

Клиническая картина опоясывающего лишая складывается из проявлений на коже, слизистых оболочках и неврологических расстройств. Нами было обследовано 30 пациентов (I группа 18 человек, II группа 12 человек, в возрасте от 25 до 35 лет), у которых наблюдались общеинфекционные симптомы: болевой синдром, повышение температуры, увеличение регионарных лимфатических узлов, изменение в общих анализах крови (в виде лимфоцитоза и моноцитоза). В I группе при лечении были использованы: дезоксирибонуклеаза внутримышечно 1 – 2 раза в сутки по 30 – 50 мг в течение 7 дней, метисазона из расчета 20 мг на 1 кг массы тела больного в сутки в 3 приема после еды в течение 6 – 7 дней. Во II группе : ацикловир 4г/сут, ганглиоблокаторы-ганглерон 1,5% раствора по 1 мл в сутки, поливитамины, в частности витамины группы В. Местно использовали орошения интерфероном, анилиновые красители, мази флореналь, хелепин, крем панавир.

Во II группе больных наблюдался более выраженный терапевтический эффект: нормализация температуры тела, уменьшение болевых ощущений, быстрое разрешение элементов, нормализация показателей крови на 4-5 сутки от начала лечения, по сравнению с пациентами I группы (на 9-10 сутки). Таким образом терапия опоясывающего лишая должна быть комплексной и включать как этиологическое, так и патогенетическое лечение.

УДК 616.5-004. 1-031-005+615.849.19.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ СКЛЕРОДЕРМИИ**

З.Ф. Кривенко, В.Д. Гридасова

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Физические методы лечения при заболеваниях кожи зачастую дают выраженный клинический эффект у значительного большинства больных. Одним из них является лазеротерапия, внедрение которой в дерматологию, к сожалению, пока не достигло должного уровня. Изучение влияния лазерного облучения на кожу больных склеродермией показало, что в склерозированных и депигментированных очагах кожи после курса лазеротерапии уменьшалась плотность кожи и появлялась пигментация. Данное явление связывают с нормализацией синтеза физиологически активных веществ – серотина, адреналина и дофгамина, непосредственно участвующих в процессах пигментации кожи. В клинике кожных и венерических болезней Донецкого медуниверситета под нашим наблюдением находилось 26 больных с ограниченными формами склеродермии (20 женщин и 6 мужчин в возрасте от 27 до 63 лет с давностью заболевания от 1-2 месяцев до 5-6 лет). Применение в кожной терапии лазерного излучения (плотность мощности излучения составляет 4 мВт/см<sup>2</sup>, начальная экспозиция облучения – от 1 до 3-5 минут, суммарная однократная не превышала 15-20 минут) обусловлено тем, что оно усиливает метаболические процессы в клетках эпидермиса и дермы, а также транспортные процессы в капиллярах кожи. В процессе лечения пациенты получали гипосенсибилизирующую терапию, инъекции лидазы, антиоксиданты, вазопротекторы. При облучении лазером (10-15 сеансов на гелий-неоновой установке УЛФ-1 "Ягода" и ЛГ-75-1) в световое пятно попадал весь очаг поражения с захватом 1-2 см окружающей видимо здоровой кожи. Все пациенты терапию перенесли хорошо. У 20 больных (80% от общего числа) отмечалось после курса лечения уменьшение плотности очагов, исчезновение воспалительных явлений, появление пигментации в ранге депигментированных участках.

Таким образом, лазерная терапия при широком внедрении в практику дерматологии будет способствовать улучшению биологических процессов в коже, сокращению сроков лечения и числа рецидивов, а следовательно, даст экономический эффект.

УДК 616.5:616-002.828:616.596:616-08-031.84

## **ПРОФИЛАКТИКА МИКОЗОВ СТОП**

Кутасевич Я. Ф., Олейник И.А., Пятикоп И.А., Загорская А.А., Стулий О.Н.

*ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМН Украины»*

Вопросы, касающиеся профилактики грибковых заболеваний, продолжают оставаться в центре внимания клинической дерматологии, что обусловлено, в первую очередь, их значительной распространенностью и участвующими часто рецидивирующими тяжелыми формами заболевания. В настоящее время микотическими инфекциями страдает около 20% населения мира. Поэтому проблема эффективной профилактики микозов стоп по-прежнему не теряет своей актуальности.

Препаратом выбора для лечения микозов стоп является тербинафин, как наиболее эффективное лекарственное средство по отношению к основным возбудителям микозов стоп – дерматомицетам. Механизм фунгистатической активности тербинафина реализуется за счет блокирования действия энзимов сквален-эпоксидазы и последующего ингибирования трансформации сквалена в эпоксид-сквален, что приводит к гибели грибковой клетки. Разработана новая наружная форма тербинафина - "Ламизил Уно", которая представлена раствором и содержит пленкообразующие агенты. Раствор обеспечивает более высокую концентрацию тербинафина в роговом слое кожи, функциональная активность которой сохраняется до 13 дней. Оказывать длительное воздействие помогает его уникальная форма. Испаряясь с поверхности кожи, препарат образует уникальную, неощутимую прозрачную пленку из полимерной смеси. Активное вещество (тербинафин) находится в высокодиспергированном состоянии и быстро поступает в роговой слой эпидермиса. Раствор обеспечивает развитие стойкого противогрибкового эффекта, преодолевающего инфекцию и защищающего стопы от повторного развития заболевания.

В качестве профилактического средства мы назначали «Ламизил Уно» пациентам, ранее лечившимся по поводу микозов стоп и относящимся к группе риска. Препарат наносили на кожу стоп 1 раз в 2 недели. В течение года наблюдения за этими больными рецидивы микоза стоп зарегистрированы у 2 % пациентов. Таким образом применение препарата «Ламизил Уно», в качестве противорецидивного средства, значительно сократило количество рецидивов и являлось удобным в использовании.

УДК 616.56:614,876]-036.2(477)

## **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ КОНТАКТНИМ ДЕРМАТИТОМ ТА ІНШИМИ ХВОРОБАМИ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ ЗА ОСТАННІ РОКИ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС**

В.Ю.Мангушева