

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-

ка, способствующих реактивации VZV с последующим развитием ОЛ, прежде всего называют пожилой возраст и любые заболевания (состояния), которые сопровождаются снижением клеточного иммунитета (лейкемия, лимфома, ВИЧ и др.), а также психический стресс и физическая травма. Находилось в стационаре до 10 к/дней – 10 (13), от 11 до 20 к/дней – 53 (49), от 21 до 30 к/дней – 25 (22), свыше 30 к/дней – 3 (1) человек. Длительное пребывание в стационаре ряда больных было связано с поражением нескольких дерматомов, наличием обильных высыпаний и инфекции ВИЧ у 7 мужчин. В 90% случаев появлению сыпи предшествовал выраженный болевой синдром в области того дерматома, где затем и появлялись через 1-3-5 дней высыпания в виде везикул и пустул (172 человека) и пузырей (1 человек) на эритематозной и отечной коже. У 2 больных была язвенно-некротическая форма ОЛ. Констатировано поражение следующих дерматомов: V₁-V₃ – у 12 (6) в том числе с герпетическим кератитом у одного, С₂ – у 2 (1), С₃-С₄ – у 11 (9), С₅ – у 3 (6), Т₄-Т₈ – у 29 (20), Т₁₀ – у 16 (18), Т₁₂ – у 3, L₂ – у 1 (2) и S₄ – у 1 (2) человек в согласовании с данными литературы, что в 50-70 случаев проявления ОЛ локализуются в верхней половине туловища, от 10 до 20% – в области головы, шеи или поясницы и в 2-8% – в крестцовой области. Главной целью терапии ОЛ, особенно у пожилых, является уменьшение болевого синдрома и предупреждения ПГН. Подавляющее большинство больных (92%) лечилось ацикловиром различных фармацевтических фирм по 1-2 табл. 2-3 раза в день в течение 7 дней, местно – смазывание фукоцином или мазью ацикловира, однако у 13 больных отмечена постгерпетическая невралгия (ПГН).

Таким образом, с целью предупреждения ПГН необходимо как можно более рано назначать противовирусную терапию ОЛ, желательнее используя, особенно у пожилых людей валакцикловир (вальтровир) по 1000 мг 3 раза в день в течение 7 дней.

ВЕНЕРОЛОГИЯ

УДК 616.972:611-0.18.53-085.37

МЕТАБОЛІЗМ НЕЙТРОФІЛІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА РАННІЙ ПРИХОВАНИЙ СИФІЛІС

В.Є.Симоненко, С.Г.Свирид

*Шкірно-венерологічний диспансер № 1 м.Києва,
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця*

Загальновізнано, що основним механізмом боротьби макроорганізму з блідою трепонемотою виступає фагоцитоз. Серед ланок його адекватної реалізації чільне місце посідають нейтрофіли периферичної крові. Але, функціональні можливості цих клітин визначаються їх метаболізмом. Тому, метою нашої роботи було визначення рівня фосфоліпідів, виконуючих роль інтрацелюлярного каркасу, в нейтрофілах периферичної крові у 17 хворих на ранній прихований сифіліс за допомогою обчислення середнього цитохімічного коефіцієнту (СЦК). Групу порівняння утворили 10 здорових осіб.

Встановлено, що у осіб контрольної групи кількість суданофільних клітин коливались від 92 до 100%. Рівень нейтрофілів з мінімальним вмістом ліпідів склав лише 5-12%, з другим і третім ступенями насиченості, відповідно, 43-48% і 41-46%, а СЦК – $2,31 \pm 0,10$. У пацієнтів з раннім прихованим сифілісом спостерігалось суттєве пригнічення СЦК – до $1,72 \pm 0,12$ ($p < 0,05$). Питома вага клітин, що містять метаболіт склала 80-93%. Перший ступінь насиченості відмічався в 25-34%, другий – у 23-32% і третій – у 28-35% клітин.

Таким чином, зменшення рівня фосфоліпідів в нейтрофілах периферичної крові свідчить про розлади целюлярної структурної цілісності, котрі обумовлені пошкоджуючою дією блідої трепонеми.