

УДК 616.992.282:616.3-0.18.73

**КАНДИДОЗ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА,
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И КОЖИ**

И.П.Иванова, О.Н.Чепурняк, М.Д.Давлеева

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кандидоз – инфекция, которая развивается при недостаточности иммунной защиты организма. Выделяют два механизма патогенеза кандидоза органов пищеварения: инвазивный и неинвазивный кандидоз. Инвазивный кандидоз обусловлен «внедрением нитчатой формы гриба *Candida* в ткани. Инвазивный кандидоз чаще наблюдается в органах, выстланных многослойным плоским эпителием (полость рта, пищевод), и реже — цилиндрическим (желудок, кишечник). Неинвазивный кандидоз не сопровождается превращением гриба в нитчатую форму. Обследовано 55 пациентов с диагнозом «кандидоз». Из них 29,5%- мужчины и 70,5% женщины. Все больные прошли обследование: анализы крови; микроскопию участков кожи, слизистых и консультацию стоматолога. Первичных больных - 45%, вторичных 30% и 25% с вовлечением в процесс слизистой оболочки полости рта (СОПР). Острое течение у 45%, у остальных - хроническое. Лечение кандидоза включает следующие этапы: коррекция фоновых факторов, антимикотические средства, эубиотики, энтеросептики, иммуномодулирующие средства и симптоматические средства. Лечение кандидоза на фоне «Флюконазола» обеспечивает положительный эффект в 60% случаев, а сочетанное лечение кандидоза в комбинации с эубиотиками и иммуномодулирующих средств эффективно в 85% случаев. При выборе антимикотического средства следует учитывать, что они делятся на препараты с системным действием флуконазолового ряда и неадсорбирующиеся антимикотические.

Таким образом, в результате проведённого лечения мы добились регресса патологических проявлений. При кандидозе слизистых оболочек полости рта и органов пищеварения необходимо лечить фоновое заболевание. На слизистых оболочках и участках кожи лечение проводилось в каждом конкретном клиническом случае.

УДК 616.834-002.152-036.12(477.62-21)

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ
ПО ДАННЫМ ДОНЕЦКОГО ГККВД № 1 В 2004-2009 ГГ.**

В.Н.Романенко, К.В.Романенко, Ю.С.Человьян

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Опоясывающий лишай (ОЛ) возникает при реактивации вируса *Varicella-zoster* (VZV) в черепно-спинномозговых ганглиях. Инфекция распространяется по ходу нервов в иннервируемые ими участки кожи – дерматомы. Характерна острая односторонняя боль, вслед за которой появляется сыпь – везикулы или пузыри. Основное осложнение – постгерпетическая невралгия (сохранение болевого синдрома через 3 месяца после возникновения или заживления высыпаний (ПГН). Мы проанализировали заболеваемость ОЛ по данным стационара Донецкого ГККВД №1 за 5 лет (2005-2009 гг.) отдельно у мужчин (93 человек) и женщин (80 человек). В возрасте до 20 лет ОЛ развился у 4 мужчин (3 женщин), от 21 до 30 лет – у 15 (17), от 31 до 40 лет – у 21 (16), от 41 до 50 лет – у 16 (12), от 51 до 60 лет – у 13 (17), от 61 года и старше – у 24 (20), то есть, ОЛ может возникнуть в любом возрасте, но чаще – у пожилых пациентов, как мужчин так и женщин, в любое время года. Так, помесечная заболеваемость составила: в январе – 8 мужчин (6 женщин), в феврале – 12 (5), в марте – 11 (8), в апреле – 3 (9), в мае – 9 (3), в июне – 11 (16), в июле – 5 (7), в августе – 14 (5), в сентябре – 8 (8), в октябре – 7 (2), в ноябре – 2 (6), в декабре – 3 (10) человек. На переохлаждение до начала ОЛ указали 65 (66) человек и отрицали его 29 (19). Традиционно среди факторов рис-