

Р.Ф.Айзятұлов, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова

Представлений огляд літератури епідеміології, етіопатогенеза вірусних хвороб шкіри і слизових оболонок. Приведена клінічна характеристика хворих. Показана ефективність терапії ускладнених форм із застосуванням препаратів Ацикловір Стада, Лавомакс та Хемоміцин.

MEDICAL TREATMENT OF VIRAL DISEASES OF SKIN AND MUCOUS COMPLICATED BY THE SECOND INFECTION

R.F.Aizjatulov, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

The review of literature of epidemiology, etiopatogeneza viral illnesses of skin and mucous membranes is presented. Clinical description of patients is resulted. Efficiency of therapy of the complicated forms with the use of preparations of Atsiklovir Herd is shown, Lavomaks and Hemomitsin.

УДК 616.31-002.152-07-08:615.37:615.218.8

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА МОНІТОРИНГ РЕЦИДИВУЮЧОГО ГЕРПЕСУ ШКІРИ ТА СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТОРИННОЮ ІМУННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ГЕРПЕСВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ

Б.Г.Коган¹, О.Є.Олійник²

¹ - Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,

² - Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Щупика, м. Київ

Ключові слова: герпесвірусна інфекція, рецидив, шкіра, слизова оболонка, імунна недостатність, діагностика, лікування, моніторинг, вальтравір, біолейкін, нуклеїнат, специфічні імуноглобуліни.

Актуальність теми.

Впродовж останнього десятиліття у структурі захворювань спостерігається зростання уражень інфекційно-алергічного й імунно-запального характеру, збільшення питомої ваги асоційованих форм герпесвірусних інфекцій (ГВІ) [1, 2]. Серед захворювань урогенітального тракту, щелепно-лицевої ділянки та слизової оболонки порожнини рота (СОПР) провідне місце займають гострий та рецидивуючий герпес [3, 4, 5, 6]. До особливостей сучасного клінічного перебігу ГВІ належать більш виразні прояви, зростання тривалості та тяжкості перебігу хвороби, збільшення терміну епітелізації деструктивно-запальних дефектів, здатність до генералізації, ураження більш ніж однієї анатомічної ділянки (дерматит, хейліт, стоматит, гастродуоденіт тощо), часті рецидиви особливо у пацієнтів із вторинною імунною недостатністю (ВІН) герпесвірусного генезу; розвиток тяжких ускладнень (кровотеч, перфорацій) з інвалідизацією, висока ймовірність формування мікст-інфекцій, зокрема асоційованих різними типами герпесвірусів (ГВ), резистентних до традиційного лікування [1, 2, 3, 7, 8, 9, 10]. Тому, поглиблене вивчення патологічних механізмів формування, прогресування та рецидивування ГВІ особливо на тлі синдрому поліморбізму та ВІН, розробки раціональних підходів

до діагностики та моніторингу захворювання на всю групу ГВ та нових підходів до лікування з високою протирецидивною ефективністю є актуальною проблемою сучасної науки і практики. Дерматовенеролог і стоматолог є першою ланкою у наданні медичної допомоги. Важливо скерувати пацієнта на консультації, обстеження на всю групу ГВ та лікування до лікарів-спеціалістів інших фахів на позиції узгодженості.

Мета дослідження.

Вдосконалити діагностику існуючих методів та розробити програму етапної комплексної етіологічної верифікації рецидивуючого герпесу шкіри та слизових оболонок (РГ ШСО) на всі типи ГВ і стану імунної системи, яка описує саме асоційовані та/або атипові клінічні форми з урахуванням підвищення ефективності й зменшення вартості діагностики; теоретично обґрунтувати, розробити та вивчити програму комплексного лікування ГВІ урогенітального тракту, щелепно-лицевої ділянки та СОПР для визначення її клінічної, протирецидивної, ерадикаційної й імунорегуючої ефективності, враховуючи роль асоціацій герпесвірусів (ГВ), у формуванні деструктивно-запальних уражень.

Матеріал та методи дослідження.

Аналітичні – для визначення завдань і напрямків вирішення проблеми; клінічні, цитологічні, вірусологічні, мікробіологічні, біохімічні, імунологічні, імунохімічні – для верифікації діагнозу, вивчення особливостей клінічного перебігу і патогенезу РГ ШСО в пацієнтів та визначення ефективності лікування; статистичні – для оцінки обґрунтованості й достовірності отриманих результатів.

В обстеженні та лікуванні взяли участь 43 хворих у віці від 3 до 38 років, із урогенітальним та орофасціальним герпесом у період рецидиву. Під час проведення діагностики та лікування лікар-дерматолог та стоматолог на позиції спадкоємності контактує з іншими фахівцями: педіатрами, інфекціоністами, імунологами, отоларингологами, гастроентерологами, ендокринологами з метою об'єктивного бачення здоров'я пацієнтів, поширеності та тяжкості інфекційного процесу, характеру загально соматичних захворювань.

Результати та їх обговорення.

Діагноз РГ ШСО визначали на підставі ретельного збору епідеміологічних даних (наявності в анамнезі інформації про перенесений гострий герпес: лабіаліс, назаліс, геніталіс, герпетичний кон'юнктивіт, дерматит, пароніхій; схильність найближчих родичів до РГ ШСО), анамнезу розвитку захворювання і клінічного обстеження (наявності перенесеного гострого герпесу оро-фасціальної ділянки та (можливо) РГ ШСО будь якої локалізації, виявлення характерної динаміки і клінічних проявів захворювання - можливе підвищення температури, регіонарний (підщелепний), периферійний лімфаденіт, пухирцево-ерозивні елементи висипки з серозним чи серозно-геморагічним вмістом на шкірі, червоній облямівці губ чи слизових оболонках. Лабораторний комплекс включав цитологічний (зішкряби), дублювання імунобіологічного (ПЛР) та імунохімічного методів обстеження (ІФА, авідності антитіл до HSV та CMV) різних біологічних середовищ (кількісний аналіз ПЛР слини, зішкрябів, сироватки крові тощо), що збільшує вираженість етіологічної верифікації; визначення інфікованості іншими представниками TORCH-комплексу, наявності маркерів паразитарних захворювань, можливості синергізму їх патологічної дії в умовах асоційованої персистенції. З'ясування імунопатогенетичних механізмів, стану мікробіоценозу верхніх і нижніх відділів травного каналу, сечостатевого тракту, загального і локального імунітету методами 1-3 рівнів; біохімічних маркерів білкового, вуглеводного та жирового обміну у сироватці крові, як маркера ризику генералізації РГ ШСО, вивчення морфофункціонального стану органів черевної порожнини, малого тазу методом УЗД, визначаючи характер перебігу інфекційного процесу в пацієнтів із ВІН вірусного генезу, факторів рецидивування та прогресування в залежності від ступеня тяжкості захворювання, віку, статі. Діагностичний моніторинг РГ ШСО, асоційованого різними типами ГВ, за ефективністю лікування передбачає регресію клінічних симптомів та стійку ремісію; значне зменшення або негативний результат ДНК методом ПЛР (після лікування через 1 місяць); зниження рівня специфічних IgM, IgG антитіл

(через 1-2 місяці після лікування), ступеню тяжкості ураження шкіри, СОПР; стабільність клінічних даних та імунологічних показників при проведенні трьох імунологічних досліджень з інтервалом 1-2 місяці. Диспансерне спостереження при ВІН герпес вірусного генезу - динамічне спостереження лікарем-імунологом впродовж 5 років з клініко-лабораторним контролем кожні 3-6 місяців.

На кожному з етапів лікування вирішували певний комплекс завдань, враховуючи біологічні властивості ГВ (здатність до персистенції, молекулярної мімікрії та модуляції), що обумовлює значний період захворювання, динаміку порушень імунної регуляції та системи антиінфекційної резистентності, залучення до патологічного процесу інших органів і систем із формуванням феномену поліморбізму. При визначенні завдань кожного лікувального етапу враховували динаміку і значимість виявлених порушень гомеостазу і опирались на загальноприйняті принципи реабілітації пацієнтів із хронічними рецидивуючими захворюваннями. Використання основного курсу етіотропної терапії (I етап - період загострення, термін - 7-14 днів після лабораторного підтвердження етіологічної ролі ГВ) у складі комплексного лікування ГВІ урогенітального тракту, щелепно-лицевої ділянки та СОПР скорочує тривалість рецидиву захворювання, але не сприяє елімінації асоціації збудників і відновленню системи протиінфекційного захисту, тому не забезпечує протирецидивну ефективність лікування у пацієнтів. Найбільше скорочення тривалості рецидиву захворювання відмічалось у пацієнтів при залученні етіотропних препаратів другого покоління основним курсом (Вальтравір: 0,5 г 2 р/д 7-14 днів), додатковому включенні препаратів для патогенетичної терапії: цитокинових імуномодуляторів при імунній дисфункції системно (Біолейкін 250 000 п/ш 1 р/д через день доби №5)) та локально дітям до 7 років (інтраназально та сублінгвально: 3 - 5 років – по 125 000 ОД через день №5; 5 – 7 років – по 250 000 ОД) та препаратів імуноглобулінів (специфічних імуноглобулінів за етіологічними показаннями для дом'язового (1,5 - 4,5 мл через дві доби №5; доза залежить від віку пацієнта (при лікуванні дітей), клінічних проявів) та довенного введення (25-50 мл на 100 мл 0,9% розчину NaCl д/в крапельно повільно №3 (доза та кратність введення залежить від віку пацієнта (при лікуванні дітей) та клінічних проявів, вводиться в умовах стаціонару за показанням та після узгодження лікаря-імунолога)) та конкуретного пробіотика з імуномодельюючою властивістю при дисбіозах слизових оболонок до складу комплексного лікування на I-му етапі, а також локально аплікації 2,5% мазі Герпевір (на шкіру та слизову урогенітального тракту). Вказаний терапевтичний комплекс доцільно використовувати у пацієнтів при дисбіозі I і II ступеня, ВІН I ступеня та відсутності сенсibilізації. Застосування двохетапного основного (Вальтравір 0,5 г 2 р/д 7 – 14 днів) і пролонгованого курсів етіотропного лікування (Вальтравір 0,5 г 1 р/д впродовж 1-12 місяців) ГВІ урогенітального тракту, щелепно-лицевої ділянки та СОПР у пацієнтів у період рецидиву і реконвалесценції (II етап, з 15 дня від початку захворювання), а також додаткове включення препаратів для патогенетичної терапії: індукторів інтерферогенезу після закінчення або з передостаннього дня закінчення рекомбінантних цитокінів 1-2 курси (Нуклеїнат) та пролонгованого курсу конкуретного пробіотика з імуномодельюючою властивістю при важких дисбіозах II-IV ступеня) до складу комплексного лікування на II-ому етапі, а у період реабілітації (III етап лікування) – імуномодулятора бактеріального походження - забезпечує стійкий протирецидивний ефект у пацієнтів. При цьому досягається висока ерадикаційна ефективність, відновлення колонізаційної резистентності й імунної відповіді, усунення проявів сенсibilізації. Таким чином, вказану схему лікування слід застосовувати з тяжкою формою ГВІ, особливо при асоційованій формі, ВІН герпесвірусного генезу, а також при ризику виникнення резистентних форм збудників внаслідок багаторазового використання традиційних етіотропних препаратів, при дисбіозі II-IV ступеня, виражених імунодефіцитах, ускладнених сенсibilізацією. Диспансерне спостереження (IV - етап) - дієто-, фіто-, го-меопатична терапія для підтримання стабільності функціонування системи антиінфекційної, колонізаційної резистентності й імуно-ендокринної регуляції; підготовка до вакцинації протигерпетичною вакциною (1, 2 тип) після консультації лікаря клінічного імунолога.

Висновки.

Вдосконалена діагностика існуючих методів та розроблена програма етапної комплексної етіологічної верифікації рецидивуючого герпесу шкіри та слизових оболонок на всі типи герпесвірусів і стану імунної системи, яка описує саме асоційовані та/або атипові клінічні форми з урахуванням підвищення ефективності й зменшення вартості методу. Теоретично обґрунтована, розроблена та вивчена програма комплексного етапного лікування герпесвірусної інфекції урогенітального тракту, щелепно-лицевої ділянки та слизової оболонки порожнини рота для визначення її клінічної, протирецидивної, ерадикаційної й імунорегулюючої ефективності, враховуючи роль асоціацій герпесвірусів, у формуванні деструктивно-запальних уражень. Застосування препаратів корпорації «Артеріум» (Вальтравір, Біолейкін, Нуклеїнат, мазь Герпевір) у комплексній програмі етапного лікування герпесвірусної інфекції є ефективним, не виявляє побічних ефектів, запобігає поліпрагмазії, дає можливість використання у комплексі з іншими противірусними препаратами (поєднаність), має комплаєнтність, доступність (відпускається без рецепту), фінансову економічність (у порівнянні з лікуванням оригінальним валацикловіром).

Список літератури.

1. Возіанова Ж.І. Інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епштейна-Барр / Ж.І. Возіанова, А.І. Глей // Мистецтво лікування. - 2005. - №5. - 5 с.
2. Крамарев С.О. Застосування довенних імуноглобулінів у дітей / С.О. Крамарев, О.В. Виговська // Сучасні інфекції, 2008 №1. - С.102-107. -[Электронная версия] Режим доступа к журн. : http://biofarma.kiev.ua/ukr/articles/2009/06/12/zastosuvannja_dovenn_121.html
3. Исаков В.А. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей / В.А. Исаков, Е.И. Архипова, Д.В. Исаков. - С.-П. : СпецЛит, 2006, 302 с.
4. Айзятюлов Р.Ф. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / Р.Ф. Айзятюлов – К., 2003. – 128 с.
5. Мавров И.И. Герпес-вирусная инфекция: глобальная проблема здравоохранения / И.И. Мавров // Дерматология та венерология. – 2007. № 1 (35). - С. 3 – 8.
6. Савичук Н. О. Розповсюдженість захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей / Н.О. Савичук, В.І. Рейф, Л.М. Потапенко // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1998. - №3. – С.36-39.
7. Крамарев С.О. Герпетична інфекція у дітей / С.О. Крамарев // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1997. - № 2 . - с. 5 - 8.
8. Бекетова Г.В. Комплексна терапія рецидивуючого герпесу верхніх відділів травного каналу / Г.В. Бекетова, Н.О. Савичук // Перинатологія та педіатрія. - 2002. - №2. - С. 36-38.
9. Дранник Г.М. TORCH-інфекції: герпес / Г.М. Дранник Г.М., О.В. Свідро // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. – 2006. -№1 (02). – С. 68-72.
10. Серебряная Н.Б. Новые подходы к терапии герпесвирусной инфекции: пособие для врачей /Серебряная Н.Б., Егорова В.Н.–С.-П.: Новая альтернативная полиграфия, 2007.–28 с.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И МОНИТОРИНГ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ИМУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГЕРПЕСВИРУСНОГО ГЕНЕЗА

Б.Г.Коган, О.Е.Олейник

Показана актуальность проблемы диагностики и терапии рецидивирующего герпеса в условиях современного клинического течения и взаимосвязи органов и систем, как единого целого. Предложена комплексная диагностика и новая тактика лечения с учётом этапности и формы заболевания. Осуществление данной стратегии возможно только в условиях специа-

лизированного звена оказания медицинской помощи в тесном сотрудничестве на позиции согласованности врачей разных специальностей.

DIAGNOSTICS, TREATMENT AND MONITORING OF RECURENTS HERPES OF THE SKIN AND MUCOUS MEMBRANES FOR PATIENTS WITS SECOND IMUNE INSUFFICIENCY OF THE HERPETIC GENESIS.

B.G.Kogan, O.E.Oliynyk

Actuality of problem of diagnostics and therapy of recurents herpes is rotined in the conditions of modern clinical flow and intercommunication of organs and systems, as single whole. Complex diagnostics and new tactic of treatment is offered taking into account stage and form of disease. Realization of this strategy is possible only in the conditions of the specialized link of providing of medicare in close co-operation of doctors of different specialities.

УДК 616.5+616.981.25]-036.12-085

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

Р.Ф.Айзятулов, Я.А.Полях, Л.А.Гупало

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: стафилококковые поражения кожи, актуальность, этиология, патогенез, клиника, иммуноглобулин антистафилококковый человека, лечение, профилактика.

Актуальность темы.

В последние годы отмечается постоянное возрастание удельного веса стафилококков в возникновении гнойничковых болезней кожи, терапия которых представляет определенные трудности в связи с высокой резистентностью патологического процесса и частыми рецидивами [1, 5, 6, 7, 8, 9]. Стафилококковые поражения кожи (стафилодермии) возникают в результате проникновения в кожу стафилококков и могут быть самостоятельным заболеванием или осложнением кожных болезней (чесотка, экзема, нейродермит и др.) [2, 5, 7]. Стафилококки подразделяются на 3 вида: золотистый или гноеродный (патогенный стафилококк), эпидермальный (иногда может приобретать патогенные свойства) и сапрофитный [1, 2, 7]. Стафилококки окрашиваются по Граму грамположительно и располагаются в виде скоплений, напоминающих гроздь винограда [3, 4, 5]. Они выделяют дезоксирибонуклеазу, активность которой может служить показателем их патогенности, а также протеолитические ферменты протеиназы [1, 2, 7]. Резистентность у людей к стафилококкам неодинакова, врожденного иммунитета нет, а приобретенный нестойкий [2, 7, 8]. Под влиянием различных внешних факторов и внутренней среды макроорганизма стафилококки могут изменять свои морфологические свойства, приобретая способность трансформироваться в L-формы [1, 2, 7, 9]. Установлены также иммунодепрессивные свойства стафилококков [2, 3, 5, 7]. У пациентов с хроническим рецидивирующим течением стафилококковых поражений кожи выявляются расстройства специфических и неспецифических иммунологических реакций организма с