

toral statistics for 2006 – 2015, the data of the State Statistics Service of Ukraine, as well as the Main Department of Statistics in the Poltava region were analyzed. The findings obtained enabled us to outline the trends in primary morbidities and in prevalence rates for the main classes of diseases in men and women age 18 and over, the structure of the indicators, and the growth rate of these indicators among the population of the Poltava region and Ukraine for 2006 - 2015.

УДК 616.53-002-018-06:616.992.288]: 579.26:611.779

Якубі Ранда, В.П.Федотов

ДИНАМИКА ПОКАЗНИКІВ ВОДНО-ЛІПІДНОЇ МАНТІЇ ТА МІКРОБІОЦИНОЗУ ШКІРИ, ОБМІНУ КАЛЬЦІЮ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ З СУПУТНЬОЮ КАНДИДОЗНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ШКІРИ

Запорізький державний медичний університет

З 120 обстежених хворих на вугрову хворобу, у 100 встановлено супутній маласезіоз шкіри у вигляді пітіріаз, кероза, комедонів, фолікуліту, себореї, різнобарвного лишая, яка характеризувалася певними особливостями, а також кандидоз. Після порівняльного аналізу на підставі різних рівнів клініко-лабораторних порушень були виділені дві клініко-терапевтичні групи, відповідно до яких проводилась запропонована нами диференційована терапія. Підвищена жирність і Ph-шкіри, зниження вологості до лікування, особливо у пацієнтів з III і IV стадіями вугрів, ускладнених кандидозною інфекцією, після лікування нормалізувалася, на відміну від хворих лікувалися традиційно. Після лікування зменшилася інтенсивність мікробної колонізації шкіри, а також мікробних асоціацій, знижувався рівень Са ++, ПТГ і КТ.

Ключові слова: шкіра, маласезіоз, вугрова хвороба, водно-ліпідна мантия, кальцій, гормони, мікробіоциноз, терапія.

Дослідження проведено в рамках науково-дослідної роботи «Розробка методів терапії та профілактики рецидивів хронічних дерматозів та хвороб, що передаються статевим шляхом із урахуванням особливостей гомеостазу хворих та супутньої патології», № державної реєстрації 0113U000800.

Вступ

Аналіз літератури, який присвячений дослідженню вугрової хвороби, свідчить про багату кількість робіт, які досить розрізнені, нерідко суперечливі по проблемі взаємозв'язку та взаємобумовленості клінічних проявів, перебігу та деяких факторів патогенезу вугрової хвороби і кандидозної інфекції [1,2,3]. В той же час з'ясування цих факторів відіграють важливе значення у виборі методів і проведення терапії хворих на вугрову хворобу [4,5]. У літературі зустрічаються лише поодинокі роботи об особливостях клінічних проявів, перебігу, патогенезу і лікування вугрової хвороби поєднаної з маласезіозом шкіри [6,7,8].

Мета дослідження

Вивчити вплив рекомендованої диференційованої терапії на показники патогенетичних порушень у хворих на вугрову хворобу з супутньою кандидозною інфекцією.

Завдання дослідження:

1. Вивчити до і після лікування показники водно-ліпідної мантиї шкіри (Ph-шкіри, жирність, вологість).

2. Вивчити у динаміці терапії мікробіоциноз шкіри як в вогнищах ураження, так і на неуразеженій шкіри.

3. Вивчити вміст Са⁺⁺, паратіреїдного гормону (ПТГ), кальцітоніну (КТ) до і після проведеної запропонованої нами терапії.

4. Виділити після проведеного кластерного зіставного аналізу усіх клінічних і лабораторних

показників дві клініко-терапевтичні групи на основі різних рівнів зрушень.

Матеріал і методи дослідження

Було досліджено 120 хворих на вугрову хворобу (55 чоловіків і 65 жінок) у віці 16-27 років. Переважна кількість хворих страждали на вугрову хворобу протягом 3-8 років. Папулопустульозні вугрі діагностували у 102 з 120 хворих (85%), вузлові та кистозні у 18 (15%) в стадії загострення. По ступені тяжкості II ступінь діагностована у 40 (33,3%), III ступінь – у 62 (51,7%) і IV ступінь – у 18 (15%).

Методи дослідження

Бактеріоскопічні, бактеріологічні, вивчення жирності та вологості, Ph-шкіри, рівень Са⁺⁺, паратіреїдного гормону, кальцитоніну.

Результати дослідження та їх обговорення

З 120 хворих на вугрову хворобу, маласезіоз шкіри встановлений у 100 пацієнтів, що обумовлений *M. furfur*, *M. pachidermatis*, *M. globosa*, *M. obtuses*, проявлявся у вигляді пітіріаза волосистої частини голови, кероза Дар'є, комедонів, гнійного фолікуліта, різнокольорового лишая, себорейного дерматиту. У 40 з 100 хворих був присутній кандидоз шкіри.

Особливості вугрової хвороби ускладненою кандидозною інфекцією у хворих були такі:

– Частіше спостерігались інфільтративно – продуктивні форми, тобто переважали хворі в III стадії вугрової хвороби;

– Був виразний кератоз в області фолікулів,

що викликало складності при видавлюванні комедонів;

- Була підвищена жирність шкіри, тобто спостерігалась виразна гіперфункція сальних залоз;
- Відсутність спонтанних та нових ремісій;
- Відмічалась резистентність до терапії.

Групу порівняння склали 20 хворих на вугрову хворобу, що не мали маласезіоза шкіри. Група контролю складала 14 практично здорових осіб у віці 16-27 років, що не мали проявів вугрової хвороби та маласезіозу чи даних про ці дерматози в анамнезі.

У хворих на вугрову хворобу виявили суттєві зсуви складу водно-ліпідної мантії шкіри. Особливо наглядно підвищувалась жирність шкіри обличчя ($48,6 \pm 5,1$ мкг/см²), як і в інших ділянках шкіри ($36,2 \pm 4,1$ мкг/см²) у хворих з другою ступеню вугрової хвороби ($p < 0,01$), найбільш виразно – при четвертій ступені хвороби ($58,4 \pm 6,8$ мкг/см² і $39,8 \pm 5,1$ мкг/см²), при показниках в контролі $34,8 \pm 4,82$ мкг/см² ($p < 0,05$). Вологість шкіри (при нормі $39,2 \pm 1,12$ мкг/см²) була знижена ($p < 0,01$), як на шкірі обличчя ($16,2 \pm 0,12$ мкг/см²) та інших ділянках шкіри ($26,4 \pm 0,82$ мкг/см²), більш виразна у хворих на вугрову хворобу з четвертою ступеню тяжкості ($p < 0,01$).

Підвищення жирності при зниженні вологості у досліджених хворих ми розцінювали як показник системності ураження, тобто участь у розвитку вугрової хвороби ендокринного та імунного статусу, функції шлунково-кишкового тракту, а також змін мікробного пейзажу шкіри.

Ph шкіри при вугровій хворобі різко зсувається в лужну сторону, особливо на шкірі обличчя ($p < 0,01$). Ступінь зсуву Ph шкіри збільшувалась по мірі ускладнення шкірного процесу: на обличчі $6,7 \pm 0,28$ при другій ступені і $7,4 \pm 0,38$ при четвертій (норма – $5,18 \pm 0,02$).

Найбільш виразні зміни водно-ліпідної мантії відмічені у хворих на вугрову хворобу, ускладнену кандидозною інфекцією. Ph шкіри обличчя – $7,1 \pm 0,31$ ($6,7 \pm 0,2$ – при неускладненій вугровій хворобі); жирність – $56,8 \pm 5,1$ мкг/см²; $48,6 \pm 4,6$ мкг/см² – при неускладненій; вологість – $16,2 \pm 0,14$ мкг/см² ($21,5 \pm 0,51$ мкг/см² при неускладненій), що було статистично значимо ($p < 0,01$).

Все це свідчить про суттєвий вплив кандидозної інфекції на захисні функції шкіри, що значно ускладнює перебіг вугрової хвороби та потребує корегуючої терапії.

Мікробний пейзаж шкіри вивчений нами у 110 хворих на вугрову хворобу і 14 здорових осіб контрольної групи. Мікробіоциноз у практично здорової людини: 51 штамів мікроорганізмів з 4 родів, 11 видів і були представлені $74,2 \pm 6,2\%$ сімейства *Micrococaceae*, $33,8 \pm 10,4$ (17 штамів) роду *Staphylococcus* і була представлена 8 видами, $21,8 \pm 10,4\%$ *Malassezia*, $4,2 \pm 18,4\%$ *P. acnes*. Інтенсивність колонізації проб шкіри не перевищувала 10^1 – 10^3 КОЕ/см², стерильних посівів було $47,2 \pm 5,8\%$. *Demodex folliculorum* зустрічався в $39,4 \pm 11,0\%$.

Мікробіоциноз шкіри обличчя хворих на вугрову хворобу: у посівах біопроб переважала інтенсивність росту 10^5 – 10^7 КУО/см², досягаючи 10^9 КУО/см². В мікробний пейзаж увійшло 290 штамів збудників з 13 родів та 34 видів. Аеробні види домінували: *Candida* – $54,4 \pm 3,2\%$, коки – $24,8 \pm 4,4\%$, грамнегативні палички – $5,6 \pm 5,2\%$, *P. acnes* – $16,1 \pm 4,8\%$. У основну групу по значущості увійшли *M. furfur*, *C. albicans*, *P. acnes*, рідше – стафілокок, *E. coli*, епізодично зустрічались – стафілококи, стрептококи, ентеробактерії, кандиди, *P. aeruginosa*.

Максимальне висівання збудників відмічалось у вигляді мікробних асоціацій, у яких обов'язково виявлялись *M. furfur*, *C. albicans*, *P. acnes* та *Demodex folliculorum*. Для вугрової хвороби II ступеню тяжкості характерна асоціація *M. furfur* та *C. albicans*, *M. furfur* з *P. acnes*, III ступені – *M. furfur* та *C. albicans*, IV ступені – *M. furfur*, *C. albicans*, *P. acnes* в асоціації з грамнегативними паличками.

При вивченні чутливості мікрофлори до традиційних антибіотиків (еритроміцин, кліндоміцин, тетрациклін, доксициклін) відмічена значна резистентність, як *P. acnes*, так і коккової флори, ентеробактерій. Найбільша чутливість *P. acnes* була до флорхінолонів, цефалоспоринів, фузидину, *M. furfur* – до ітраконазолу, *C. albicans* – до амфотеріцину і ітраконазолу.

При вивченні мікробіоцинозу неураженої шкіри у хворих на вугрову хворобу було виявлено 5 основних родів мікроорганізмів: *Staphylococcus* spp., *Candida* spp., *Propionibacterium* spp., *Malassezia* spp. Стафілококи були найбільш чутливі до азитроміцину.

Таким чином, мікробіоциноз шкіри при вугровій хворобі характеризувався виразними якісно-кількісними порушеннями. Виявлена висока інтенсивність мікробної колонізації шкіри, збільшення числа таксономічних груп, видове різноманіття, багата чисельність штамів з переважанням асоційованих форм мікроорганізмів.

У 60 хворих на вугрову хворобу радіоімунним методом вивчено вміст Ca^{++} в організмі, а також паратіреїдного, гормону, кальцітоніну для оцінки розвитку запально-репаративних процесів. Рівень кальцію, у порівнянні з групою контролю, у хворих на вугрову хворобу був підвищений до $3,34 \pm 0,22$ нмоль/л ($2,29 \pm 0,08$ нмоль/л в контролі), ПТГ до $9,95 \pm 0,95$ нмоль/л (в контролі – $5,68 \pm 0,35$ нмоль/л), Кт – до $7,93 \pm 0,57$ нмоль/л (в контролі – $2,9 \pm 0,11$ нмоль/л). найбільш показне підвищення цих показників відмічено у хворих на вугрову хворобу з супутньою кандидозною інфекцією, що свідчить про те, що гриби підсилюють запальну реакцію та викликають торпідність до терапії.

Підвищення рівня Ca^{++} в крові у хворих на вугрову хворобу, особливо при супутній кандидозній інфекції, суттєво залежить від підвищення рівня ПТГ. Підвищення функції паращитовидної залози залежали від порушень з боку вегетативної

нервової системи, особливо в психофізіологічному статусі та ендокринних порушень. У відповідь на підвищення Ca^{++} в крові, які обумовлені високим рівнем ПТГ, компенсаторно підвищується рівень Кт.

Гіперкальціємія потенціює катаболічні реакції в шкірі, підсилює можливість пошкодження мембран клітинних систем, що свідчить про необхідність у хворих на вугрову хворобу усунення грибів роду *Candida* та призначення в комплексній терапії мембрано-стабілізуючих та протизапальних препаратів для нормалізації функціонального стану найважливіших регулюючих систем організму.

У хворих на вугрову хворобу відмічено достовірне збільшення продукції IL – 10 та IL – 12, що свідчить про гіперактивацію протизапальних механізмів і може бути фоном для підсилення колонізації мікроорганізмів, що підтверджувалось значно більш високими показниками рівня цих цитокинів у хворих на вугрову хворобу, що ускладнена кандидо-інфекцією.

Проведені нами клініко-лабораторні дослідження показали, що хворі на вугрову хворобу з супутньою кандидозною інфекцією різні, що спричинило необхідність проведення кластерного аналізу усіх отриманих даних. Підсумки цього аналізу показали, що у хворих виявили різні рівні клініко-лабораторних зрушень, і об'єднати їх у дві клініко-терапевтичні групи. Першу групу склали 60 хворих на вугрову хворобу, головним чином з другою та частково третьою стадією, без явищ проліферації і значної пустулізації вугрової хвороби, з простим пітіаріазом вч4 голови, гнейсом, себорейним дерматитом, екзематидом Дар'є, комедонами, негнійним фолікулітом і фолікулярним екзематидом, обумовлених *S. albicans*, *M. furfur*, *M. pachidermatis*. Вміст Ca^{++} в плазмі склав $2,9 \pm 0,16$ нмоль/л, рівень паратгормону - $9,2 \pm 0,9$ нмоль/л, кальцитоніну – $7,98 \pm 0,5$ нмоль/л. РН шкіри обличчя становив $6,9 \pm 0,21$, а в інших ділянках шкіри - $6,0 \pm 0,03$, жирність, відповідно - $49,4 \pm 4,8$ мкг/см² і $37,2 \pm 3,8$ мкг/см², вологість - $20,3 \pm 0,54$ у.о. і $29,8 \pm 0,18$ у.о. Мікробіоциноз шкіри був представлений асоціацією маласезій і *Candida*, кокковою флорою і *P. acnes* у відносно невеликих кількостях, а неуразеної шкіри – дермальним стафілококом, *Malassezia*, *P. acnes*.

Друга група складалась з 40 хворих на вугрову хворобу з третьою та четвертою стадіями з яскраво вираженими запальними змінами, великими пустулами, кістами та індуративними проявами, з маласезійним пустульозом, різнобарвним лишаєм, комедонами, екзематидами Дар'є, що обумовлені *M. globosa*, і *M. obtusus*, *M. furfur*, кандидо-інфекцією. Вміст Ca^{++} в плазмі був - $4,14 \pm 0,28$ нмоль/л, рівень паратгормону - $12,2 \pm 0,9$ нмоль/л, кальцитоніну - $8,31 \pm 0,54$ нмоль/л. РН шкіри обличчя склав - $7,5 \pm 0,28$, жирність - $58,4 \pm 5,2$ мкг/см², вологість – $14,8 \pm 0,12$ мкг/см². Мікробіоциноз представлений на шкірі

обличчя у вигляді комбінації *M. furfur*, *P. acnes*, *S. albicans*, грамнегативної палички, *S. aureus*, поза межами вогнища ураження - *S. aureus*, маласезій, *S. albicans*.

Ми розробили оригінальну методику комплексної терапії хворих на вугрову хворобу з супутньою кандидо-інфекцією. Препарати призначали диференційовано, в залежності від виділених нами клініко-терапевтичних груп, використовуючи етіотропні і патогенетичні засоби.

40 хворим першої клініко-терапевтичної групи рекомендували прийом ітраконазолу (Спорагал) по 100 мг двічі на добу після їжі, протягом 14 днів, а потім препарати призначали у вигляді пульс-терапії по 200 мг двічі на добу, протягом 7 днів, потім – інтервал 3 тижні. І в цей період інтервалу рекомендували прийом азитроміцину по 500 мг 1 раз на добу через день, № 6-8. Також хворим призначали Тіогаму по 600 мг – 1 раз на добу, протягом 1-2 місяців, аскорбінову кислоту до 1,0 г на добу, 1-1,5 місяців, цинарікс по 1 таблетці 2 рази на день, 1-1,5 місяці.

З метою імуномодуляції хворим цієї групи рекомендували прийом субаліну, вміст флакона розчиняли в 1-2 чайних ложках кип'яченої охолодженої води і приймали всередину за 30 хвилин до їжі, запиваючи водою, двічі на день, протягом 20 днів. Зовнішня терапія полягала у втиранні 1% пасти «Сульсену» в вологу шкіру вч4 голови, обличчя, шиї, та верхньої половини тулуба на 10-12 годин, а потім змивали водою з милом. Перші 7 днів щодня, потім 7 днів через день, а надалі 2 рази на тиждень – 1-2 місяці. Одночасно наносили Азогель на ділянки ураження на обличчі та тулубі, а також обробляли шкіру зеркалаіном (спиртовий розчин кліндамицину).

30 хворим другої клініко-терапевтичної групи рекомендували прийом ітраконазола (Спорагал) по 100 мг двічі на день після їжі, протягом 14 днів, а потім препарат двічі призначали у вигляді пульс-терапії по 200 мг 2 рази на добу, потім інтервал 3 тижні. Під час інтервалу двічі призначали азитроміцин по 500 мг 1 раз на добу через день, 8-10 прийомів. Також хворим призначали тіогаму по 600 мг 1 раз на добу, протягом 2-4 місяців, аскорбінову кислоту до 2,0 г на добу до 2 місяців, алерон по 1 таблетці на ніч, 1-1,5 місяців, цинарікс по 1 таблетці 3 рази на день, 2-3 місяці.

З метою імуномодуляції хворим цієї групи рекомендували тіотриозалін по 2,0 мг 2,5% розчину вмі протягом 15-20 днів, а потім по 1 таблетці 3 рази на добу – до 20 днів. Одночасно пацієнтам призначався аміксин ІС по 0,125 г на добу протягом 2 днів щодня, надалі – по 0,125 г через день, протягом 14 днів.

Одночасно використовували азогель, зеркалаін. Основна зовнішня терапія полягала у втиранні 1-2% пасти «Сульсена» по приведеній вище методиці, використані УФО.

30 хворих проліковані традиційно без ураху-

вання грибкової інфекції, як і 20 хворих на вугрову хворобу без супутньої кандидозної інфекції: вітаміни групи В, антибіотики (доксидин), імунал, аскорбінова кислота, карсил, зовнішньо-скінорен.

У лікуванні за запропонованою нами методикою ні в кого з 70 досліджуваних хворих не відзначено негативного впливу препаратів на організм в цілому, а також на перебіг дерматозів. Стабілізація і початок регресу проявів дерматозів у пацієнтів наступали в середньому на 8-12-й і 12-16-й дні лікування (пізніше у хворих другої клініко-терапевтичної групи). Сприятливий косметичний ефект відзначався на 22-24-й дні лікування, після чого пацієнтів переводили на амбулаторне лікування. Загальна тривалість лікування у досліджених хворих не перевищувала термінів, рекомендованих нормативами МОЗ України.

У той же час з 50 хворих, які лікувались за загальноприйнятою методикою, у 8 відзначалось загострення маласезіозу та кандидозу, що сприяло неуспішності лікування. У цих хворих і 3 пацієнтів з виразковою хворобою без кандидозної інфекції спостерігалось посилення гіперемії і набряку, прогресували явища інфільтрації і гнійного процесу. У 12 пацієнтів відзначалась торпидність еритематозних уражень на обличчі, поява свіжих акне. Стабілізація проявів дерматозів в перші 10 днів лікування відзначені тільки у 13 хворих. Задовільний косметичний ефект до 20-го дня лікування був досягнений тільки у 10 з 50 хворих (20%), які лікувались традиційно. Ще у 6 пацієнтів задовільний результат вдалося досягти до 29-38 дня лікування. 28 хворим було потрібне додаткове лікування.

Загальна тривалість лікування у хворих, яким проводилась терапія загальноприйнятими методами, значно перевищувала терміни рекомендовані нормативами МОЗ України.

У подальшому ми рекомендували заходи, що перешкоджають розвитку рецидивів: зовнішньо пасти «Сулсену», УФО, спостереження 4-5 разів на рік, консультації терапевта, окуліста, ендокринолога, акушер-гінеколога, ЛОР-врача, стоматолога та інших фахівців, лікування та диспансерне спостереження з приводу супутніх захворювань. Рекомендували раціональне працевлаштування, усунення провокуючих факторів, дотримання дієти, періодичний прийом при необхідності седативних і антибактеріальних засобів, препаратів регулюючих функцію ШКТ.

Максимальний термін спостереження за хворими – 2,5 роки. Ні у одного з 50 хворих, пролікованих традиційно, не спостерігалось ремісії тривалістю понад 8 місяців. Тривалість ремісії більше 6 місяців відзначалась тільки у 12% хворих. Звичайна тривалість ремісії вугрової хвороби у хворих, яких лікували традиційно, без урахування кандидозу та маласезіозу, складала більше 2,5 місяців.

У хворих, які лікувались за запропонованою

нами методикою, зазвичай тривалість ремісії була 8-14 місяців. У 18% цих пацієнтів тривалість ремісії складала понад 14 місяців. Були відсутні хворі з прогресуванням вугрової хвороби і кандидозної інфекції, відсутність ускладнень від проведеної терапії. Все це є переконливим доказом обґрунтованості і більш високої ефективності запропонованого нами диференційованого методу лікування хворих з такою поєднаною патологією. Запропонований нами метод індивідуалізованої терапії, на нашу думку, необхідно рекомендувати для впровадження в практичну охорону здоров'я.

При вивченні водно-ліпідної мантії шкіри обличчя після лікування дослідження показали, що статистично значущі сприятливі зміни після лікування були зафіксовані у хворих на вугрову хворобу з супутнім маласезіозом і кандидозом, які отримували рекомендовані нами препарати. Так, РН зменшувалась після лікування з $7,2 \pm 0,28$ до $5,29 \pm 0,01$ (контроль - $5,18 \pm 0,02$), жирність – с $56,9 \pm 6,4$ мкг/см² до $40,4 \pm 3,82$ мкг/см² (контроль - $34,8 \pm 4,82$ мкг/см²), вологість збільшувалась з $16,0 \pm 0,31$ у.о. до $24,8 \pm 0,4$ у.о. (контроль - $39,2 \pm 1,12$ у.о.).

Суттєво після запропонованого нами лікування зменшувалась інтенсивність мікробної колонізації шкіри, а також симбіотико-асоційованих форм мікроорганізмів. Також зменшувались мікробні асоціації домінуючих видів: *M. furfur*, *P. acnes*, *C. albicans*.

Тільки у хворих на вугрову хворобу з супутнім маласезіозом і кандидозом, які проліковані за розробленою нами методикою, статистично достовірно знижувался рівень Ca⁺⁺ з $4,06 \pm 0,32$ нмоль/л до $2,46 \pm 0,07$ нмоль/л (в контролі - $2,29 \pm 0,08$ нмоль/л), ПТГ – з $12,04 \pm 0,9$ нмоль/л до $7,6 \pm 0,42$ нмоль/л (в контролі - $5,68 \pm 0,35$ нмоль/л), КТ – з $7,72 \pm 0,5$ нмоль/л до $4,52 \pm 0,18$ нмоль/л (в контролі - $2,9 \pm 0,11$ нмоль/л).

Висновки

1. Встановлено, що у хворих на вугрову хворобу з супутньою кандидозною інфекцією, у порівнянні з хворими без мікозу, жирність шкіри та РН були статистично значимо підвищені, вологість – знижена, підвищення рівня Ca⁺⁺, паратгормону та кальцитоніну, більш показна на шкірі обличчя, ніж на інших ділянках, особливо при III і IV ступенях хвороби; при вивченні мікробіоценозу шкіри виявлена висока інтенсивність мікробної колонізації шкіри, збільшення числа таксономічних груп, видове різноманіття, багаточисельність штамів з обов'язковою участю мікробних асоціацій домінуючих видів - *M. furfur*, *P. acnes*, *C. albicans*.

2. Розроблені і впроваджені алгоритми лікування при відсутності ускладнень і небажаних ефектів дозволили одержати, на відміну від хворих, які лікувались традиційно, виразний терапевтичний ефект на 12-16 дні лікування, а косметичний – на 22-24 дні, отримати сприятливі

зміни лабораторних показників, збільшити тривалість ремісій (8-14 місяців) і запобігти прогресуванню хвороби, зменшити число рецидивів.

Перспективи подальших досліджень

В подальшому планується вивчення іншої мікробної флори, що впливає на перебіг вугрової хвороби (Стафілококи, Стрептококи, *Demodex folliculorum*), як ускладнений фактор.

Література

1. Адаскевич В.Н. Акне вульгарные и розовые / В.Н. Адаскевич. – М. : Медкнига, Н.Новгород : НГМА, 2005. – 160 с.
2. Ахтямов С.Н. Подходы к терапии акне в практике дерматокосметолога / С.Н. Ахтямов // Вестн. последиплом. мед. образования. – 2003. – № 3-4. – С. 71 – 73.

3. Ахтямов С.Н. Вульгарные угри: вопросы этиологии и патогенеза / С.Н. Ахтямов, Г.Г. Сафарова // Вестн. последиплом. мед. образования. – 2003. – № 3-4. – С. 86.
4. Барина А.Н. Вульгарные угри: патогенеза, клиника и лечение. Современное состояние проблемы / А.Н. Барина // Рос. семейный врач. – 2003 – Т. 7, № 3. – С. 30-42.
5. Доброхотова Ю.Э. Гиперандрогения и акне в практике гинеколога и дерматолога: вопросы диагностики и терапии / Ю.Э. Доброхотова [и др.] // РМЖ. – 2008. – Т. 16, №1 (311). – С. 54 – 56.
6. Забненкова О.В. Современные аспекты этиопатогенеза аспе *viridis*. Основная терапия данного заболевания / О.В. Забненкова // Экспер. и клин. дерматокосметология. – 2003. – № 1. – С. 53 – 61.
7. Потекаев Н.Н. Акне (угревая болезнь): современный взгляд на проблему / Н.Н. Потекаев, М. Горячина, Т.А. Белоусова // Consilium medicum. Дерматология. – 2008. - № 1. – С. 12-16.
8. Суворова К.Н. Юношеские угри – клиника, патогенез, лечение / К.Н. Суворова, Н.В. Котова // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 1999. - № 3. – С. 67-72.

Реферат

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОДНО-ЛИПИДНОЙ МАНТИИ И МИКРОБИОЦИНОЗА КОЖИ, ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ранда Яакуби, Федотов В.П.

Ключевые слова: кожа, малассезиоз, угревая болезнь, водно-липидная мантия, кальций, гормоны, микробиоциноз, терапия.

Из 120 обследованных больных угревой болезнью у 100 установлен сопутствующий малассезиоз кожи в виде педириазы, кероза, комедонов, фолликулита, себореи, разноцветного лишая, который характеризовался определенными особенностями, а также кандидоз. После сопоставительного анализа на основании различных уровней клинико-лабораторных нарушений были выделены две клинико-терапевтические группы, в соответствии с которыми проводилась предложенная нами дифференцированная терапия. Повышенная жирность и Ph-кожи, снижение влажности до лечения, особенно у пациентов с III и IV стадиями угрей, осложненных кандида-инфекцией, после лечения нормализовалась, в отличие от больных леченных традиционно. После лечения уменьшилась интенсивность микробной колонизации кожи, а также микробных ассоциаций, снижался уровень Ca^{++} , ПТГ и КТ.

Summary

DYNAMICS OF AQUEOUS LIPID MANTLE AND MICROBIOCENOSIS OF SKIN AND CALCIUM METABOLISM IN PATIENTS WITH ACNE COMPLICATED WITH CANDIDA INFECTION OF SKIN

Randa Yaakubi, Fedotov V. P.

Key words: skin, malasseziosis, acne, aqueous lipid mantle, calcium, hormones, microbiocenosis, therapy.

Out of 120 patients with acne, 100 were diagnosed to have concomitant skin malasseziosis in its different forms: pityriasis, keratosis, comedons, folliculitis, seborrhoea, pityriasis vesicular, characterized by some certain features and candidosis as well. After the comparative analysis based on different levels of changes in clinical and laboratory analysis, we divided the study population into two clinical groups, which received different patient-centred therapy. Excessive skin greasiness and elevated pH, skin dehydration before the therapy, especially in the patients with III and IV stages of acne complicated with Candida infection became normal following the treatment compared with the patients treated according to the conventional standard schemes. After therapy, the intensity of microbial colonization of the skin, microbial associations decreased as well as the levels of Ca^{2+} , parathormone, and calcitonin.