

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, профілактики та інноваційні технології лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, поширених дерматозів, основні організаційні задачі», 10–11 листопада 2017 р., м. Харків

УДК 618.1-002.828

Опыт лечения вагинального кандидоза

Р.Ф. Айзятупов, Д.Р. Айзятупова

Донецкий национальный медицинский университет (г. Лиман, Украина)

В последние годы во всех странах мира отмечается рост заболеваемости вагинальным кандидозом, который занимает второе место среди инфекционной патологии мочеполовой сферы у женщин, а наибольший процент регистрируется у женщин в возрасте от 20 до 40 лет.

Цель исследования – изучить эффективность лечения вагинального кандидоза препаратом Фуцис внутрь и местно – вагинальным кремом Клофан.

В комплексной терапии вагинального кандидоза применялся триазоловый противогрибковый препарат системного действия Фуцис (флуконазол), который назначался внутрь по 400 мг 1 раз в сутки (1–2-й дни лечения) и далее по 200 мг 1 раз в сутки (3–10-й дни лечения). Препарат обладает широким спектром действия против грибов рода *Candida*, *Cryptococcus neoformans*, дерматофитов, *Malassezia* spp., «классических» диморфных возбудителей. Угнетает синтез эргостерола (компонент мембраны грибов), действуя на фермент 14 α -деметилазу (входит в систему цитохрома р450). Хорошо проникает во все жидкости человеческого организма (в цереброспинальной жидкости до 80–90 %, в слюне и перитонеальной жидкости концентрация как и в плазме крови). Незначительно метаболизируется печенью, выводится почками.

Местно применялся крем Клофан (10 % вагинальный крем клотримазола), который вводился с помощью прилагаемого аппликатора глубоко во влагалище вечером (перед сном) однократно (курс лечения – 1 день). При рецидиве кандидозной инфекции Клофан можно применять повторно через 7 дней. Международные исследования доказали, что при вагинальном кандидозе однократное применение 10 % вагинального крема клотримазола так же эффективно, как и трехдневная терапия 2 % вагинальным кремом клотримазола, применяемым 2 раза в день.

Кроме того, пациентам назначались: диета с ограничением углеводов, богатая белками и витаминами; ферментные препараты; иммунопротекторы; препараты железа и йода; витамины. Все пациенты переносили лечение хорошо. В пользу излечения свидетельствовали исчезновение клинических симптомов вагинального кандидоза, отсутствие местных изменений и элиминация возбудителя.

Комплексная терапия вагинального кандидоза с применением противогрибкового препарата системного действия Фуцис и местно – крема Клофан является эффективной, не вызывает побочных явлений и может широко применяться в повседневной практической деятельности как дерматологами, так и врачами смежных специальностей.

УДК 616.5: 615.03

Терапевтическая тактика наружной терапии алергодерматозов

Р.Ф. Айзятупов, Я.А. Полях, А.А. Еременко

Донецкий национальный медицинский университет (г. Лиман, Украина)

В структуре кожных болезней алергодерматозы занимают от 30 до 40 %, а в некоторых странах страдают до 25 % населения. Для них характерны хроническое течение и частые рецидивы, трудности проводимой терапии. В период обострения отмечаются отек, гиперемия, пузырьки, эрозии, корки, чешуйки, сильный зуд. При хроническом течении выявляются стойкие видимые проявления – эритематозно-сквамозные высыпания, сухость кожи, инфильтрация.

Важную роль в комплексной терапии алергодерматозов играет местное лечение. Наиболее эффективными средствами являются топические гормоны, обладающие противовоспалительным и антиаллергическим действием. Однако они могут вызывать местные (атрофия кожи, телеангиэктазии, стрии, гипертрихоз, акне) и системные (нередко ограничивают их применение) побочные эффекты. Целью наружной терапии являются следующие моменты: быстрое уменьшение и регресс клинических симптомов, устранение сухости кожи, восстановление поврежденного эпителия, улучшение барьерных функций кожи.

В последние годы у дерматологов, косметологов и врачей смежных специальностей появился большой выбор топических лекарственных препаратов с широким спектром терапевтического действия. Для достижения эффекта необходимы препараты топического действия в оптимальной лекарственной форме и с минимальным риском развития побочных явлений. Местная терапия эффективна в том случае, если патологический процесс поверхностный и локализованный. Основными требованиями к топическим препаратам являются быстрое начало действия, способность проникать в глубокие слои кожи, длительно сохранять активность в тканях, удобство применения, безопасность для всех возрастных групп пациентов.

Аллергодерматозы не создают угрозы для жизни, но сильный зуд и неприглядный вид высыпаний могут вызвать физический и психологический дискомфорт, причинить страдания пациентам, нарушая их привычный образ жизни. При назначении препаратов топического действия необходимо принимать во внимание стадию воспалительного процесса, клиническую картину, локализацию очагов поражения на определенных участках кожи, лекарственную форму препарата (крем, лосьон, мазь), что позволит получить стойкие эффективные терапевтические результаты лечения.

УДК 616.596-002.828

Онихомикозы и их лечение

Р.Ф. Айзязулов, Я.А. Полях, А.А. Еременко

Донецкий национальный медицинский университет (г. Лиман, Украина)

Грибковые поражения ногтей (онихомикоз) являются распространенным заболеванием во всех странах мира и встречаются у 10–20 % населения. Пораженные ногти являются резервуаром инфекции, которая может распространиться на гладкую кожу больного, на членов его семьи, способствовать инфицированию здоровых людей в общественных местах (бани, бассейны, душевые). Длительное хроническое течение, резистентность в отношении проводимых лечебных мероприятий делают носителя болезни на долгие годы источником дальнейшего распространения инфекции.

В клинике кожных и венерических болезней в комплексной терапии онихомикоза применялся синтетический триазоловый системный антимикотик Эсзол (итраконазол), который назначался внутрь по 200 мг 2 раза в сутки (1 нед), затем перерыв 3 нед (всего 3–4 курса). Фунгицидная активность препарата доказана против дерматофитов (*Trichophyton*, *Microsporium*, *Epidermophyton*), дрожжевых грибов (*Candida* spp., *Cryptococcus neoformans* и др.), смешанной инфекции.

Эсзол обладает самым широким спектром действия среди системных антимикотиков третьего поколения. После приема внутрь отмечается избирательное накопление препарата в кератинизированных тканях (концентрации в коже и ногтях в 3 раза больше плазматических). После окончания лечения терапевтические концентрации в коже сохраняются 2–4 нед, а в ногтях – 9–12 мес. Местно применялся 2 % крем Дермазол™, который наносился на очаги поражения 2 раза в сутки (2–3 нед и более).

Дермазол™ оказывает фунгицидное действие на дерматофиты, дрожжевые и дрожжеподобные грибы и другие патогенные грибы. Обладает сродством к кератинизированным тканям, а при нанесении на кожные покровы эффективные концентрации сохраняются внутри и на поверхности эпидермиса в течение 72 ч после отмены препарата. Согласно нашим наблюдениям, в результате проведенной терапии у большинства пациентов получены хорошие клинические результаты.

Учитывая высокую эффективность, отсутствие побочных действий, простоту и удобство применения, препарат Эсзол и местно – 2 % крем Дермазол™ можно рекомендовать к широкому применению при лечении грибковых поражений ногтей пластинок в амбулаторных условиях, что приведет к клиническому излечению и улучшению качества жизни пациентов.

УДК 578.245-078+579.61:616.5

Сравнительный анализ результатов использования культурального метода и полимеразной цепной реакции для диагностики урогенитальной трихомонадной инфекции

А.П. Белозоров, С.К. Джораева, Т.В. Частих, Е.И. Милютина, В.В. Гончаренко, Н.В. Соболев

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков

Урогенитальная инфекция, вызванная *Trichomonas vaginalis*, относится к числу наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Для ее диагностики чаще всего используется микроскопия нативных препаратов, культуральные исследования и полимеразная цепная реакция (ПЦР). По данным ряда исследователей, сравнительно часто наблюдается расхождение результатов различных методов диагностики трихомонады; часто образцы, положительные по микроскопии или культивированию, дают отрицательный результат в ПЦР. Для изучения указанной проблемы было проведено исследование методом ПЦР образцов, полученных при культуральном исследовании на *T. vaginalis*.

Материалы и методы

В исследование были включены 36 пациентов, находившихся на лечении в ГУ «ИДВ НАМНУ», клинические образцы которых исследовали на трихомонадную инфекцию с помощью методов классической бактериологии: бактериоскопии образцов, окрашенных 1 % раствором метиленового синего и по Грамму, и бактериологическим методом с применением селективных сред для изоляции и культивирования трихомонад согласно нормативным документам МЗ Украины.

ПЦР проводили с образцами культуры, полученными на 3–10-й день исследования. ДНК выделяли экспресс-методом или с протеиназой K из осадка, полученного центрифугированием. Использовали стандартные праймеры, специфичные для *T. vaginalis*.

Результаты

При исследовании 36 клинических образцов трихомонады были обнаружены с помощью световой микроскопии в 14 образцах (38,9 %), на селективных питательных средах – в 33 образцах (91,7 %) и с помощью ПЦР – в 19 образцах (52,8 %). Из 34 положительных культуральных образцов наличие ДНК *T. vaginalis* с помощью ПЦР было установлено только в 20 образцах (58,8 %).

Образцы содержали значительное количество осадка, состоящего из слизи, детрита эпителиальных клеток урогенитального тракта, лейкоцитов и микроорганизмов, что может свидетельствовать о наличии в них не только трихомонад, но и других возбудителей.

Значительное расхождение результатов двух методов диагностики урогенитального трихомоноза, которые считаются наиболее точными, свидетельствует о существовании в данном вопросе серьезной проблемы, требующей неотложного решения. Одним из возможных объяснений полученных результатов может быть выявление культуральным методом не только *T. vaginalis*, но и трихомонад других видов – *T. hominis* или *T. tenax*, что может быть проверено при использовании ПЦР, специфичной для этих возбудителей.