10. Терханова И.В. Микозы стоп //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2002. - № 1-2 (5). - С.34-40.
11. Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2001. - № 2-3 (4). - С.5-10.
12. Федотов В.П., Кубась В.Г. Актуальные вопросы дерматофитий //Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2000. - № 2 (3). - С.6-11.
13. Gupta AK, Baran R, Summerbell R. Onychomycosis: strategies to improve efficacy and reduce recurrence //Journal of the Europen academy of dermatology and venerology (JEADV). – 2002. - Vol.16, № 6. - P.579-586.
14. Moossavi M, Bagheri B, Scher RK. Systemic antifungal therapy. Dermatol Clin 2001; 19:35-52.
15. Tosti A, Piraccini BM. Treatment of onychomycosis: a Europen perspective Dermatologic Ther 1997; 3:66-72.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІКИ І КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГРИБКОВИХ ХВОРОБ ШКІРИ ТА ЇЇ ПРИДАТКІВ

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

Приведений короткий огляд літератури про епідеміологію грибкових хвороб шкіри. Описана клінічна характеристика хворих на різні форми мікотичної інфекції. Показана ефективність запропонованого методу лікування.

ACTUAL QUESTIONS OF CLINIC AND COMPLEX THERAPY FUNGUS ILLNESSES OF SKIN AND ITS APPENDAGES

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

The brief review of literature about epidemiology of fungus illnesses of skin is resulted. Clinical description of patients with different forms of mikotic infection is described. Efficiency of the offered method of medical treatment is shown.

УДК 616.53-002.25-07-08/477)

ОБЗОР НЕКОТОРЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 11 ЛЕТ В УКРАИНЕ

В.Н.Волкославская, Т.Д.Носовская, В.Ю.Мангушева

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Ключевые слова: угревая болезнь, клиника, лечение, регионы

Введение

Вульгарные угри (угревая болезнь, акне) - самое распространенное заболевание кожи, может протекать годами и приводить к формированию косметических дефектов и стойких рубцов. Известно, что

это хроническое полиморфное мультифакторное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез. Заболевание оказывает серьезное неблагоприятное влияние на психосоциальное развитие личности, приводя к эмоциональным нарушениям, депрессии и дистанцированию от общества, приводит к возникновению дисморфофобии - боязни представления о мнимом внешнем уродстве. Частота заболеваний акне в разных возрастных группах распределяется следующим образом: у людей в возрасте до 30 лет встречается в 90% случаев (среди девушек - 60%, среди юношей - 30%), в возрасте 30-45 лет - 6% (5% - женщины, 1% - мужчины). Это заболевание широко распространено среди населения всех рас. Клинически угревая болезнь достигает пика между 16 и 18-м годом жизни и в отдельных случаях может сохраняться до 40 лет и старше. Возрастные различия и меняющаяся клиническая картина при угревой болезни требуют более точных знаний о патогенезе данного заболевания, а также клинического опыта при его лечении. Среди больных с угревой болезнью превалируют безработные и одинокие люди. Этиология и патогенез угревой болезни, несмотря на появившиеся в последние годы оригинальные исследования, до настоящего времени требуют уточнения. Имеются сведения о том, что основная роль в развитии заболевания принадлежит гормональному дисбалансу, проявляющемуся резким повышением уровня стероидных гормонов. Появились сообщения о большом вкладе в возникновение угревой болезни нарушений в иммунном статусе. Многие исследователи ведущую роль в возникновении дерматоза отводят микробному агенту - P.acnes, в процессе жизнедеятельности которого синтезируются липазы, расщепляющие триацилглицериды, а высвобождающиеся при этом жирные кислоты (Омега-6-ненасыщенная кислота (арахидоновая), олеиновая, линолевая) приводят к появлению клинической картины заболевания. Различают обычные формы акне (комедональные, папулопустулезные, узловатые); особые формы акне и экзогенные. В основе патогенеза акне выделяют четыре принципиальных механизма, развивающиеся практически одновременно и взаимоотягощие друг друга: гиперпродукцию кожного сала, нарушение кератинизации, колонизацию микроорганизмами и воспаление.

Материалы и методы

Нами проведен анализ методов лечения больных угревой болезнью, жителей разных регионов Украины используемых 13 исследователями. Исследования проводились в 1998-2009 гг. В исследование вошли 1600 больных, из них 1290 лиц женского пола, 310-мужского пола. Все эти больные по тяжести процесса были отнесены к среднетяжелым и тяжелым формам акне. Проводились исследования содержания половых гормонов, иммунологические исследования, состояния антиоксидантной системы, липидного обмена, степени выработки лейкотриенов, микробного обсеменения кожи, изучали некоторые аспекты метаболизма оксида азота, кислотозависимый метаболизм, метаболические нарушения в костной системе у лиц пожилого возраста, степень эндогенной интоксикации – МСМ в крови и моче.

Результаты и их обсуждение

По данным Л.Е.Абрагамовича (1998) была проведена терапия 160 больных угревой болезнью (103 женщин и 57 мужчин). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии метронидазол - 250 мг 3 раза в день, 2-6 мес, циклами по 2 недели с перерывом в 1 неделю; метилпреднизолон - 12 мг в сутки, попеременно с этимизолом - 0,1 по 1 таблетке 3 раза в день, антигистаминный препарат ципрогептадина гидрохлорид (перитол) - 0,2 г по 1 таблетке 3 раза днем и 2 таблетки на ночь, метоклопрамид 0,01 (церукал) - 3 раза в день за 30 мин до еды. В комплексное лечение включили также витамины с антиоксидантными свойствами: А, Е, С, блокатор кальциевых каналов коринфар - по 0,01 по 1 таблетке 2-3 раза в день1-2 мес. Наряду с системным лечением применялась кратковременная местная терапия комбинированой ма-

зью и лосьоном. После проведенного лечения в контрольной группе пациентов наблюдались следующие показатели: у 99,37% позитивный терапевтический эффект, у 66,25% полная клиническая ремиссия (выздоровление), неполная клиническая ремиссия - у 33,12% пациентов. По данным Вael Альмухейсина (2004) была проведена терапия 120 больных угревой болезнью (70 женщин и 50 мужчин). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии сироп корня солодки, мазь сульфаниламида и аминитрозола (стрептонитол-Дарница). По данным А.Н.Огурцовой (2005) была проведена терапия 242 больных угревой болезнью (женщин в возрасте 12-36 лет). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии антибиотики тетрациклинового ряда: юнидокс солютаб по 100 мг 2 раза в день либо тетрациклина гидрохлорид по 250 мг 4 раза в сутки, 2 недели. Наружное лечение осуществляли с помощью геля клиндамицина клиндамицин-Дарница (контроль далацин - Т). Гормональные нарушения корректировали с учетом выявленного гормонального дисбаланса половых гормонов комбинацией этинилэстрадиола 35 мкг и ципротероном ацетата 2 мг (Диане-35). По данным Г.В.Иринчин (2006) была проведена терапия 143 больных угревой болезнью (111 юношей и 32 девушки). Помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии применялся антиоксидантный комплекс с Три-Ви Плюс, чрезкожное лазерное облучение крови, лазерный фотофорез с гелем цинка гиалуронат (куриозин), способствовавший оптимизации лечения (сокращение терминов лечения до 15,6±0,72 к/дней по сравнению с традиционным лечением- 21,2±0,88 к/дней, традиционным лечением в комбинации с антиоксидантным средством-до19.9±0,70 к/дней или традиционным лечением в комбинации с монолазерным облучением крови-до 17,6±1,05 к/дней), а также вероятное ($p<0,001$) уменьшение (в 1,7 раза) количества рецидивов в году и продолжение (в среднем на 2,5-3 месяца) продолжительности состояния ремиссии дерматоза. По данным А.Л.Высоцкой (2006) была проведена терапия 108 больных угревой болезнью (женщин в возрасте 17-35 лет). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии Диане 35 - по 1 т 1 раз в сутки с 1-го по 26 день месячного цикла 6 мес, антигомотоксический многокомпонентный препарат графитес космокомплекс С и бактимилен (целебис) наружно 2 раза в день 3 недели, затем 1 раз в день. По данным О.В.Чубар (2006) была проведена терапия 146 больных демодекозом (111 женщин и 35 мужчин в возрасте 18-71 года). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии орнидазол, для улучшения деятельности органов пищеварения - хилак, бифиформ. В лечебный комплекс входила также озонотерапия. По данным Е.А.Бардовой (2007), была проведена терапия 112 больных себорейным дерматитом (71 женщина и 41 мужчина в возрасте 16-46 лет). Учитывая выявленные нарушения липидного обмена, применили помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии препарат эпадол, который состоит из эфиров омега-3 полиненасыщенных жирных кислот не менее 43%. Препарат оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, гипохолестеринемическое действие, улучшает тонус и микроциркуляцию сосудов. Эпадол назначали по 1 капс. 3 раза в день, 1 мес. В терапевтический комплекс входил также пробиотик биоспорин. Наружная терапия включала: пеллоидотерапию (грязи) 10-12 процедур, орошение лица биоспорином в течение 5 дней по 5 доз, орошение кожи кислородно-озоновой смесью. Через 6 мес проводили повторный курс лечения, используя фиксированную комбинацию эритромицина и изотретиноина (изотрексин гель) до 6-8 недель. После окончания курса лечения определилось, что наиболее выраженный регресс симптомов заболевания наблюдался у 20 пациентов в комплексном лечении с эпадолом системно и оксимезотерапией в виде орошений биоспорином местно, в сравнении с

базисным лечением. По данным Л.Е.Гулей (2007) была проведена терапия 102 больных угревой болезнью (женщины репродуктивного возраста). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии фитоэстрогенный препарат ив-кер, в течение 3 мес; доксициклина гидрохлорид по 0,1 2 раза в день ,14 дней; аевит по 1 капс. 2 раза в день; курантил по 75 мг 3 раза в день, 3 мес. Наружно использовали препарат цинка ацетата и эритромицина (лосьон зинерит) 2 раза в день. По данным О.В.Стоянова (2007) была проведена терапия 80 больных розацеа (80 женщин в возрасте 18-65 лет). Применяли препарат, содержащий олигопептиды, гликопептиды, нуклеотиды, аминокислоты небелковых соединений – эрбисол; ретинол по 50000 ЕД/сутки, пиридоксин по 50 мг, №15 через день. Наружная терапия состояла из холодных примочек, 15% препарата азелаиновой кислоты (гель скинорен). По данным С.В.Вольбин (2008) была проведена терапия 102 больных угревой болезнью (71 женщины и 31 мужчина в возрасте 14-35 лет). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии антибиотики тетрациклинового ряда: доксициклин, эритромицин, тетрациклин, левомицетин, пробиотик хилак-форте 1 мес, препарат эпадол, состоящий из эфиров омега-3 полиненасыщенных жирных кислот по 2 капсулы. 4 раза в день, 1 мес. Женщинам назначали пероральный контрацептив ярина, в состав которого входит дроспиренон и этинилэстрадиол. Автор применил ретиноид изотретиноин – роаккутан. Наружная терапия включала фиксированную комбинацию цинка ацетата и эритромицина (зинерит) 2 р/день, 2 мес; наружно также применяли спиртовую настойку угрин, в состав которой входят трава тысячелистника, листья мяты, цветы календулы, цветы пижмы, трава лаванды, трава чистотела, цветы ромашки. Эффективность дифференцированного подхода к терапии угревой болезни с учетом всех факторов, а также нарушений метаболических показателей крови, микробиоценоза кожи и кишечника составляет 92,1%. По данным Н.Ю.Резниченко (2009) была проведена терапия 266 больных угревой болезнью (182 девушки и 84 юноши в возрасте 18-20 лет). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии ноотропный препарат никотиноил гамма–аминомасляной кислоты (пикамилон) по 1 таблетке два раза в день, поликомпонентный препарат метаболического действия кардонат, (карнитина гидрохлорид, лизина гидрохлорид, пиридоксальфосфат, кокарбоксилаза хлорид, кобамамид) по 1 таблетке два раза в день на протяжении месяца и полипробиотик бифиформ. Применение данной терапии через 6 мес после начала лечения позволило на 72% значительно улучшить состояние больных угревой болезнью. Два исследователя представили данные лечения пациентов старшего возраста. По данным Д.А.Слесаревой (2008) была проведена терапия 168 больных демодекозом (113 женщин и 55 мужчин в возрасте 30-60 лет). Применяли помимо обычной терапии сорбент ультрасорб, иммуностимулятор циклоферон, гепатопротектор с широким спектром действия тиотриазолин. Наружная терапия была представлена комбинированной смесью пиперонила бутоксида и эсбиола (аэрозоль спрегаль), эфироносами, воском лаванды. По данным автора проведенная терапия у 63,16% давала значительное улучшение, у 26,32% - улучшение, у 7,89% без эффекта, у 2,63% отмечалось ухудшение. По данным О.М.Копаницы (2005) была проведена терапия 113 больных поздними угрями и сухой себореей (женщины в возрасте 40-55 лет). Применяли помимо обычной неспецифической и противовоспалительной терапии препарат фемостон, состоящий из дидрогестерона и эстрадиола, по 1 т в день, 3 мес; климадинон (экстракт корневищ цимицифуги) обладающий вегетососудистым действием и устраняющим психоэмоциональные расстройства в преклимактерический и климактерический периоды (приливы, повышенное потоотделение, расстройства сна,

повышенная возбудимость, депрессия). Назначали по 1 драже 2 раза в сутки, 3 мес.

Выводы

Таким образом, в лечении угревой болезни средней тяжести и тяжелых форм, авторы с успехом применяли противомикробные препараты: (юнидокс солютаб, тетрациклина гидрохлорид, доксициклина гидрохлорид), иммуномодуляторы (циклоферон), пробиотики (хилак, бифиформ, биоспорин), ретиноиды, витаминно-минеральные комплексы, препараты метаболического действия - кардонат, тиотриазолин. Препараты, улучшающие состояние нервной системы - ноотропы, климадинон. Женщинам репродуктивного возраста назначались диане-35, ив-кер, ярина, фексофаст. Наружная терапия включала монопрепараты: азелаиновая кислота (скинорен), бактимилен (целебис), клиндамицин (клиндамицин-Дарница), биоспорин и комбинированные: цинка ацетат и эритромицин (зинерит), пиперонил бутоксид и эсбиол (спрегаль), эритромицин и изотретиноин (изотрексин), сульфаниламид и аминитрозол (стрептонитол - Дарница). В комплекс препаратов включали фитопрепараты в виде настоек трав (трава тысячелистника, листья мяты, цветы календулы, цветы пижмы, трава лаванды, трава чистотела, цветы ромашки). Особое место занимают физиотерапевтические процедуры: озонотерапия, чрезкожное лазерное облучение крови, лазерный фотофорез с гелем цинка гиалуронат и др.

Следует сказать, что в исследуемых работах содержится недостаточное количество сведений о лечебном режиме и уходе за кожей. Базовый уход за кожей играет существенную роль как у здоровых лиц, так и у пациентов с различными дерматозами. Современный уход за любым типом кожи должен включать два компонента: бережное очищение без повреждения липидов рогового слоя и адекватное увлажнение. В клиническом руководстве (Guidelines) по диагностике и лечению акне большое внимание уделяется монотерапии топическими ретиноидами, которую рассматривают, как терапию «второй линии» при среднетяжелом - тяжелом акне наряду с системной терапией. Полагают, что долгосрочная (12 недель) монотерапия топическими ретиноидами обеспечивает надежный контроль рецидивов акне. Будут и в дальнейшем применять топические антисептики - бензоил пероксид, октенидина дигидрохлорид (октенисепт), азелаиновую, салициловую кислоты, а также резорцин, серу, которые традиционно используются для местного лечения акне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрагамович Л.Є. Аспекти етіопатогенезу і лікування хворих на акне розацеа на основі характеристики структурнофунціонального стану езофагогастродуоденальної системи: автореф. Дис.. на здобуття наук.ступеня канд. мед. наук: спец.14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Л.Є. Абрагамович. – Київ, 1998. – 26 с.
2. Бардова К.О. Обґрунтування застосування оксімезотерапії та пелоїдотерапії в комплексному лікуванні себорейного дерматиту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /К.О.Бардова. – Харків, 2007. – 20 с.
3. Вael Юсеф Абделрахман Альмухейсін. Функціональний стан систем вторинних посередників при вугровій хворобі, комплексне лікування хворих із застосуванням мембраностабілізуючої терапії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Вael Юсеф Абделрахман Альмухейсін. – Харків, 2004.– 19 с.
4. Висоцька Г.Л. Патогенетичне обґрунтування комплексної терапії жінок, хворих на вугрову хворобу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Г.Л.Висоцька. – Харків, 2006. – 20 с.
5. Вольбин С.В. Диференційовані підходи до лікування хворих на вугрову хворобу з урахуванням метаболічних порушень, мікробіоценозу шкіри та кишечника: автореф. дис. на

здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /С.В.Вольбин. – Харків, 2008. – 21 с.
6. Гулей Л.О. Обґрунтування комплексної терапії вугрової хвороби у жінок репродуктивного віку з урахуванням рівня статевих гормонів та стану мікроциркуляції шкіри: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Л.О.Гулей. – Харків, 2007. – 22 с.
7. Іринчин Г.В. Комплексне лікування хворих на вульгарні вугрі з використанням антиоксидантного комплексу та комбінованої лазерної терапії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Г.В. Іринчин. – Харків, 2006. – 22 с.
8. Копаниця О.М. Обґрунтування патогенетичної терапії хвороб сальних залоз у жінок в перименопаузальному періоді: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /О.М.Копаниця. – Харків, 2005. – 19 с.
9. Огурцова Г.М. Комплексне лікування хворих на вугрову хворобу з урахуванням гормонального фону та мікробіоценозу шкіри: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Г.М.Огурцова. – Харків, 2005.–22с.
10. Резніченко Н.Ю. Лікування хворих на вугрову хворобу з використанням засобів ноотропної та метаболічної дії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /Н.Ю.Резніченко. – Харків, 2009. – 18 с.
11. Слесарева Д.О. Лікування та реабілітація хворих на демодикоз з урахуванням виразності біохімічних, імунопатологічних реакцій та морфологічних змін: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” / Д.О. Слесарева. – Харків, 2008. – 20 с.
12. Стоянова О.В. Диференційований підхід до лікування хворих на різні форми розацеа з урахуванням вираженості імуннопатологічних реакцій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /О.В.Стоянова. – Харків, 2007. – 20 с.
13. Чубар О.В. Клініко-патогенетичне обгрунтування нових підходів до комплексної терапії хворих на рожеві вугри: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.20 „Шкірні та венеричні хвороби” /О.В.Чубар. – Харків, 2006. – 16 с.

ПЕРЕГЛЯД ДЕЯКИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ ЗА ОСТАННІ 11 РОКІВ В УКРАЇНІ

В.М.Волкославська, Т.Д.Носовьска, В.Ю.Мангушева

Стаття присвячена аналізу методів лікування, які використовували 13 дослідників з різних областей України. Всього розглянуто лікування 1600 хворих акне середнього та важкого ступеню важкості. Вказана терапевтична тактика комплексного лікування вугрової хвороби із застосуванням різних методик та сучасних медикаментозних препаратів. Показана ефективність розробленого лікування.

OVERVIEW OF SOME SCIENTIFIC RESEARCH ACNE OVER THE PAST 11 YEARS IN UKRAINE

V.Volkoslavska, T.Nosovska, V.Mangusheva

The article analyzes the treatments that used the 13 researchers from different regions of Ukraine. Total treatment of 1600 patients considered moderate and severe acne severity. Specified