и предотвращения рецидивов заболеваний.

Методы и материалы исследования. Под наблюдением находилось 20 пациентов с розацеа — 15 женщин и 5 мужчин, в возрасте от 29 до 55 лет, с длительностью заболевания от 1 до 5 лет. Из них с эритематозно-папулезной стадией 9 человек, с папулезно-пустулезной — 11 человек. Всем больным было проведено лабораторное исследование на demodex folliculorum с положительным результатом. Пациенты были разделены на равные группы — первую (5 с эритематозно-папулезной и 5 с папуло-пустулезной стадией) и вторую (4 и 6, соответственно). Следует, отметить, что у 45% наблюдаемых диагностирован вторичный демодекоз. Из жалоб, самыми основными были на зуд, красноту, высыпания, дискомфорт, стягивание кожи, несильную болезненность некоторых элементов.

Комплекс лечебных мероприятий в обеих группах включал антибиотики (производные имидазола), антигистаминные препараты (при выраженном зуде до 10 дней), селективные анксиолитики, местное лечение (мазь бензилбензоат 10% 1 раз в день — на ночь, 14 дней). Наружное лечение в первой группе, помимо бензилбензоата, заключалось в назначении крема «Розамет» наружно 2 раза в день (до 30 дней), во второй группе был назначен гель «Демотен» 2–3 раза в день (до 30 дней).

Результаты. В ходе проведенного лечения 1 пациент из первой группы и 2 из второй группы отказались от приема антибиотиков, в связи с плохой переносимостью и побочными действиями препаратов, остальные пациенты назначенное лечение переносили хорошо. Сроки первичного ответа на терапию существенно не отличались в обеих группах. Но на фоне лечения более выраженная позитивная динамика отмечалась во второй группе — наблюдалось снижение зуда и субъективных ощущений на 3–5 сутки, активное разрешение пустул через 7–10 дней терапии, с 8–12 дня визуально уплощались папулы, некоторые элементы — разрешались. В первой группе элементы разрешались более медленно, но также с положительной динамикой: зуд и субъективные ощущения снижались на 7 сутки, но у 2-х пациентов полностью не ушли даже после месячного курса лечения, уменьшалась интенсивность эритемы на 8–11 сутки, снижалось количество папул на 9–13 день. Для поддержания состояния клинической ремиссии 6 пациентов из первой группы наносили крем «Розамет» 1 раз в два — три дня (поддерживающая терапия) в течении еще 1 месяца, после активного курса лечения, 4 человека отказались от данной схемы, в связи с повышенной жирностью лица, после применения данного крема. Все 10 пациентов из второй группы продолжали использовать гель «Демотен» в качестве поддерживающей терапии 1 раз в день/2 дня. На фоне поддерживающей терапии отмечалась длительная стойкая ремиссия.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют не только о хорошей переносимости геля «Демотена», но и целесообразности его применения в качестве лечебного ухода, повышая эффективность лечения больных с розацеа и демодекозом. Помимо этого, приведенные данные свидетельствуют о том, что гель повышает эффективность терапии, благодаря дезинфицирующему и противодемодекозному действиям входящих в него компонентам, увлажняет кожу, не делая при этом ее более жирной, а также за счет содержания в составе серы, регулирует функцию сальных желез. А поддерживающая терапия гелем «Демотен» обеспечивает состояние длительной клинической ремиссии.

ИММУНОКОМПЛЕКСНЫЙ ТИП ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, г. Ташкент

В основе иммунокомплексного типа повреждения тканей (III тип аллергической реакции) при лекарственной аллергии лежит образование патогенных иммунных комплексов, которые фиксируются на эндотелии сосудов микроциркуляторного русла, следствием чего является развитие аллергического васкулита. Повреждение стенки сосудов вызывает активацию фактора Хагемана и каллекреин-кининовой системы, что в конечном итоге приводит

к развитию иммунокомплексного васкулита и тромбоза в сосудах микроциркуляторного русла. Особенно выраженные изменения развиваются в тех органах и тканях, проницаемость стенок сосудов которых исходно повышена (преимущественные пути выведения циркулирующих иммунокомплексов в норме) — клубочковый аппарат почек, альвеолы, сосуды кожи.

III тип реакций связан с формированием иммунных комплексов, состоящих из лекарства и IgG или IgM антител. Эти реакции вызывают развитие аллергического васкулита.

Антигенами в данном случае являются белки, взаимодействующие с антителами класса G. Образовавшиеся комплексы антиген-антитело циркулируют в крови (а образуются они вследствие неэквивалентного взаимодействия антигена и антитела, при избытке антигена ил антител), активируют компоненты комплемента, 12 фактор свертывания — Д-коагулаза, а также клетки — тромбоциты, тучные клетки, эозинофилы, нейтрофилы. Образованные биологические вещества поражают отдельные ткани и органы или весь организм в целом.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФОРМУ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, г. Ташкент

Нашими исследованиями доказано, что при аллергических васкулитах имеет место, как эндогенная интоксикация, так и сдвиг основных констант крови. Возрастание уровня эндотоксинов, изменение констант крови и других систем внутренней среды организма приводит к изменению формы эритроцитов. Это приводит к нарушению микроциркуляции и газообмена, что приводит к трансформации формы эритроцитов.

Комплексное лечение различных видов патологии, снижающее уровень токсинов в крови, приводит к восстановлению соотношения нормальных и патологических форм эритроцитов. Восстановление соотношения эритроцитов до нормальных значений сопровождается и нормализацией микроциркуляторного русла. Это, в свою очередь, обеспечивает и более выраженное восстановление физиологических параметров крови

Специфическое лечение аллергических васкулитов сопровождаются выраженной нормализацией соотношений эритроцитов, периферической крови, нарушенных в результате указанных патологий.

Комплексное же использование специфического медикаментозного лечения препарата Нео-Минофаген С и лазеротерапии приводит к более быстрому и полноценному восстановлению формы эритроцитов периферической крови из пальца.

В крови из очага поражения при стихании процесса, несмотря на довольно значительное число патологических форм эритроцитов, доминируют дискоциты. Среди эхиноцитов чаще встречаются клетки с 2–4 выростами.

ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, г. Ташкент

Нами были изучены изменения формы эритроцитов в очагах поражённой кожи и крови из пальца в сопоставлении со структурными изменениями коржи при аллергическом васкулите.

Для оценки изменений кожи при аллергическом васкулите использовалась сканирующая электронная микроскопия и экспресс — методика толстой капли.

Нормальные эритроциты способны значительно деформироваться, не меняя при этом своего объема и площади поверхности. Эта особенность движения эритроцитов в потоке имеет чрезвычайно важное значение для поддержания оптимальности процессов диффузии газов.

Нашими исследованиями доказано, что действие различных эндогенных, так и экзогенных факторов, вызывающие изменения внутренней среды организма, сдвиги таких констант как pH, осмотичность и другие, приводит к изменениям формы эритроцитов.

Эти изменения выражаются, в основном, в двух видах трансформации: — в образовании выростов клеточной мембраны, что способствует, так, называемой эхиноцитарной трансформации;

— в формировании инвагинаций мембраны клетки, вызывая стоматоцитарную трансформацию.

При всех начальных вариантах трансформации возможно восстановление патологических форм эритроцитов в дискоциты после прекращении действия факторов, вызвавших сдвиги тех или иных параметров организма вызвавших превращение дискоцитов в эхиноциты или стоматоциты.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, г. Ташкент

Новые направления иммунотерапии аллергических васкулитов связаны с применением биотехнологических препаратов, позволяющих селективно влиять на функциональную активность иммунокомпетентных клеток, синтез цитокинов, экспрессию молекул адгезии и др.

Поскольку развитие аллергического сосудистого иммунного воспаления, как правило, сопровождается гиперкоагуляцией и вазоконстрикцией, важное значение в комплексном лечении больных с системными васкулитами имеет сосудистая терапия (антиагреганты, антикоагулянты, вазодилататоры, ангиопротекторы и др.). Антимикробные (ко-тримоксазол) и антивирусные (α-интерферон) препараты могут иметь особое значение для профилактики и лечения инфекционных агентов, принимающих участие в развитии и инициирующих обострение системных васкулитов.

В целом расшифровка иммунопатологических механизмов аллергических васкулитов позволяет дать патогенетическое обоснование общепринятых методов фармакотерапии этих заболеваний.

Таким образом, системные васкулиты продолжают оставаться одной из наиболее важных и нерешенных проблем современной клинической медицины. Успехи, достигнутые за последние годы в изучении иммунопатологии системных васкулитов, создают реальные предпосылки для улучшения диагностики и создания более рациональных схем лечения больных с этими заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ И ИНТЕРЛЕЙКИНА IL–1β НА РАЗВИТИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, г. Ташкент

Провоспалительные цитокины в первую очередь интерлейкин-1β и фактор некроза опухоли, которые синтезируются различными клетками, окружающими ишемический очаг — фибробластами, эндотелием сосудов, активированными макрофагами и Т-лимфоцитами.

Исследование основано на клинико-лабораторном исследовании 226 больных аллергическими васкулитами, которые были разделены на 2 группы по методу лечения. Для определения уровня цитокинов в сыворотке крови применяли твердофазные иммуноферментные методы.

При аллергических васкулитах, отмечаются повышенные уровни TNF-α и экспрессии рецепторов TNF-α в пораженной коже по сравнению с нормальной кожей у этих же пациентов.

У больных 1 группы интерлейкин-1β увеличился до 172,3, что составляет увеличение уровня в 4,9 раза, у больных 2 группы — 198,3 — в 5,6 раза по сравнению с контрольной группой. Фактор некроза опухоли (TNF-α)у больных 1 группы возрос на 86,0 %, а при хронической — на 116,2 %

При высокой концентрации IL-1β становится медиатором тканевого повреждения, запускает механизм повышенной выработки TNF-α, который в свою очередь оказывает повреждающее действие на ткани организма.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ИНДЕКСА PASI У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ф.В. ТУРАХОДЖАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Псориаз является одним из распространенных дерматозов, характеризирующихся хроническим течением. Установленное гиперактивное состояние Т-хелперной системы иммунитета при псориазе сегодня рассматривается как главный механизм, приводящий к эпидермальной пролиферации с потерей дифференцировки кератиноцитов, расширению сосудов, с пролиферацией и кумуляцией нейтрофилов и Т-лимфоцитов, что формирует клиническую картину заболевания. Современная иммунология располагает разнообразными методами определения функциональной активности иммунной системы, что особенно немаловажно при проведении комплексной терапии. Целью нашего исследования явилось изучение иммунного статуса детей, больных псориазом разного возраста, в зависимости от клинических особенностей течения.

Нами было обследовано 54 детей, страдающих псориазом в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных псориазом было 33 (61%) девочек и 21 (39%) мальчиков. Оценка иммунного статуса обследованных лиц проводилась с использованием методических рекомендаций Р.В. Петрова (1984). Определение количества популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов (СД3, СД4, СД8) и В-лимфоцитов (СД20) а также ИРИ (СД4/СД8) методом РОК, предложенным Jondal et al. (1972) в модификации Петрова Р.В. (1977). Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей разных возрастных групп проводилось при помощи метода PASI.

Анализ результатов исследования показал, что у 24 (44%) детей в прогрессирующей стадии при распространенной форме заболевания отмечалось выраженное иммунодефицитное состояние. Менее выраженные изменения выявлены у 19 (35%) детей в стационарной стадии и у 11 (20%) — в регрессирующей стадии заболевания.

Показатели нарушения иммунитета прямо коррелировали с показателями PASI индекса. При разной степени тяжести псориаза отмечается аутоиммунный тип нарушения иммунорегуляторного звена, характеризующий достоверным повышением иммунорегуляторного индекса (соотношение CD4/CD8) в 1,5–2 раза за счет преобладания Т-хелперов (CD4), снижения или нормального уровня CD8+цитотоксических Т-лимфоцитов, сдерживающий иммунный ответ на фоне снижения общего числа Т-лимфоцитов. При тяжелой степени псориаза отмечается достоверное снижение Т-лимфоцитов, особенно уровня CD8+ клеток. При умеренной тяжести псориаза дисбаланс иммунорегуляции обусловлен, повышенным уровнем Т-хелперов, определяющий воспалительную реакцию. У больных легкой степени псориаза дисбаланс иммунорегуляции также связан с достоверным повышением Т-хелперов (CD4+) с относительно более высоким уровнем Т-лимфоцитов и CD8+ клеток.

Таким образом, псориаз у детей характеризуется нарушениями иммунитета в зависимости от тяжести течения заболевания, что подтверждает вовлеченность иммунной системы в регуляцию патологических процессов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ИНДЕКСА PASI У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ф.В. ТУРАХОДЖАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Псориаз является одним из распространенных дерматозов, характеризирующихся хроническим течением. Установленное гиперактивное состояние Т-хелперной системы иммунитета при псориазе сегодня рассматривается как главный механизм, приводящий к эпидермальной пролиферации с потерей дифференцировки кератиноцитов, расширению сосудов, с пролиферацией и кумуляцией нейтрофилов и Т-лимфоцитов, что формирует клиническую картину заболевания. Современная иммунология располагает разнообразными методами

определения функциональной активности иммунной системы, что особенно немаловажно при проведении комплексной терапии. Целью нашего исследования явилось изучение иммунного статуса детей, больных псориазом разного возраста, в зависимости от клинических особенностей течения.

Нами было обследовано 54 детей, страдающих псориазом в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных псориазом было 33 (61 %) девочек и 21 (39 %) мальчиков. Оценка иммунного статуса обследованных лиц проводилась с использованием методических рекомендаций Р.В. Петрова (1984). Определение количества популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов (СД3, СД4, СД8) и В-лимфоцитов (СД20) а также ИРИ (СД4/СД8) методом РОК, предложенным Jondal et al. (1972) в модификации Петрова Р.В. (1977). Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей разных возрастных групп проводилось при помощи метода PASI.

Анализ результатов исследования показал, что у 24 (44 %) детей в прогрессирующей стадии при распространенной форме заболевания отмечалось выраженное иммунодефицитное состояние. Менее выраженные изменения выявлены у 19 (35 %) детей в стационарной стадии и у 11 (20 %) — в регрессирующей стадии заболевания.

Показатели нарушения иммунитета прямо коррелировали с показателями PASI индекса. При разной степени тяжести псориаза отмечается аутоиммунный тип нарушения иммунорегуляторного звена, характеризующий достоверным повышением иммунорегуляторного индекса (соотношение CD4/CD8) в 1,5–2 раза за счет преобладания Т-хелперов (CD4), снижения или нормального уровня CD8+цитотоксических Т-лимфоцитов, сдерживающий иммунный ответ на фоне снижения общего числа Т-лимфоцитов. При тяжелой степени псориаза отмечается достоверное снижение Т-лимфоцитов, особенно уровня CD8+ клеток. При умеренной тяжести псориаза дисбаланс иммунорегуляции обусловлен, повышенным уровнем Т-хелперов, определяющий воспалительную реакцию. У больных легкой степени псориаза дисбаланс иммунорегуляции также связан с достоверным повышением Т-хелперов (CD4+) с относительно более высоким уровнем Т-лимфоцитов и CD8+ клеток.

Таким образом, псориаз у детей характеризуется нарушениями иммунитета в зависимости от тяжести течения заболевания, что подтверждает вовлеченность иммунной системы в регуляцию патологических процессов.

ДИСБИОТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

Ф.В. ТУРАХОДЖАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы псориаза у детей обусловлена ростом заболеваемости, недостаточным изучением разнообразных патогенетических механизмов и отсутствием эффективных методов лечения. В последние годы отмечена тенденция к росту заболеваемости псориазом у детей, особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте, учащение тяжело протекающих форм.

Удельный вес псориаза в структуре детских дерматозов колеблется от 1 до 8 %, при этом данный показатель среди госпитализированных детей составляет 8–22 %. По данным различных авторов, дисбактериоз кишечника у детей, больных псориазом выявляется в 50–68 % случаев. Данными ранее проведенных исследований, доказана взаимосвязь течения псориаза и состояния микрофлоры кишечника больных. Одной из наиболее вероятных причин формирования болезни, является повышение кишечной проницаемости вследствие смены микробиоценоза. Процесс дисбактериоза дает толчок к развитию патологического процесса, иммунодефицита, в связи с чем эти нарушения расцениваются как взаимосвязанные процессы.

Материалы исследования: в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ было обследовано 72 больных псориазом в возрасте от 2 до 14 лет находившихся на стационарном лечении.

Определение степени микробиоценоза кишечника по методическим рекомендациям А.З. Смолянской (1984) и Н.М. Грачевой и соавт. (1986), модифицированным в отделе микробиологии научно-диагностического центра ТМА. Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оцени-

вали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника на степени дисбактериоза (Куваева И.Б., Ладодо К.С. 1991.). Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей разных возрастных групп проводилась при помощи метода PASI.

При распределении больных по степеням дисбактериоза кишечника наиболее вероятные изменения определялись при умеренной и тяжелой степени, что соответствовало дисбиотическим нарушениям II и III, IV степени.

При клинически легкой степени заболевания отмечаются дисбиотические изменения I–II степени. Тяжелая степень тяжести течения псориаза, характеризуется уменьшением общего количества анаэробов, бифидобактерий и лактобактерий. Общее количество аэробов было значительно выше при всех наблюдаемых степенях тяжести заболевания. Выявлено уменьшение количества лактопозитивных кишечных палочек, причем более выраженное при тяжелой степени тяжести течения псориаза. У больных псориазом лактозанегативных кишечных палочек было в 2 раза больше, чем у здоровых. Аналогичные дисбиотические изменение характерно для энтерококков, стафилококков и общего количества грибов рода Кандида.

Изучение эубиотческого состояния кишечника у детей с псориазом показало, что у всех больных дисбиоз заметно отягощал течение кожного процесса. Указанное обстоятельство подтверждает необходимость включения пробиотиков в комплекс лечебных назначений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

З.Х. УБАЙДУЛЛАЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

Название «Malassezia-инфекции» объединяет инфекционные заболевания, обусловленные грибами из рода Malassezia: разноцветный лишай, фолликулит, редкие диссеминированные инфекции. Поражение кожи, связанные с грибами рода Malassezia, включает не только перечисленные инфекции, но также себорейный дерматит и некоторые формы хронических дерматозов.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных (мужчин — 80, женщин — 40) разноцветным лишаем, диагноз которых подтверждался микроскопическим обнаружением Malassezia furfur. У 80,0 % больных отмечались субъективные ощущения в виде зуда и жжения кожи в очагах поражений.

Все больные в зависимости от характера проявлений микотического процесса были распределены на II группы: I группа — 71 (59,2 %) больных с распространенными очагами разноцветного лишая; II группа — 49 (40,8 %) больных с атипичными формами микоза. Атипичные проявления разноцветного лишая были представлены у 5 (10,2 %) больных псевдопапулезными, у 3 (6,1 %) — уртикароподобными, у 3 (6,1 %) — фолликулярными, у 26 (53,1 %) — себорейными, у 5 (10,2 %) — стертыми, у 2 (4,1 %) — эритразмоподобными, у 3 (6,1 %) — лихеноидными, у 2 (4,1 %) — эритематозно-сквамозными высыпаниями.

Клиническая картина разноцветного лишая отличается выраженным полиморфизмом, что отображается на качестве диагностики данного микоза и адекватности проводимой терапии, так как в этих случаях необходимо комплексное лечение этиологической и патогенетической направленности.

При лечении больных разноцветным лишаем нами был использован иммуномодулирующий препарат глутоксим, который влиял не только на показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета, но и на отдельные про- и противовоспалительные цитокины, отвечающие за характер иммунного ответа при конкретном заболевании.

Проведенное лечение позволило получить клинический результат у больных I группы в 78,3 % случаев, у больных II группы — в 96,7 %, что является убедительным доказательством целесообразности включения в комплексную терапию больных разноцветным лишаем препарата глутоксим.

Таким образом, в настоящее время клиническая картина разноцветного лишая отличается своим многообразием, что является причиной диагностических ошибок и, следовательно, неэффективности проводимой терапии. Патогенетические механизмы развития атипичных и распространенных форм разноцветного лишая позволяют усовершенствовать методику лечения данного микоза путем включения иммуномодулирующего препарата глутоксим, что значительно повышает терапевтический эффект и до минимума сводит случаи рецидивов заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ ОТРАСЛИ

А.В. ФАЗЫЛОВ, Р.М. ГАЙСЕНА, А.С. ЮГАЙ, Э.Ш. АЙТАЛИЕВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, центральная поликлиника гАЖК «Узбекистон темир йуллари»

Цель исследования. Изучить микробный пейзаж гнойно-воспалительного процесса кожи у работников гАЖК «Узбекистон темир йуллари» за 2010 год.

Всего было обследовано 20 человек находящихся на амбулаторном лечении по поводу фурункулеза. Проанализировано 20 результатов бактериологических посевов с кожной поверхности. Идентификацию проводили бактериологическим исследованием мазков по методу грамма. Иногда бактериоскопия определяет характер культурального исследования.

Возбудителями гнойно-воспалительных процессов могут быть представители различных родов, подавляющее большинство которых относят к так называемой патогенной и условно патогенной микрофлоре. По результатам исследований у 14 пациентов (70 %) выделился — Staph. aureus, у 4 пациентов (20 %) — Str. pyogenes, у 1 пациента (5 %) — Staph. epidermidis и у 1 пациента (5 %) — Pseudomonas aerugenosa (синегнойная палочка).

Заключение. Микробиологический состав у работников гАЖК страдающих гнойно-воспалительными процессами кожи характеризуется высокой частотой встречаемости патогенных штаммов и условно-патогенной микрофлоры в этиологически значимом количестве согласно статистическим данным

ОПЫТ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ПРЕПОДОВАНИЮ ЦИКЛА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

А.В. ФАЗЫЛОВ, Э.Ш. ЗАХИДОВА М.З., К. КАСЫМБЕКОВА

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Подавляющее большинство больных с острыми и хроническими дермато-венерологическими заболеваниями обращаются к врачам общей практики. Кафедра до последнего года готовила от 15 до 20 курсантов-преподователей, тренеров ВОП, из медицинских институтов республики. А последние годы кафедра готовит от 30 до 40 курсантов-врачей поликлиник города Ташкента по 10-ти месячной, адаптированной для нашего региона, программе «Ноу-хау», с одновременным прохождением производственной практики на местах основной работы, т.е. две недели обучаются на кафедре и две недели проходят производственную практику по укреплению пройденного материала.

Обучение на кафедре осуществляется цикловым методом в поликлинических условиях, наряду с другими базисными циклами проходят и цикл дермато-венерологии. Занятия проходят не только в поликлинических условиях центра, но также курсанты посещают клиническую базу кафедры поликлинику №20 Мирзо Улугбекского района города Ташкента и ЦП гАЖДК «Узбекистон темир йуллари».

ВО время прохождения цикловых занятий курсанты обучаются по синдромальному принципу. Они изучают семиотику, диагностику, клинику с дифференциальным диагнозом, фармакотерапию (по принципу доказательной медицины основных дермато-венерологических заболеваний), вопросы амбулаторного лечения, диспансеризации и профилактики.

Занятия проводятся методом интерактивного обучения с демонстрацией больных, а также на муляжах, фотоальбомах (с цветным изображением), увеличительной лупой и т.д. Кафедра оснащена всеми необходимыми современными учебно-методическими пособиями и материально-техническим оборудованием; во всех учебных комнатах имеются слайдоскопы, компьютеры с учебными программами и т.п. После окончания каждого цикла проводится проверка уровня усвоения занятий — методом MSQ, OSCE и устным экзаменом по типу ситуационных задач.

После окончания 10-ти месячного курса организуется межвузовская экзаменационная комиссия и после чего врачи получают соответствующие международные сертификаты, которые дают им право работать по специальности семейной медицины (ВОП).

ПАТОЛОГИЯ КОЖИ КАК МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

А.Е. ФЕДОРЕНКО, Л.А. ФЕДОРЕНКО

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, г. Киев, Украина

Вопрос контроля дальнейшего роста дерматозов, причин их роста, особенностей лечения и профилактики широко обсуждались и обсуждаются на многих международных и национальных научных конференциях и совещаниях. На них отмечалось, что эти болезни уже стали довольно серьезной проблемой здоровья населения в большинстве промышленно развитых стран, а в ряде их приобрели характер настоящих эпидемий. Беспрерывный рост их на фоне широкого и массированного применения разнообразнейший новейших медикаментозных средств дает основание считать, что существующие методы сугубо медикаментозной терапии едва ли смогут коренным чином решить эту проблему. На основании многочисленных докладов и сообщений представителей национальных медицинских служб ВООЗ было официально признано, что борьба с дальнейшим распространением дерматозов является не только сугубо медицинской проблемой, а такой, что реально изменяет качество жизни таких больных. Иначе говоря, был сделан вывод, что причины дальнейшего роста такого рода заболеваемости населения нужно искать путем целенаправленных психо-социальных исследований особенностей как их клинического течения, так и мотивационных критериев поведения после появления клинических симптомов у больных разных групп населения в зависимости от возраста, социального происхождения, образовательного уровня, социальных условий жизни, семейного состояния, ровня доходов и ряда других факторов.

Фактически большинство как соматической так и дерматологической патологии вызывает состояние, которое характеризуется заметным ограничением физических, социальных и психологических возможностей современного человека. При этом довольно существенно изменяются связи такого лица, его отношение к окружающим, проходит переоценка ценностей, изменяются жизненные установки и нужды. Клинический ход многих болезней кожи, а иногда и самое их появление, связаны с заметным влиянием преморбиного состояния личности и ее реакцией на патологические изменения, которые возникли при формировании такой соматической патологии. Издавна в медицине соматическая болезнь рассматривается как сложная форма приспособления целостного человеческого организма к измененным в худшую сторону условиям его жизнедеятельности как в семье, так и в обществе. Особенно значимым является период начального развития фактически любого дерматоза, когда ранняя диагностика и соответствующая терапия могут остановить патологический процесс с минимальными потерями для макроорганизма в целом. Само по себе появление и дальнейшее существование патологических высыпаний далеко не всегда сопровождается соответствующими неприятными или болезненными проявлениями. Они могут довольно долго вполне успешно компенсироваться адаптационными возможностями человеческого организма. Врач-клиницист должен четко сознавать, что в зависимости от стадии развития, типа клинического течения и формы проявления на коже и слизистых того или другого дерматоза изменяется соотношение сомато-биологических и психо-социльных факторов в формировании его общей клинической картины. Соматическое и психологическое тесно переплетается при разных дерматологических заболеваниях в зависимости от характера взаимодействующих систем (жизненная ситуация — патологический процесс — личность больного). Превалирующее большинство дерматологической патологии в целом поражает весь человеческий организм. При этом личность заболевшего человека, психологическое восприятие имеющейся у нее патологии играют роль не только в формировании недомогания и в общем ухудшении состояния больных, а более того, даже в становлении именно хронически-рецидивирующего характера заболевания. Особенно сложные, а зачастую и просто непредсказуемые изменения в психике личности происходят именно при дерматологических заболеваниях. Психологическая сторона кожной патологии в зависимости от ее характера, клинического течения, преморбидных особенностей личности больного представляет собой очень сложное и противоречивое динамическое соотношение психологического стресса и соответствующих адаптационных механизмов человеческой психики. В современной дерматологии нередко все еще имеют место расхождения между методами специального лечения (общей и местной медикаментозной терапией), что постоянно совершенствуются и уровнем знания и понимания психологического состояния больных. И это при том, что крайняя важность индивидуального подхода во время лечения (как амбулаторного так и стационарного) дерматологических больных в принципе признается всеми дерматологами-клиницистами.

ЛЕЧЕНИЕ В КАБИНЕТЕ ГАЛОАЭРОЗОЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

А.Е. ФЕДОРЕНКО, Л.А. ФЕДОРЕНКО

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г.Киев, Украина

Для большинства оптимальным поведением является гибкое психологическое оперирование изменяющейся актуальной жизненной ситуацией, которая обеспечивает достижение целей разного временного интервала. Индивидуальное отображение объективной реальности в сознании человека создает субъективную оценку ситуации, меру ее опасности, воображение о масштабах возможной угрозы, предположение о возможных последствиях и, в соответствии с этим, принимает участие в «организации» приспособленческих психологических реакций.

Все это имеет место при многих соматических патологиях и, в том числе, также и при хронических дерматозах. Экзема же относится к одних из самых распространенных хронически-рецидивуючих заболеваний кожи неинфекционного генеза. Согласно наблюдениям многих исследователей больные экземой составляют до 20–25% среди стационарных больных дерматологических отделений. Статистические исследования последних лет указывают на стремительный рост заболеваемости экземой и другими алергодерматозами практически во всех странах мира. Одной из основных причин как первичного возникновения так и большинства последующих обострений экземы считается эмоциональный стресс. Доминирующая роль психологической травмы в возникновении зудящих и аллергических дерматозов известная давно. Об обратной взаимосвязи психоэмоциональной сферы от кожного заболевания знают как психиатры, так и дерматологи. По нашему мнению если не учитывать эмоциональный фактор при дерматологическом заболевании, то у каждого второго больного терапевтически-медикаментозная помощь является малоэффективной. Исходя из уже апробированной эффективности лечения атопического дерматита аэрозолями каменной соли в камерах искусственного микроклимата, было решено изучить влияние данного метода лечения и на состояние психоэмоциональной сферы больных экземой.

Под нашим наблюдением в стационаре Киевского городского кожно-венерологического диспансера находилось 22 больных на истинную экзему. Их возраст колебался от 20 до 46 лет, длительность заболевания от 6 до 60 месяцев. При этом 8 пациентов отмечали наличие у себя в анамнезе значимый нервный стресс как причину возникновения заболевания, а у 14 пациентов — как основную причину дежурного обострения. Все эти пациенты получали кроме традиционной местной терапии также одинаковое немедикаментозное лечение в кабинете искусственного микроклимата

«Соляная пещера» на протяжении 2-х недель, основным действующим фактором которого было лечебное влияние мелкодисперстного аэрозоля реликтовой каменной соли. Курс такого лечения состоял из 12–14 процедур с ежедневным пребывание пациентов в искусственном микроклимате галоаэрозольной камеры от 45 до 60 минут.

Общая оценка эффективности лечения проводилась с учетом как собственно самих клинических проявлений измененного дерматологического статуса, так и по изменению самооценки пациентами своего субъективного состояния в процессе такого лечения. Динамика психоэмоционального состояния оценивалась по результатам анализа заполненных больными тестов — индекса качества жизни дерматологических больных (DLQI). Этот специализированный метод скринингового обследование больных все ещедовольно нов для отечественной дерматовенерологии, хотя во многих европейских странах он уже стал традиционным и широко применяется на протяжении последних двух десятков лет.

В процессе лечения наблюдались заметные положительные изменения в психоэмоциональном статусе больных, что отобразилось как в уменьшении выразительности субъективных симптомов заболевания, так и в изменении самооценки ими качества собственной жизни. Так, уменьшение зуда наблюдалось уже на 2–3 процедурный день, а полное исчезновение на 6–8 день. Общее же улучшение соматического состояния на 6–7 процедурный день. Цифровое значение индекса качества жизни на конец курса также повышалось почти на треть. Кроме того, все больные отметили улучшение сна и заметное ослабление раздражительности и встревоженности. Наиболее значимые изменения в субъективной самооценке своего состояния наблюдались среди больных у которых анамнестично прослеживалась очевидная взаимосвязь обострений экземы с психоэмоциональными переживаниями. Полученные результаты дают основание рекомендовать более широко использовать данный метод немедикаментозного лечения при комплексной терапии хронических алергодерматозов.

КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ И ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

К.Н. ХАИТОВ, Ф.В. ТУРАХОДЖАЕВА, М.А. МУКАРРАМОВ, Н.Б. БАБАБЕКОВА, Д.Д. РИХСИЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Псориаз — один из самых распространенных хронических дерматозов, мультифакториальной природы, склонный к рецидивам, характеризующийся обильно шелушащимися папулезными высыпаниями на коже. По распространенности среди хронических дерматозов у детей псориаз занимает второе место после атопического дерматита. В настоящее время существует множество концепций патогенеза псориаза, однако ни одна из них не является общепризнанной. Установленное гиперактивное состояние Т- хелперной системы иммунитета при псориазе сегодня рассматривается как главный механизм, приводящий к эпидермальной пролиферации и кумуляции нейтрофилов и Т-лимфоцитов, что формирует клиническую картину заболевания. При псориазе реакция запуска гиперпролиферации кератиноцитов при повреждении начинается с выброса фактора некроза опухоли α (ФНО-α) дендритными клетками дермы. ФНО-α, рассматриваемый сейчас как основной цитокин в каскаде аутоиммунных поражений при псориазе, является модификатором воспалительных и иммунных реакций. Одновременно с повышением уровня ФНО-α, повышается уровень интерлейкинов. В связи с этим представляется важным проведение иммунологических исследований у больных детей псориазом, включающих изучение клеточного иммунитета с одновременной оценкой цитокинного статуса.

Нами было обследовано 54 детей, страдающих псориазом в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных псориазом было 33 (61%) девочек и 21 (39%) мальчиков. Оценка иммунного статуса обследованных лиц проводилась с использованием методических рекомендаций Р.В. Петрова (1984). Определение количества популяций и субпопуляций Т- лимфоцитов (СД3, СД4, СД8) и В-лимфоцитов (СД20) а также ИРИ (СД4/СД8) методом РОК, предложенным Jondal et al. (1972) в модификации Петрова Р.В.(1977).Определение выработки цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей разных возрастных групп проводилось при помощи метода PASI.

Анализ результатов иммунного статуса исследования показал, что у 24 (44%) детей в прогрессирующей стадии при распространенной форме заболевания отмечалось выраженное иммунодефицитное состояние. Менее выраженные изменения выявлены у 19 (35%) детей в стационарной стадии и у 11 (20%) — в регрессирующей стадии заболевания. Показатели нарушения иммунитета прямо коррелировали с показателями PASI индекса. У большинства больных отмечалось достоверное повышение иммунорегуляторного индекса в 1,5–2 раза за счет преобладания Т-хелперов (СД4) и снижения уровня СД8 — цитотоксических Т-лимфоцитов, сдерживающих иммунный ответ, на фоне снижения общего числа Т-лимфоцитов. Анализ содержания цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β в переферической крови у больных псориазом выявил его достоверное повышение во всех стадиях.

Таким образом, результаты проведенных исследований подтверждают вовлеченность иммунной системы в регуляцию патологических процессов, где важную роль играет изучаемый цитокиновый статус.

ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В РЕГУЛЯЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

Х.Р. ХАЛИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Введение. Взаимодействие клеток иммунной системы между собой осуществляется как за счет непосредственных межклеточных контактов, так и путем секреции множества растворимых белковых факторов, называемых цитокинами. Большую роль в формировании патогенеза аллергических, аутоиммунных, онкологических заболеваний играет нарушение баланса цитокинов, в основном про- и противовоспалительного ряда.

Цель: оценка уровня провоспалительных (ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6, γ-ИФН) и противовоспалительных (ИЛ-4 и ИЛ-10) цитокинов у больных с идиопатической формой саркомы Капоши (СК).

Материал и методы исследования. Для решения поставленных в работе задач обследованы образцы сывороток периферической крови 30 пациентов с идиопатической формой саркомы Капоши. В качестве контроля обследовано 27 практически здоровых людей-добровольцев, сопоставимых с опытной группой по полу и возрасту. Количественный анализ цитокинов в сыворотке крови обследуемых лиц проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью соответствующих наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск).

Основные результаты: Как показали результаты исследований выявлены некоторые особенности в содержании про- и противовоспалительных цитокинов при СК. Зарегистрированы повышенные концентрации ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 в сыворотке периферической крови на фоне низких показателей γ-ИФН. По данным литературы известно, что активация выработки ИЛ-6 и ФНО-α, приводит к супрессии Т-клеточного звена иммунитета, выражающееся иммунодефицитным состоянием. Анализ противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10) в сыворотке крови больных СК выявил повышение обоих цитокинов, но в достоверных пределах только ИЛ-4.

Заключение: Проведенное исследование позволило выявить у всех пациентов СК количественное и качественное изменение цитокинового статуса. Активация провоспалительных цитокинов ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 сопровождается увеличением уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-4. Равновесие между про- и противовоспалительными цитокинами рассматривается как важнейший фактор, определяющий иммунопатогенез Таким образом, определение у обследуемых лиц показателей цитокинового статуса расширяет диагностические возможности и позволяет по-новому подойти к изучению состояния иммунной системы организма при онкопатологии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ P53, BCL-2, PCNA ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ САРКОМЫ КАПОШИ

Х.Р. ХАЛИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Введение. При возникновении онкологических заболеваний важную роль играют гены, вовлеченные в процессы запрограммированной клеточной гибели (апоптоза — p53), репарации (ki-67) и контроля клеточного цикла (bcl-2, PCNA). Наиболее известным геном, относящимся к данной группе, является онкосупрессор p53. В 50–60 % злокачественных опухолей встречаются мутации гена p53, которые могут приводить к инактивации способности белка P53 тормозить пролиферацию и индуцировать апоптоз. Изучив степень выраженности экспрессии альтернативных гену апоптоза p53 генов антиапоптоза bcl-2, пролиферации ki-67 в биоптатах с очагов поражения можно будет судить о вероятной мутации данных генов, которая в свою очередь может привести к более тяжелому и агрессивному течению заболевания.

Цель исследования: изучение уровня пролиферации и апоптоза (p53, bcl-2, PCNA) в опухолевых клетках больных различными типами саркомы Капоши (СК).

Материал и методы: в исследовании участвовали 15 больных СПИД-ассоциированной СК (возрастные колебания от 25 до 37 лет), 27 пациентов классической СК (в возрасте от 51 до 80 лет) .

Биопсийный материал был подвергнут иммуногистохимическому методу исследования (по методике фирмы «DAKO») с определением маркеров p53, bcl-2, PCNA. Основные результаты: Анализ показал, что при классической СК экспрессия мутантного гена p53 отсутствует, bcl-2 средняя. При СПИД-ассоциированной СК экспрессия гена p53 высокая (80 % опухолевых клеток имеют этот маркер), а экспрессия bcl-2 низкая или отсутствует. Экспрессия PCNA во всех образцах была средней или высокой.

Заключение: Таким образом, гиперэкспрессия мутантного гена p53 свидетельствует об агрессивном поведении опухоли. ген p53 является основным геном-супрессором, регулирующим клеточный цикл, поэтому его мутирование приводит к снижению или выключению апоптоза. В результате клетки с поврежденной ДНК сохраняют жизнеспособность и, накапливаясь в ткани, образуют клон клеток с извращенным метаболизмом. Экспрессия bcl-2 способствует включению пролиферации клеток, о чем свидетельствует высокое содержание маркера пролиферации PCNA в клетках.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Ф.Х. НАБИЕВ, И.А. СУББОТИНА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз

Введение. ВИЧ-инфекция — это хроническое заболевание, которое может сопровождаться оппортунистическими заболеваниями, которые У ВИЧ-инфицированных пациентов протекают тяжелее, с тенденцией к диссеминации и быстрому прогрессированию по сравнению с этими же заболеваниями у лиц, не инфицированных ВИЧ. Например, Саркома Капоши (СК) является «оппортунистической» опухолью и выявляется примерно у 35% больных СПИДом. Среди СПИД-индикаторных заболеваний в бюллетени ВОЗ СК занимает шестое место после инфекций, обусловленных вирусом простого герпеса.

Цель исследования: определение частоты выявляемости СК и других хронических дерматозов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы: проведено консультирование более 2000 ВИЧ — инфицированных пациентов различного возраста. Около 70% составляют лица активного трудоспособного возраста — до 45 лет. Из них 65% составляют пациенты со II и III стадиями, в среднем 25% — с IV, 10% — с I стадией.

Результаты: 137 пациентам выставлены следующие клинические диагнозы: саркома Капоши — 21, аллергодерматит — 19, себорейный дерматит — 15, разноцветный лишай — 8, опоясывающий лишай — 7, геморрагический васкулит — 5, чесотка — 7, хроническая экзема — 5, псориаз — 3, красный плоский лишай — 6, токсикодермия — 7, узловатая эритема — 3, фиксированная эритема — 2 и т.д.

Диагноз «Саркома Капоши» поставлен и гистологически подтвержден у 21 пациента: возраст до 40 лет, давность заболевания СК не более 1,5 лет, мужчин — 16, женщин — 5. Поражения можно было обнаружить на любом участке кожи и слизистых оболочек. Кожные элементы представляли собой гиперпигментированные, синие или багровые папулы, бляшки или узлы. Элементы СК в ротовой полости были выявлены на твердом небе, в ротоглотке, на миндалинах. Элементы представляли собой багровые безболезненные папулы и узлы.

Проведены ПЦР и гистологические исследования. Пациенты пролечены проспидином, доксирубицином, вифероном– 4 (3000000ЕД). Кожный процесс стабилизировался, прекратилось появление новых элементов.

Вывод: Таким образом, в результате проведенных исследований структура кожной патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов представлена различными клиническими диагнозами в различном процентном соотношении: СК встречается в 10,5% случаев. Тщательное обследование ВИЧ-инфицированных пациентов позволяет провести своевременную диагностику и адекватную терапию у пациентов с различными СПИД-индикаторными заболеваниями.

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОДЕРМАТОЗОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВАМЕЛАНОМ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ш.А. ХАМИДОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Последние годы отмечается рост заболеваемости тесно связанные с заболеваниями нервной системы. Среди дерматологических заболеваний особый интерес вызывают нейродерматозы. Эти заболевания сопровождаются сильным, мучительным зудом и одновременно у больных наблюдаются расстройства нервной системы.

Цель исследования: оценить эффективность препарата «Вамелан» на клинические симптомы у больных нейродерматозами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением проведено лечение препаратом «Вамелан» у 36 больных (21 — мужчин, 15 — женщин) нейродермитом (18 больных), почесухой (13 больных), старческим зудом (5 боль-

ных) в возрасте от 18 до 61 лет. Давность заболевания составило от 1 до 15 лет. «Вамелан» больным назначался по 1 таблетке 3 раз в день после еды в течение 30–40 дней. Кроме препарата «Вамелан» больные получали традиционные методы лечения нейродерматозов.

Результаты исследования. До начала лечения кроме высыпаний, больные нейродерматозами жаловались на мучительный зуд, повышенную возбудимость, тревожность, раздражительность, на затруднения в общении и на плохой сон. После начала лечения препаратом «Вамелан» у больных нейродерматозами на 3–4 сутки уменьшился интенсивность зуда, начал улучшатся сон. У всех больных на 4–6 сутки уменьшились нервная возбудимость, раздражительность и тревожность. К концу лечения все эти симптомы исчезли, все больные отметили повышение работоспособности, улучшение настроения, климата в семье и в рабочем коллективе. На коже наблюдалось значительное клиническое улучшение патологического процесса.

Вывод. 1. Полученные результаты применения «Вамелан» у 36 больных нейродерматозами свидетельствует об эффективности препарата.

2. Лекарственное средство удобен в применении, а также улучшает состояние нервной системы.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИТА Д3 КАЛЬЦИТРИОЛ НА МОНООКСИГЕНАЗНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить влияние препарата кальцитриол на монооксигеназную систему печени у больных пузырчаткой.

Материал и методы исследования. У 9 больных пузырчаткой (3 — мужчин, 5 — женщин) в возрасте от 35 до 54 лет было проведено исследование монооксигеназной системы печени амидопириновой пробой в моче (Попов Т.А. и Леоненко О.Б., 1977 г.).

Результаты исследования показали, что у больных пузырчаткой образование метаболитов 4-аминоантипирина (4-ААП) и N-ацетил-4-аминоантипирина (N-Ац-ААП) было снижен-ным и составило соответственно 15,56±0,56 % и 35,37±0,65 %, что было достоверно отличным от показателей контрольной группы — 7,15±0,08 % и 22,56±2,27 % (P<0,05). Результаты амидопириновой пробы после применения препарата кальцитриол показали, что угнетенные функции N-деметилирующей и ацетилирующей способности печени у больных не нормализовались.

Вывод: Полученные данные показывают, что у больных пузырчаткой кальцитриол не улучшает монооксигеназную функцию печени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЕНТА «ФИЛЬТРУМ-СТИ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Ш.А. ХАМИДОВ, Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность препарата Фильтрум-сти на эндогенную интоксикацию у больных вульгарным псориазом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 28 больных страдающих вульгарным псориазом в возрасте от 35 до 51 лет, из них мужчин было 15, женщин 13. У всех больных псориатический процесс был прогрессирующей стадии, имел распространенный характер и наблюдался зуд. У всех больных при ультразвуковом исследовании было обнаружено патологические изменения гепатобилиарного тракта, такие как холецистит, холангит, хронический гепатит, дискинезия, холестаз. Фильтрум-сти (ОАО «Сти-Мед-Сорб» Россия) больные псориазом получали в составе комплексной терапии по 2 таблетки 3 раза в день за 40–45 минут до еды,

в течение 10 дней, кроме этого больные принимали антигистаминные (парлазин, эслотин, зодак и др), десенсибилизирующие (30 % раствор натрия тиосульфата, 10 % — кальция глюконата) препараты, гепатопротекторы (гепанорм, карсил), поливитамины (полижен, витарич), метаболиты витамина Д3 (Форкал, Альфафоркал), наружно — индифферентные мази. Фильтрум-сти природный энтеросорбент состоящий из продуктов гидролиза компонентов древесины и обладает высокой сорбирующей активностью и неспецифическим дезинтоксикационным действием. У больных псориазом наблюдается эндогенная интоксикация за счет чего и у некоторых пациентов может появиться зуд, чтобы снять интоксикацию мы и применили препарат Фильтрумсти.

Результаты исследования. У всех больных после начала использования Фильтрумсти интенсивность зуда стала уменьшаться на третьи сутки. Для полного исчезновения зуда требовалось в среднем 10 дней. После комплексного лечения с применением фильтрумсти клиническое излечение наблюдалось у 20 (71,4 %) больных, клинический положительный эффект было достигнуто у 6 (21,4 %). Незначительное улучшение у 1 (3,6 %) больных, изменения не наблюдалось только у одного больного (3,6 %).

Вывод. Таким образом, способ лечения от зуда препаратом Фильтрум-сти больных псориазом является эффективным методом, прост для применения в амбулаторных и стационарных условиях.

ПРЕПАРАТ ЙОДДИЦЕРИН В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА

Ш.А. ХАМИДОВ, Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Многими авторами была доказана, что у больных герпетиформным дерматозом Дюринга отмечается повышенная чувствительность галогенам, в том числе и к йоду (J). Поэтому, в клинической практике для диагностики герпетиформного дерматоза Дюринга дерматологи пользуются «йодной пробой Ядассона», которая при этом заболевании дает положительные результаты. Для этого используют 3–5 % раствор йода или 50 % мазь калия йодида (KJ). Учитывая вышеизложенное, нами для диагностики герпетиформного дерматоза Дюринга был применен препарат «Йоддицерин». В 1 г препарата «Йоддицерин» (ВАТ «ФАРМАК» Украина) содержится 0,005 г J, и вспомогательных веществ, как диметилсульфоксид, глицерин, калий йодид. Препарат Йоддицерин быстро всасывается с места нанесения и проникает в ткани неповрежденной кожи и слизистых оболочек.

Цель исследования: определит чувствительность организма больных герпетиформным дерматозом Дюринга на наружное применение препарата «Йоддицерин». У 12 больных (4 — мужчины и 8 — женщин) в возрасте от 18 до 47 лет, подозреваемых на герпетиформный дерматоз Дюринга, был применен препарат «Йоддицерин». Сложенную в 4–6 слоев салфетку, смоченную раствором «Йоддицерин» прикладывают на не пораженный участок кожи под окклюзивную повязку. У больных через 24 часа на обследованном участке наблюдалась положительная реакция «йодной пробы Ядассона». У всех больных «йодная проба Ядассона» была подтверждена и старым методом исследования, а также при лабораторном исследовании наблюдалось эозинофилия в пузырной жидкости и в крови.

Таким образом, для диагностики герпетиформного дерматоза Дюринга можно применят препарат «Йоддицерин».

НАСТОЙКА «ВИТОДЕРМ» В ТЕРАПИИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИМПЕТИГО

Ш.А. ХАМИДОВ, Ф.Ш. ХАМИДОВ, А.И. ИСМАИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижанский Областной кожно-венерологический диспансер

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность настойки Витодерм у больных стрептококковой импетиго.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением было 23 детей в возрасте от 1 до 8 лет (10 девушек, 18 мальчиков). Всем больным диагноз ставили на основании анамнестических, клинических и лабораторных данных. Больным в монотерапии назначался настойка Витодерм в виде примочек на очаги поражения 5–6 раз в день.

Результаты исследования. У больных детей в области лица, верхних конечностях наблюдались дряблые, вялые фликтены с серозно-гнойным содержимым, вокруг которых отмечался воспалительный венчик. На месте вскрывшихся фликтен, отмечался серозно-гнойные корки. Элементы быстро распространялись на другие участки кожи тела. Субъективных ощущений не отмечалось. После применения настойки Витодерм у больных детей стрептококковой импетиго в очагах поражения в первый же день лечения, фликтены начали подсыхать, на их местах образовались корки, которые после смазывания очагов мазями начинали отпадать. Из 23 больных у 20 к концу лечения отмечалось клиническое выздоровление, у 3 наблюдалось только улучшение.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что препарат Витодерм эффективен в лечении стрептококковой импетиго. Можно применят для наружной терапии других видов пиодермий.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АЛОПЕЦИИ

У.Х. ШАДЫЕВ, М.Р. БАРАТОВА

Кафедра кожных и венерических болезней
Самаркандского государственного Медицинского института

Андрогенетическая алопеция — это наиболее часто встречающийся тип облысения, как у мужчин, так и женщин и составляет более 90% всех случаев выпадения волос. В патогенезе данного явления лежит физиологическое старение у генетически предрасположенных субъектов. В клетках волосяной луковицы и волосяного сосочка имеется фермент 5 — альфа редуктаза, который трансформирует тестостерон в более активный андрогенный гормон — дигидротестостерон. Последний проникает в клетки волосяной луковицы и нарушает синтез протеинов. В результате этого происходит уменьшение размеров волосяных фолликулов с постепенной трансформацией жестких волос в пушковые, которые легко выпадают.

Эти принципы учтены в препарате Хроностим, созданный для лечения алопеции. В его состав входит — «Утро»: экстракт Sabal surrulata, обогащенная лауриновой кислотой, токоферола никотинат, «Ночь»: экстракт рускуся обогащенный неорусцином, дигуанозина тетрафосфат, пирокталанамин.

Под нашим наблюдением находилось 16 больных с андрогенетической алопецией. 10 мужчин и 6 женщины, в возрасте от 28 до 41 года. Всем больным было рекомендовано витаминотерапия, иммуностимулирующее лечение. Основная группа (1) пациентов (5 мужчин и 2 женщины) местно применяли Хроностим. группа сравнения (2) (5 мужчин и 4 женщины) местно использовали 5% Регейн (миноксидил). Первая группа отметила снижение выпадения волос в конце 1-го месяца, вторая группа в конце 2 месяца. Тенденция к восстановлению волосяного покрова в 1 группе отметилось в конце 2-го месяца (у 3 мужчин и 2 женщин), у 2 группы в конце 3-го месяца (2 мужчин и 3 женщины).

Таким образом, применение Хроностима при хронической алопеции способствует уменьшению, а позже и к восстановлению волос.

АНАСТИМ — СРЕДСТВО ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РОСТА ВОЛОС

У.Х. ШАДЫЕВ, Л.А. САЛАМОВА

Кафедра кожных и венерических болезней
Самаркандского государственного Медицинского института

Напряженный ритм современной жизни, несбаласнированное питание, сезонные изменения, состояния после родов, предменструальные синдромы, стрессы — все это является причиной реакционного выпадения волос у женщин.

Безусловно, потеря волос для людей, а особенно для женщин, является большим психологическим ударом, что в свою очередь, приводит к еще более усиленному выпадению волос. В связи с этим актуальной задачей медицинской косметологии является разработка и внедрение эффективных препаратов по стимуляции роста волос и предотвращения их выпадения. Таким препаратом является лосьон «Анастим» французской фармацевтической компании «Euromedex». Активными компонентами Анастима являются: биотин, дигуапазина тетрафосфат (GP46), токоферола никотинат и неорусцин. Неорусцин способствует образованию новых кровеносных сосудов вокруг волосяного фолликула, токоферола никотинат усиливает кровоснабжение кожи головы.

Под нашим наблюдением было 7 женщин с реактивным выпадением волос в виде диффузной и очаговой алопеции. Свое заболевание они связывают с разными этиологическими факторами. 4 женщинам мы рекомендовали Анастим по 2 раза в неделю в течении 3 месяцев, 3 женщинам — Регейн миноксидил по 1 мл местно 2 раза в сутки 3 месяца.

В процессе лечения, контрольная группа применявшая Анастим, отметила уменьшение выпадения волос в 1 неделю лечения, а восстановление волос в течение 1–2 месяцев. Тогда как, женщины лечившиеся Регейном уменьшение выпадения волос отмечали в конце первого месяца, а восстановление роста отметилось в конце 3 месяца. Причем, у одной женщины из группы сравнения рост волос не возобновился.

Таким образом, при лечении реакционного выпадения волос у женщин мы рекомендуем применять Анастим.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

Г.И. ШАМСИЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы отмечается бурный рост грибковых заболеваний, в том числе больных, страдающих онихомикозами, течение которых имеет свои особенности, причем существующий микоз может значительно ухудшать не только качество жизни самих пациентов, но и определенным образом влиять на течение разнообразных соматических заболеваний.

До настоящего времени остается низкой обращаемость пациентов с онихомикозами, особенно с начальными его проявлениями, когда с большей эффективностью можно провести соответствующее лечение. Еще мало информировано население о побочных явлениях, которые могут возникать у больных с онихомикозами.

Недостаточность лабораторной службы приводит к диагностическим ошибкам, когда выставляется диагноз «ониходистрофия» и, как правило, не назначается лечение. Хотя в случаях онихомикозов мировая практика микологии указывает на необходимость этиологического лечения, т.е. назначения системных противогрибковых препаратов (итраконазол, тербинафин и др.).

Проведение комплексного обследования больных онихомикозами выявляет значительные отклонения разнообразных показателей гомеостаза организма (иммунная, цитокиновая системы, микроциркуляция и др.), что естественно требует своей коррекции.

Большим подспорьем в диагностике онихомикозов, в частности, оценке тяжести грибкового поражения, является индекс КИОТОС, который стандартизован и позволяет устанавливать количественную характеристику онихомикоза, выражающиеся в конкретных баллах, что в последующем используется при выборе

конкретного лечения (количество курсов, дополнительные лекарственные средства).

Проведенные нами исследования показали, что наиболее эффективным и удобным для самих больных является пульс-терапия орунгалом (2 пульса при поражении ногтей кистей, 3 пульса — ногтей стоп), хотя при индивидуальном подходе к каждому пациенту возникает необходимость дополнительного назначения различных средств, в частности, препарата Экдистен.

Таким образом, в настоящее время имеются совершенные диагностические, оценочные и медикаментозные методы, полностью решающие проблему онихомикозов, существование которых весьма отрицательно сказывается на здоровье человека, что должно являться мотивацией для обращения в кожно-венерологическую службу и получения соответствующих рекомендаций.

ЭЛИДЕЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

С.А. ШУРАЕВА, Б.А. МАГРУПОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Преимущественная роль аутоиммунных нарушений у больных витилиго, приводящее к меланоцитарному истощению, явилось основанием для использования топических иммунодепрессантов при данном заболевании.

Под наблюдением находилось 50 больных витилиго (мужчин — 28, женщин — 22) в возрасте от 19 до 50 лет. Были диагностированы следующие формы витилиго: акрофациальная — у 12 и фокальная — у 38 больных.

Из обследования исключались пациенты, которые ранее получали какое-либо лечение по поводу витилиго. Проводилась только монотерапия 1% кремом Элидел, который втирался в очаги поражения 2 раза в день в течение 30 дней. Каких-либо побочных явлений или осложнений в процессе проводимой терапии не отмечалось.

Следует указать, что первые признаки репигментации витилигинозных очагов появлялись на 15–20 сутки с момента лечения и имели краевой характер. С удлинением сроков использования крема Элидел выраженность репигментации только нарастала, причем была более выражена при фокальной форме витилиго.

При микроскопическом исследовании образцов кожи, взятых у 28 больных витилиго до лечения было выявлено ряд изменений, которые заключались в развитии гиперкератоза, паракератоза, микроциркуляторных нарушений за счет набухания эндотелия сосудов и сужения их просвета.

После использования крема Элидел отмечалось значительное увеличение количества меланоцитов на единицу площади, причем изменялось расположение данных меланинсодержащих клеток по сравнению с клетками базального слоя. Следует отметить, что в дерме явления пролиферации эпидермальных клеток преобладали над склеротическими.

Таким образом, использование топического иммунодепрессанта показано у больных витилиго, позволяющего проводить при локализованных формах дерматоза монотерапию с положительным терапевтическим эффектом, что было подтверждено морфологическими исследованиями.

МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ ОИЛАДА ЁКИ ОИЛАДАН ТАШҚАРИДА УЧРАШИ ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, Я.М. ФАЙЗИЕВ

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш.

Бизга маълумки, мохов касаллигининг бирдан-бир инфекция манбаи бемор одам ҳисобланади. Касаллик эса маиший мулоқот пайтида ҳаво томчи йўли билан юқади.

Қадимдан касалликнинг наслдан-наслга ўтиши борасида ҳам тортишувлар мавжуд бўлган, сабаби бир оилада ёки хонадонда ота-боланинг, ака-уканинг, худди шундай опа-сингилнинг касалланганлиги кўплаб учрайди. Лекин, касалликнинг наслдан-наслга ўтмаслиги исботланган бўлсада, касалликнинг оилада тез-тез учрашини инкор қилинмайди.

Шунинг учун ҳам қатор таниқли лепрологлар беморларнинг оиласига ва унинг яқин қариндошларида эътиборни қаратишни такрор-такрор айтиб келишган.

Бизнинг олиб борган тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, Самарқанд лепрозориясига ётқизилган 1036 та беморларнинг 403 (38,9%) да оиласида: отаси, онаси, бобоси, бувиси, акаси, укаси, ёки синглиси, 178 (17,2%) да — амакиси, холаси, тоғаси, жияни, 126 та (12,1%) — қўшниси, маҳалладоши ёки ишхонасида моховга чалинган бор бўлган. 707 та (68,3%) беморлар инфекция манбаи билан яқин мулоқотда бўлишган. 267 та (25,8%) беморлар эндемик ўчоқли худудлардан топилган ва ниҳоят 62 та (6,0%) беморлар касалликни қаерда юқтириб олганини мутлақо билишмайди.

Шундай қилиб, мохов касаллигининг юқиб қолишида биринчидан оиладаги, иккинчидан эса эндемик ўчоқнинг аҳамияти каттадир. Эндемик ўчоқ бўлмаган жойларга эса беморлар ёки уларнинг маиший контактлари миграция туфайли бориб қолишади ва спорадик ҳолатда учрайдиган касалликнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Ушбу аниқланган мутлақо янги маълумотларимиздан кўриниб турибдики, эпидемиологик нуқтаи назардан моховларнинг аввалambор оиладан, кейин эса эндемик ўчоқдан аниқланиши доимо юқори бўлар экан.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ ХУДУДИДАГИ ЛЕПРОЗОРИЯНИНГ ОЧИЛИШИ ТЎҒРИСИДА

ЭШБОЕВ Э.Х.

ССВ карашли Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш.

Самарқанд вилояти худудида мохов (лепра) касаллигининг эндемик ўчоқлари аниқланмаган. Шу худудда аниқланган беморлар ҳам миграция туфайли турли қўшни республикалардан келиб қолган. Аммо, бутун Туркистон ўлкасида аниқланган беморларни инобатга олсак, уларни изоляция қилиш ва даво чораларини ишлаб чиқиш учун бу жойларга албатта махсус лепрозория керак эди.

Одатда, лепрозориялар ҳамма жойда ҳам очилавермайди. Унинг учун, биринчидан шу худудда касалликнинг эндемик ўчоғи бўлиши зарур. Иккинчидан эса, ташқаридан беморларни олиб келишда қўл келадиган ва арзон темир йўл, ҳамманинг қатнови учун эса яхши такомиллашган транспорт йўли бўлиши керак. Учинчи талаб об-ҳавоси ва суви тоза ҳамда суғориладиган ерлари ва ҳаммабоб шинам жой бўлиши зарур.

Худди мана шу иккинчи ва учинчи талаб ва эҳтиёжларга жавоб берадиган макон бу Самарқанд вилоятининг ҳавоси тоза тоғли шинам худуд Булунғур тумани бўлди.

Дарҳақиқат, лепрозорияга жой танлаш учун тузилган экспедиция ходимларининг яхшигина тажрибаси бор эди. Улар 1925–1927 йиллар Қорақалпоғистон Республикасининг бир неча худудларига лепрозория қуришган, аммо ҳар сафар Амударё (Жайхундарё) ювиб кетган. Қолаверса, табиий шароитнинг ва иқлимнинг оғирлиги ҳам мутахассисларни, ҳам беморларни қийин аҳволга солиб қўйган. Ундан ташқари бу худудларга катта қатной йўли қуриш жуда қимматга тушар эди.

Гарчан, мохов касаллиги бўйича асосий эндемик ўчоқ Қорақалпоғистон Республикаси худудида бўлсада, 200 ўринга мўлжалланган лепрозория Булунғур туманидаги энг гўзал жойлардан бири бўлган тоғ этагига 1931 йилга келиб қуриб битқазилди. Унинг иншоатларини қуришда ташқаридан келган мутахассислар билан бир қаторда маҳаллий аҳоли фаол қатнашди. Касалхона марказдан, яъни Самарқанд шаҳридан 60 км, асосий темир йўл (станция Красногвардейская) ва транспорт йўлидан 12 км ичкарида жойлашди. Шифохонада дастлаб эстониялик мутахассис Киршфельд Э.П. (1931–1942 йиллар) бошчилигида 7 та таклиф қилинган шифокорлар иш бошлашди. Лепрозориянинг атрофига ташқаридан келган мутахассислар учун уйлар ва хўжалик иншоатлари ҳам қуриб берилди.

Ушбу лепрозория 1931 йилдан то 2006 йилгача фаолият кўрсатди, унда 1036 тадан ортиқ беморлар даволанишган.

ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. ЯКУБОВ[1], А.С. ЯКУБОВА[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент, [2]Ташкентская Медицинская Академия

Вульгарные угри (ВУ) часто встречаемая болезнь у юношей и девушек (от 60 до 80%) в возрасте от 12 до 24 лет. Высыпания на лица, вызывают тревогу, депрессию, затруднение в общении с другими людьми, снижение качества жизни больных. В настоящее время методов терапии, которые полностью удовлетворили как пациентов, так и врачей нет.

В связи с этим нами было изучена эффективность препарата Зинерит лосьон в терапии легкой степени ВУ.

Под нашим клиническим наблюдением находились 8 больных с легкой степени течения ВУ. Мужчин — 5, женщин — 3. Больные были в возрасте от 14 до 18 лет. У наших больных на лице, шеи, передней поверхности грудной клетки имелись закрытые и открытые комедоны без признаков воспаления и не более 10 папулезных элементов.

Все больные получили аевит по 1 драже 2 раза в день, а в виде наружной терапии лосьон Зинерит, которую смазывали 2 раза в сутки. Перед нанесением препарата пораженные участки очищали лечебными косметическими средствами. В процессе терапии на 12–14 дни лечения наблюдали уменьшение сальности кожи, тогда как разрешение комедонов, папулезных элементов на 16–18 дни лечения. Из побочных явлений только у одного больного отмечали легкую степень сухости.

Следовательно. Лосьон Зинерит является эффективным средством в терапии легкой степени ВУ.

PSORIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA JIGAR FERMENTLARIGA DARSIL PREPARATINI TA'SIRI

F.SH. XAMIDOV, A.B. PAKIRDINOV, A.I. ISMAILOV, K. YORKULOV, A. SALOXIDDINOV, K.Z. BOTIROV, V. NABIYEV

Andijon Davlat tibbiyot institute

Andijon viloyat teri va tanosil kasalliklari dispanseri

Izlanishning maqsadi: Psoriaz bilan ogrigan bemorlarda teridagi jarayonga va jigar fermentlariga darsil preparatini ta'sirini o'rganish.

Tekshirish materiallari va usullari. Bizni kuzatuvimizda psoriaz bilan og'rigan 30 nafar (17 nafari erkak, 13 – ayol) bemor darsil preparatini kompleks davo tarkibida qabul qildilar. Bemorlarning barchasida vulgar psoriazning progressiv bosqichi, hamda surunkali gepatit diagnozi qo'yildi.

Bemorlar gepatoprotektor sifatida darsil preparatini kuniga 1 tabletkadan 3 mahal 30–60 kun kompleks davo tarkibida qabul qilishdi. Bemorlarda kompleks davodan oldin va undan so'ng PASI indeksi, qondagi jigar fermentlari (AST, ALT) miqdori o'rganildi.

Izlanish natijalari. Darsil preparatini kompleks ravishda qabul qilgan bemorlarda PASI indeksini o'rtacha ko'rsatkichlari tezrok pasaya boshladi.

Darsil preparatini kompleks ravishda qabul qilgan bemorlar kuzatilganda, ularni terisidagi psoriatik toshmalardagi regress o'ziga xos kechdi. Elementlar regressi davo boshlangach 6–8 kundan so'ng kuzatila boshladi va o'rtacha 7,5±0,22 kunni tashkil qildi. 2-haftaning ohirlarida papulyoz elementlarning atrofida Voronovning psevdoleykodermasi paydo bo'ldi. Bemorlarning 23 nafarida klinik tuzalish, 4 nafarida keskin ijobiy o'zgarish, 1 nafarida klinik yaxshilanish aniqlandi, 2 nafarida esa ijobiy klinik o'zgarishlar kuzatilmadi. Davoni boshlashdan oldingi PASI indeksi ko'rsatkichlari bu bemorlarda 24,19±0,2 ballga to'gri keldi. Darsil preparati bilan kompleks davo boshlanganidan so'ng bemorlarda PASI indeksi 4-haftaning ohirlariga borib, 10,3±2,21 gacha kamayganligi aniqlandi.

Davodan oldin bemorlarda jigar fermentlari ko'rsatkichi quyidagicha ko'rinish oldi: AST 0,45±0,23 mmol/(chxl) ni, ALT 0,59±0,66 mmol/(chxl) ni ko'rsatdi, sog'lom odamlarda esa bu ko'rsatkich 0,25±0,13 va 0,28±0,11 nmol/(chxl) ni tashkil qildi. Davodan so'ng bemorlarda AST 0,40±0,44 mmol/(chxl) ga, ALT 0,44±0,36 mmol/(chxl) ga kamayganligini ko'rsatdi.

Xulosa. Demak, psoriaz bilan og'rigan bemorlarni kompleks davosiga darsil preparatini qo'shilishi jigar fermentlarining ko'rsatkichlarini me'yorlashishiga, teridagi jarayonning yaxshilanishiga olib keldi.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

С.С. АРИФОВ, Р.И.ИСАНБАЕВА, А.А. АБДУРАШИДОВ, М.В. БАЙРАШОВА, Ж.Г. ШОУМАРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, кафедра дерматовенерологии и косметологии Ташкентского института усовершенствования врачей, г. Ташкент

Угревая болезнь (УБ) — это мультифакторное, полиморфное заболевание, которое носит хронический рецидивирующий характер, с вовлечением в процесс волосяных фолликулов и сальных желез, это самое распространенное заболевание среди подростков и лиц молодого возраста. УБ встречается почти у 80% лиц в юношеском возрасте. В США количество больных, обратившихся к дерматологу по поводу УБ, возросло с 5,6 млн. в 1996 до 6,7 млн. в 1998 г., а в настоящее время зарегистрировано 17 млн. лиц.

В связи с этим целю настоящей работы, явилось, изучит распространенность в юношеском возрасте в Республике Узбекистан. Нами было обследовано 510 лиц в возрасте от 16 до 26 лет, когда отмечается наибольшая встречаемость УБ. Клинические проявления УБ было выявлено у 400 (78%) лиц. Легкая степень заболевания диагностирована — у 51,2%, средняя — 45% и тяжелая — у 3,75% больных. Из морфологических высыпании комедононы были обнаружены — у 39,75%, папулы — у 12,5%, папуло-пустулы — у 29,5% пустулы — у 14,5% и кистозно-конглобатные проявления — у 3,75%, 5,5% больных причину заболевания связывали с нервно-психическим фактором, 9,75% — с заболеваниями внутренних органов, 19,5% — с наследственной предрасположенностью, 18,5% — с питанием, 4,5% с — наличием других кожных болезней, остальные 42,25% больных не смогли указать причину возникновения УБ. 24% больных отмечали жирность лица. На косметический дискомфорт жаловались 16,5% лиц, на покраснение — 10,7% , на зуд — 9,25%, на болезненность — 3%, на жжение — 1,25%.Сочетание вышеуказанных жалоб отмечалось у 35,25% больных.

Следовательно, УБ в юношеском возрасте встречается у 78% лиц, часто наблюдается легкая степень (51,2%) и комедональная форма (39,75%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗИНЕРИТА У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ

У.А. ВАЛИХАНОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, М. Х. САЛОХИДДИНОВА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования: Изучитъ эффективность препарата зинерит у больных вульгарными угрями.

Материалы и методы: Были изучени амбулаторные карты 46 больных вульгарными угрями в возрасте от 15 до 24 лет, из них 28 больных лица мужского пола, 18 женского. Патологический процесс у больных в основном располагался в области лица и лба, только у 11 больных процесс был распространен и на верхнюю часть плечевого пояса. У всех больных на фоне эритемы были пустулезные элементы, папуло-пустулы, комедоны.

Больные были разбиты в 2 группы: больные 1-й группы (33 больные) получили зинерит в виде монотерапии; 2-й группы (13 больные) получили в дополнение к зинериту общее лечение, включающее антибиотикотерапию, иммунотерапию (аутогемотерапию), витаминные комплексы и другие. Зинерит наносили на пораженные участки с помощью аппликатора тонким слоем 2 раза в сутки.

Полученные результаты: У больных 1-ой группы положительный эффект начал наблюдаться с 12–14 дней от начала лечения, проявляющийся в уменьшении воспалительных явлений, пустулезных элементов. появлении незначительной пигментации на месте пустул. Через 4–5 недель от начала лечения кожный патологический процесс почти полно-

стью ликвидировался, остались единичные мелкие папуло-пустулы и единичные комедоны. У больных 2-ой группы такой же положительный эффект наблюдался на 2–3 дня раньше, чем у больных 1-ой группы.

Заключение: Таким образом, зинерит оказался очень эффективным препаратом при лечении вульгарных угрей как в монотерапии, так и в комбинации с общим лечением. Благодаря наличию в составе эритромицина и цинка зинерит обладает выраженным антибактериальным и себостатическим эффектом. По нашему мнению зинерит является наилучшим препаратом для местной терапии вульгарных угрей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СКИНОРЕН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

Г.Ш. ГУЛЯМОВА, Р.И. ИСАНБАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Розовые угри являются одной из актуальных проблем дерматологии и косметологии, так как этот дерматоз локализуется преимущественно на коже лица, поражает людей зрелого возраста на 3–4 десятке жизни и достигает расцвета между 40–60 годами. Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание преимущественно кожи лица, имеющую полиэтиологическую природу и характеризующаяся стадийным течением. Клинически розацеа проявляется появлением на лице гиперемии, отечных папул, пустул, телеангиоэктазий, а в тяжелых случаях гиперплазией соединительной ткани и сальных желез.

Типичная локализация розацеа — это нос, щеки, лоб, подбородок, иногда заушные области, шея, верхняя часть груди и спины.

Несмотря на обширный арсенал препаратов для лечения больных розацеа, существующие методы не всегда удовлетворяют практических врачей.

За рубежом и в России в последнее время с успехом применяют препарат Скинорен, действующим веществом которого является азелаиновая кислота, которая обнаружилась в пшенице, ржи, ячмени. Она уменьшает содержание свободных жирных кислот в липидах кожи и нормализует процессы кератинизации в протоках сальных желез. Механизм действия кислоты при розацеа до конца не изучен.

Под нашим наблюдением находилось 58 больных с эритематозно — папулезной и папуло — пустулезной формой розацеа в возрасте от 30 — 61 лет с давностью заболевания от 1 года до 10 лет. Мужчин было 14, женщин 44. У 49 больных были выявлены заболевания ЖКТ, у 5 — заболевания ССС, у 7 — заболевания в малом тазу.

По методам терапии больные были разделены на 2 группы. В первой группе больные с различными формами розацеа получали традиционное лечение в виде гипосенсибилизирующих, антигистаминных препаратов, витаминотерапии, антибиотиков, таблеток метронидазола, наружно применяли Метрогил 1% гель, рассасывающие мази. Их количество составило 22 больных.

Вторая группа из 36 больных получали комплексное лечение в виде применения традиционной терапии, а в качестве топического препарата применяли Скинорен гель15% наружно 2 раза в сутки в течение 2-х месяцев.

Одновременно проводили лечение сопутствующих заболеваний.

Скинорен – гель 15% относится ко второму поколению препаратов азелаиновой кислоты. Его гидрогелевая основа способствует созданию более эффективной концентрации азелаиновой кислоты в коже, содержит 70% воды и имеет оптимизированный уровень кислотности pH равный 4,8. Азелаиновая кислота — обладает антимикробным свойством на P.acnes за счет угнетающего влияния на митохондрии. Также азелаиновая кислота воздействует на гиперкератоз устья фолликула сальных желез. Установлено, что в эпидермоцитах, выстилающих устья сальной железы, под ее влиянием происходит уменьшение количества и размеров гранул кератогиалина, а также наблюдается деструкция тонофиламенов, что в итоге проявляется видимым уменьшением толщины эпидермиса. Еще одно свойство азелаиновой кислоты — уменьшает содержание свободных жирных кислот в липидах кожи. А также обладает противовоспалительным действием. Благодаря вышеизложенным свойствам азелаиновой кислоты Скинорен – гель хорошо зарекомендовал себя в лечении вульгарных угрей.

Оценку клинической эффективности проводимой терапии определяли в динамике наблюдения регрессирования основных симпто-

мов болезни: активности гиперемии, выраженности папуло- и пустулообразования, зуда и жжения кожи. Так, снижение выраженности зуда, жжения и уменьшение количества пустул при традиционном лечении отмечалось на 10–11 сутки, тогда как в группе, применявших препарат Скинорен на 5–7 сутки, уменьшение инфильтрации и снижение интенсивности эритемы с сохранением количества и размеров папул отмечалось на 13–15 сутки, а во второй группе — на 10–12 сутки. Полное регрессирование папул, пустул значительное просветление эритемы, а также появление «островков» здоровой кожи в пораженных очагах в группе сравнения на 18–24 сутки, а во второй на 15–21 сутки, Значительное улучшение на 7–8 недель в 1-ой группе и на 6–7 недель во второй.

Клиническая ремиссия отмечалась при применении традиционной терапии на 8–9 неделе, а в группе, применявших азелаиновую кислоту на 7–8-ой неделях.

Побочные действия от применения препарата Скинорен отмечались у трети больных в виде зуда и покалывания в области лица, которые самопроизвольно исчезали через 7–15 минут после нанесения.

Таким образом, использование геля Скинорен 15% расширяет арсенал лекарственных средств для лечения розацеа, он удобен для применения, не оставляет жирного блеска, уменьшает сальность лица и маскирует гиперемию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКИНОРЕН 15% ГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

Р.И. ИСАНБАЕВА, Г.Ш. ГУЛЯМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Вульгарные угри — полиморфное, хроническое заболевание волосяных фолликулов и сальных желез. Является одним из самых распространенных поражений кожи среди молодых людей в возрасте от 12 до 25 лет.

На сегодняшний день при лечении вульгарных угрей используется большой арсенал разнообразных лекарственных средств, при этом учитывается тяжесть и форма заболевания. Лекарственные средства для лечения вульгарных угрей обладают следующими свойствами: себосупрессивные (системные ретиноиды), препараты подавляющие микробную колонизацию(антибиотики системного применения), средства, нормализующие процессы кератинизации, которые оказывают комедонолитическое действие, устраняют условия для размножения P.acnes, а также противовоспалительные лекарственные средства.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности лекарственного средства для местного использования Скинорен 15% геля в лечение проявлений вульгарных угрей.

Под нашим клиническим наблюдением находилось 35 пациентов, у которых был установлен диагноз вульгарные угри папулезная форма с тенденцией к вторичной пигментации, из них мужчин — 26, женщин — 9. Системная терапия данным пациентам не проводилась, лечебные рекомендации сводились к назначению местной терапии в виде наружного применения Скинорен-геля.

Скинорен-гель 15% относится ко второму поколению препаратов азелаиновой кислоты. Его гидрогелевая основа способствует созданию более эффективной концентрации азелаиновой кислоты в коже, содержит 70% воды и имеет оптимизированный уровень кислотности pH равный 4,8. Азелаиновая кислота — обладает антимикробным свойством на P.acnes за счет угнетающего влияния на митохондрии. Также азелаиновая кислота воздействует на гиперкератоз устья фолликула сальных желез. Установлено, что в эпидермоцитах, выстилающих устья сальной железы, под ее влиянием происходит уменьшение количества и размеров гранул кератогиалина, а также наблюдается деструкция тонофиламенов, что в итоге проявляется видимым уменьшением толщины эпидермиса. Еще одно свойство азелаиновой кислоты — уменьшает содержание свободных жирных кислот в липидах кожи. А также обладает противовоспалительным действием. Благодаря вышеизложенным свойствам азелаиновой кислоты Скинорен-гель хорошо зарекомендовал себя в лечении вульгарных угрей.

Скинорен-гель наносили тонким слоем на всю пораженную поверхность кожи 2 раза в день в течении 1,5 месяцев. В этот период больным рекомендовалось отказаться от ис-

пользования спиртсодержащих наружных растворов и других средств с подсушивающим действием. Клинические наблюдения показали, что на 7–8 дни терапии отмечалось уменьшение количества папулезных элементов, побледнение вторичных гиперпигментированных пятен, на 10–11 день прекращалось появление новых, свежих высыпаний, на 20–22 дни регистрировался полный регресс папул, исчезновение вторичных гиперпигментаций. У 75% больных ремиссия была достигнута через 1,5 месяца, у 25% отмечалось значительное улучшение. У 5 пациентов при наружном применении Скинорен-геля отмечалось чувство жжения и покалывания в течении первой недели назначения препарата, которое в дальнейшем исчезло. При использовании Скинорен — 15% геля отмечалась высокая потребительская характеристика, которая заключалась в быстром впитывании в кожу, при этом гель не оставлял блеска, не вызывал чувства стянутости и сухости кожи.

Необходимо отметить, что применение Скинорен-геля оказывает положительное действие на лечение папулезных форм вульгарных угрей, особенно с тенденцией к явлениям постакне и является одним из препаратов выбора.

ПРИМЕНЕНИЕ 1% КРЕМА «ТЕРФАЛИН» В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗА СТОП

А.И. ИСМАГИЛОВ, Д.М. КОМОЛОВ, Д.Х. МУЛЛАХОНОВ, М.А. АБДУЛЛАЕВ, З.АШИРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы, по данным отечественной и зарубежной литературы, отмечается рост числа грибковых заболеваний кожи, в том числе микоза стоп. Существуют многочисленные средства, для терапии этого заболевания. Имеются сообщения об эффективности антимикотических препаратов из группы аллиламинов (тербинафин, экзодерил).

Целью, настоящего исследования явилось, изучение эффективности и безопасности препарата 1% крема терфалин (тербинафинь гидрохлорид) в терапии микоза стоп.

Под нашим клиническим наблюдением находилось 9 больных с микозом стоп. Мужчин было 6, женщин — 3. Из них 4 человек страдали сквамозной формой микоза стоп, 3 — интертригинозной и 2 — дисгидротической. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 6 лет.

Всем больным до лечения провели КОН тест на возбудителей микоза стоп, который был положителен у всех 9 пациентов. Терфалин 1% крем наносили 2 раз в день в течение 14 дней. Кроме наружной терапии для снятия островоспалительных явлений, больные получали примочки с антисептиками, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты.

К концу 14 дня у всех 9 больных отмечалось клиническое выздоровление, а микологическое излечение было достигнуто в 90% случаев. Через 28 дней у всех больных наступило микологическое излечение. Побочные эффекты от местного применения препарата терфалин наблюдались у 2 больных. У 1 больного отмечалась сухость кожи и у 1 — временное покраснение кожи.

Следовательно, терфалин 1% крем является эффективным противогрибковым препаратом в терапии микоза стоп.

ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Д.Р. КАРИМБЕРДЫЕВ, Р.Э. ИСАНБАЕВА, С.С. АРИФОВ, А.А. АБДУРАШИДОВ

Ташкентский Институт Усовершенствование врачей, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Разработка методов лечения угревой болезни (УБ) является актуальной проблемой дерматологии в связи с постоянно возрастающим количеством пациентов, нередко малоуспешными результатами проводимого лечения, частыми и длительно протекающими рецидивами. Больные УБ из-за косметического дефекта на лице, шее, груди, спине испытывают психоэмоциональный стресс. По данным литературы УБ встречается до 80% юношей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет.

Целью настоящего исследования, явилось изучение клинической эффективности препарата Зинерит и Юнидок Солютаб в терапии УБ. Под нашим клиническим наблюдением находились 30 больных с УБ (19 — мужчин и 11 женщин) в возрасте от 15 до 22 лет. Легкой степени тяжести процесса наблюдали у 18 больных, средней степени — у 11, тяжелой степени — у 1. В качестве наружной терапии все больные на очаги поражения наносили раствор Зинерита 2 раза в день. Больным со средней (с пустулизацией) и тяжелой степями получали внутрь антибиотик Юнидокс Солютаб (по 1 таблетки 2 раза в день) и наружно — Зинерит.

При легкой степени течения разрешение комедонов, папулезных элементов, отмечали на 17–19 дни терапии, при средней степени — на 22 дни, при тяжелой степени — на 26–28 дни. Побочных эффектов от применяемых препаратов не было отмечено.

Следовательно, Зинеритом и Юнидокс Солютаб являются высокоэффективными препаратами при терапии УБ.

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ И АКНЕПОДОБНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

А.В. КЛИМЕНКО

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

На современном этапе угревая болезнь (акне) и акнеподобные дерматозы (розацеа, демодикоз) по распространенности занимают ведущие места среди хронических заболеваний кожи человека.

Согласно результатам обследования 247 пациентов, страдавших акнеподобной сыпью, с локализацией на коже лица, у 184 (75%) было диагностировано угревую болезнь (акне), у 33 (13%) — розацеа, в 30 (12%) — демодикоз. Женщин было — 171 (69%), мужчин — 76 (31%). Среди клинических вариантов акне диагностированных в 119 больных женщин преобладали персистирующие юношеские акне, идиопатические акне взрослых, гиперандрогенные и пременструальни акне с легкой или среднетяжелой клинической картиной воспалительного процесса. Большинство обследованных больных с розацеа и демодикозом имели папулопустульозну форму поражения.

На основании статистического анализа результатов обследования 184 больных угревой болезнью, 33 больных с розацеа и 30 больных с демодикозом, а также с учетом анализа данных амбулаторных карт и историй болезни в 158 больных с акне и 31 больного с демодикозом, определенны клинические симптомокомплексы, присущие этим дерматозах.

Разработаны алгоритмы диагностики акне, розацеа и демодикозу позволяют оценить приемлемую определенность диагноза и дифференциальную информативность клинических симптомокомплексов в зависимости от их качественной характеристики и объема, дифференцировать ложно отрицательные и ложноположительные результаты диагностического теста.

В группе обследованных больных с акне установлено достаточно высокую частоту дисбаланса уровня половых гормонов и патологии органов репродуктивной системы (43%), а в группах больных розацеа и демодикозом диагностировано более высокую частоту разноплановых нарушений функций органов желудочно-кишечного тракта и печени (99% и 60% соответственно). Вместе с тем, обобщенный и сравнительный анализ результатов соответствующих лабораторных исследований свидетельствует об отсутствии статистически достоверных различий по частоте выявления сопутствующей патологии у больных акне, розацеа и демодикозом.

С учетом анализа результатов вычислений, проведенных на принципах доказательной медицины, доказано важное значение лабораторных тестов на наличие клещей-демодицид для дифференциальной диагностики акне, розацеа и демодикоза. Учитывая возможности ложноотрицательных и ложноположительных результатов лабораторных тестов, проведения дифференциальной диагностики акне, розацеа и демодикоза требует обязательного учета отличительных клинических признаков, присущих этим дерматозах.

Анализ проведенных исследований позволил разработать рациональные схемы этапного лечения больных с различными клиническими вариантами акне, розацеа и демодикоза, предусматривающих индивидуализированное проведения комбинированной базисной (системной, топической) терапии, терапевтических мероприятий, направленных на устранение или коррекцию сопутствующих факторов, а также применения средств лекарственной косметики.

Проведение предложенного комбинированного этапного базисного, патогенетического и реабилитационного лечения позволяет достигать полного излечения и удовлетворительного косметологического эффекта у большого процента больных акне, розацеа и демодикозом.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОНИХОКРИПТОЗА

А.М. КОВАЛЕНКО

Клиника Ашар-Шифо-Нур, г. Ташкент

В последние годы дерматологам приходится вплотную заниматься патологией ногтей, где, наряду с онихомикозами, выделяется проблема онихокриптоза («вросший ноготь»), который встречается у 3–5 % населения. Пациенты, страдающие онихокриптозом, как правило, подвергаются хирургическому лечению, причем у 40–60 % прооперированных больных возникает рецидив заболевания и возникает необходимость повторного вмешательства.

Следует указать, что причинами возникновения онихокриптоза являются: неправильно выполненный классический педикюр, срез угла ногтя более 30 градусов, плоскостопие, онихомикоз, ониходистрофии (особенно ее гипертрофические формы), ношение узкой обуви, вальгусная деформация стоп, травмы ногтевых пластинок и другие.

Немецкой школой Hellmut Ruck разработана универсальная коррекционная система для лечения и профилактики онихокриптоза при помощи стальной пластины с золотым напылением «Goldstadspange». Проведенные исследования показали, что «Goldstadspange» может успешно применяться для коррекции при почти всех проблемах вростания ногтя вплоть до тяжелых случаев деформации ногтей, что полностью исключает необходимость хирургического вмешательства.

Необходимо указать патологические состояния, при которых имеется целесообразность применения «Goldstadtspange»: поперечное искривление ногтя, вросший ноготь, гиперкератозное образование околоногтевого валика, мозоли на околоногтевом валике, подногтевая мозоль, гипертрофия ногтей и их деформация, диабетическая стопа, онихогрифоз, синдром сдавливания ногтя боковыми валиками.

Таким образом, золотая пластина «Goldstadtspange» является улучшенной альтернативой традиционным хирургическим методам, при этом не нарушает качества жизни пациента, не вызывает дискомфорта при ходьбе и выглядит как изысканное эстетическое украшение.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ ОТБЕЛИВАЮЩЕЙ СЕРИЕЙ «БИОРА-ЛОТОС»

А.Б. ПАКИРДИНОВ, У.А. ВАЛИХАНОВ, И.К. КАРИМОВА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Повышенная пигментация кожи (т.е. гиперпигментированные пятна в виде веснушек, лентиго и др.) — является проблемой как для людей молодого, так и пожилого возраста. гиперпигментированные пятна может образоваться как защитная ответная реакция на повышенную инсоляцию, так и в результате гормональных сдвигов в организме. Повышенная пигментация кожи локализуется на открытых участках кожи, чаще всего на лице, особенно у женщин, что вызывает чувства неудобства, повышенную раздражительность, беспокойство за внешний вид. Лечение этих пятен иногда бывает очень трудно, требует упорного труда, выдержанность. Мы лечили 17 женщин с явлениями гиперпигментации кожи в возрасте 18-28 лет отбеливающей серией «Биора-Лотос». У всех больных кожный процесс локализовался на лице: преимущественно в области щек, переносице, в виде веснушек или сплошных лентигинозных пятен размерами от 0,5–0,6 см в диаметре до 5–6 см. Лечение состояло из четырех этапов.

1-этап-подготовка. На этом этапе применялся отбеливающий пилинг через день, который продолжался 8-10 дней. У 12 больных наблюдался заметное осветление пигментных пятен, улучшался и выравнивался цвет лица, очищался поры, удаляя комедоны. У 5 больных отмечался незначительное осветление и выравнивание цвета лица. Этап очищения пилингом делает кожу восприимчивой к следующим этапам и увеличивает эффективность процесса отбеливания.

2-этап-активное точечное воздействие. На этом этапе применялся отбеливающая кремаска. Процедура проводилась через день. Заметный результат отмечался уже через 2–3 недели с момента начала лечения. У 11 больных наблюдался равномерное отбеливание пигментных пятен и веснушек, улучшался цвет и рельеф кожи. У остальных 6 больных отмечался незначительное улучшение кожного процесса.

3-этап-интенсивное отбеливание. Применялся ночной отбеливающий крем. У 11 больных отмечался интенсивное осветление кожи лица, выравнивание ее цвета, освежение, а у 6 больных заметно улучшился кожный процесс.

4-этап-эффективная защита. Применялся дневной защитный крем SPF20. Этот крем защищает кожу от преждевременного фотостарения, замедляет выработку меланина в коже. Крем смягчает кожу, уменьшает глубину морщин, освежает и выравнивает цвет лица. Применение этого крема у наблюдавшихся нами 17 больных предупредило рецидивы, прекратилось появление новых пятен.

Таким образом, отбеливающая серия «Биора-Лотос» является эффективным средством для лечения повышенной пигментации кожи и для предупреждения рецидива.

ДЕПИДЕРМ В ТЕРАПИИ ГИПЕРПИГМЕНТИРОВАННЫХ ПЯТЕН

А.Б. РАХМАТОВ, Н.В. МИРХАМИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы отмечается значительный рост пациентов, обращающихся в дерматологические и косметологические учреждения по поводу гиперпигментных пятен, располагающихся на открытых участках кожи и, в первую очередь, на коже лица, что создает для самого пациента серьезные эмоциональные проблемы.

Гиперпигментные пятна могут быть физиологическими (беременность), вторичными (после различных дерматозов), а также возникать после инсоляций, что несколько затрудняет исключение воздействий этиологических факторов.

Для лечения гиперпигментированных пятен предлагается использование крема Депидерм в двух вариациях (Depiderm, Depiderm SPF50). Все составляющие этих средств имеют патогенетические механизмы воздействия, что и приводит к устранению указанных пятен. Так, 5% никотинамид способен уменьшать стимуляцию меланоцитов, которая возрастает при UV излучениях, воспалительных процессах и т.д. Экстракт лакрицы оказывает депигментирующее действие, путем снижения активности тирозиназы Т1 и Т3. Содержащиеся хелаты меди осуществляют блокаду фермента тирозиназы, нарушая тем самым синтез L-тирозина. Для лучшего проникновения активных веществ в состав Депидерма входят такие кератолитические вещества как 2,5% молочная и 2% салициловая кислоты. Имеются также и вещества (векторизированный витамин С, катехолы), оказывающие антиоксидантный эффект, который важен при воздействии UVA и UVB лучей. Экстракт солодки (0,1% стеарил глицирретинат) оказывает противоспалительный эффект. Естественно, что для профилактики вторичной гиперпигментации в составе крема должны быть фотозащитные средства (5% диоксид титана).

Показаниями для применения Депидерма являлись коричневые пятна и мелазма. Депидерм наносился 2 раза в день локально на пигментные пятна на протяжении 3-4 месяцев.

Необходимо отметить, что для Депидерма свойственно двойное действие: эффективный уход и защита днем от UVA и UVB (защита участков кожи, чувствительных после лечения) — пилинг, мезотерапия или недавних воспалительных очагов — акне, а также профилактика темных пятен (снижение риска повторного появления темных пятен после дерматологических процедур), а также профилактика уже существующих областей гиперпигментации под воздействием UV лучей.

Важно указать тот факт, что Депидерм можно применять у женщин старше 50 лет с высоким возрастным риском гиперпигментации, беременным в связи с риском возникновения хлоазмы (мелазмы), а также женщинам в период выздоровления после дерматологических процедур, при наличии свежих рубцов или воспалений.

При использовании Депидерм SPF50 необходимо помнить о наличии солнезащитного фактора «Тиносорб М» и термальной воды Урьяж, которые осуществляют эффективный уход и защиту от UVA и UVB лучей, а также профилактику потемнения темных пятен.

Таким образом, для Депидерма установлены основные функции, заключающиеся, во-первых, в высокой фильтрующей способности, во-вторых, иннновационный комплекс против коричневых пятен, так как блокируется выработка меланина на каждом этапе процесса меланизации. Следовательно, современной дерматокосметологии предлагается эффективное и безопасное наружное средство для решения проблем гиперпигментных пятен.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ДРАЖЕ МЕРЦ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центрдерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы значительно возросло число больных с патологией волос и ногтей, что представляет определенную дерматокосметологическую проблему, так как отмечается недостаточная изученность патогенетических механизмов развития как гнездной алопеции, так и онихопатий. Возникающие при этом у больных тяжелые невротические расстройства, психические переживания с переходом в депрессию, снижение работоспособности, часто ограничивают общение и контакт с окружающими, образуя тем самым порочный круг, отягощающий течение основного заболевания.

Большое значение в развитии дистрофических нарушений со стороны волос и ногтей придается различным эндокринным дисфункциям, в частности, надпочечников, половых желез, гипофиза и щитовидной железы. С нарушениями эндокринной системы тесно связаны иммунологические нарушения, включая провоспалительные цитокины (ИЛ-4, ФНО-альфа и др.), которые обуславливают возникновение специфических инфильтратов в области волосяных фолликулов и матрикса ногтевой пластинки, что и приводит к дистрофическим изменениям.

Успех в лечении патологии волос и ногтей зависит от устранения причин, вызывающих изменения ногтей и выпадение волос, а также патогенетически обоснованного подбора системной и наружной терапии.

В течение нескольких лет при гнездной алопеции и онихопатиях различной этиологии нами был применен препарат «Специальное драже Мерц», являющийся сбалансированной формой поливитаминов, предназначенных не только для поддержания здорового организма, но также рекомендуемых при многих патологических состояниях. Находящиеся в составе драже вещества могут оказывать выраженное действие, направленное на восстановление утраченных функций в волосах и ногтях, улучшать кровообращение в волосяных фолликулах и матриксе ногтя, доставлять необходимые микроэлементы, входящие в состав указанного драже. Наличие L-цистина обуславливает усиление аминокислотного обмена, который непосредственно участвует в синтезе кеартина, основного компонента волос и ногтей.

Драже Мерц назначалось по 1 драже 3 раза в день в течение 2–3 месяцев при любой разновидности патологии волос и ногтей. Первые признаки положительной динамики, как правило, наблюдалось уже на 2–3 неделе с момента назначения препарата. Следует указать, что ни в одном случае не было зафиксировано каких-либо побочных эффектов от применения драже Мерц.

Необходимо отметить, что при заболеваниях волос и ногтей вне зависимости от этиологических факторов, применяется системная терапия, включающая поливитамины, микроэлементы, препараты кальция, хотя все это можно заменять назначением только драже Мерц. Наиболее активными в комплексе драже Мерц являются: витамин А, который являясь антиоксидантом, повышает устойчивость клеточных мембран и оказывает стимулирующее действие на иммунную систему; биотин, участвующий в процессе роста придатков кожи (волос и ногтей), повышая их прочность и эластичность; кальций Д-пантотенат, участвующий не только в процессе клеточно-

го метаболизма, но и входящий в его состав пантотеновой кислоты, повышающей блеск и цвет волос и ногтей; фумарат железа, участвующий в клеточном метаболизме и высокоочищенный дрожжевой комплекс, который является эффективным проводником и позволяет быстро доставлять витамины и микроэлементы к клеткам организма, особенно в зону роста волос и ногтевых пластин. Именно связь эффективных концентраций витаминов и микроэлементов с дрожжевым комплексом, позволяет ускорять рост ногтевых пластин и восстанавливать рост выпавших волос у наших пациентов на 35–60 %. Многие из пациентов указали на тот факт, что драже Мерц более эффективное, чем применяемые ранее витаминные комплексы.

Таким образом, практической дерматокосметологии предлагается препарат Гепа-МЕРЦ, как средство устраняющее метаболический синдром, который часто встречается при хронически-рецидивирующий дерматозах.

АППАРАТ «PHOTODYN 750» — НОВОЕ В ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Н.С. СИРМАЙС, В.В. ВЛАДИМИРОВ

Кафедра дерматовенерологии ИПК ФМБА России, г. Москва

Основная часть солнечного излучения достигает поверхности земли в виде трех составляющих: ультрафиолетовых лучей (10 %), видимого света (40 %) и инфракрасного излучения (50 %). Наиболее значимой и хорошо изученной частью солнечного излучения являются ультрафиолетовые лучи, в то время как наиболее безопасным из этих спектров являются инфракрасные лучи.

Первым медицинским прибором, работающим в инфракрасном излучении спектра А, прошедшим фильтрацию через воду (Water-filtered Infrared A — wIRA), и видимом спектре света (Visible Light), является аппарат PhotoDyn 750. При помощи специальной гидрокюветы лучи, преимущественно инфракрасные лучи спектра В и С, поглощаются, и остаются фильтрованные лучи спектра А, таким образом имитируя инфракрасное излучение солнца, которое фильтруется через влагу атмосферы, и следовательно терапия с использованием wIRA является наиболее естественным видом лечения. После фильтрации через специальную кювету остаются wIRA (в пределах 780–1400 нм), которые, главным образом, осуществляют терапевтическое нагревание глубоких слоев кожи, подлежащих тканей и внутренних органов в течение длительных промежутков времени без перегрева поверхностных слоев кожи.

Проведенные зарубежные исследования in vivo и in vitro показали, что длины волн wIRA, приближенных к видимому свету — приблизительно 780–1000 нм (800–900 нм, 800 нм, 820 нм, 830 нм), представляют клинически самую важную часть wIRA. Кроме того, wIRA помимо термических, имеет нетермические эффекты, которые основаны на прямом возбуждении клеток и клеточных структур, запуская каскад различных клеточных реакции, например влияет на цитохром С, на рост нейронов, возбуждение процессов направленных на заживление ран, активацию защитных свойств клеток и др.

PhotoDyn 750 широко используется в дерматологии для лечения акне с применением синего светофильтра, бородавок, трофических язв, псориаза, красного плоского лишая, бляшечной склеродермии и других дерматозах. Ранее с данным аппаратом в России не работали.

На данный момент мы проводим ряд клинических наблюдений и исследований в России (Москва), на базе «института дерматовенерологии и косметологии», где ведем пациентов на Photo Dyn 750, с акне, вирусными бородавками и базалиомами, далее мы планируем расширять исследования с новыми нозологическими группами. Забегая вперед, уже на данный момент можно отметить хорошие результаты терапии. В будущем, мы планируем рассказать о непосредственно наших данных в лечении тех или иных заболеваний, наших достижениях и возможностях при помощи современного аппарата wIRA PhotoDyn 750.