

Висновки. Хворі на комедональну форму захворювання, у порівнянні зі здоровими, більш рідко вживають рибу, морепродукти, овочі, фрукти, а частіше – макаронні вироби та картоплю, що при приблизно однакових економічних умовах свідчить про їх ментальні особливості. Як видно з табл. 1, хворі на вугрову хворобу час-

тіше відзначали наявність стресів при навчанні, гірших житлових умовах та харчуванні, більш низький середній прибуток на члена сім'ї. Показники в групах з комедональною та папулопустульозно формами захворювання свідчать, що гірші економічні умови мають хворі на папуло-пустульозну форма вугрової хвороби.

Особливості лікування пацієнтів, хворих на імунозалежні дерматози, з урахуванням коморбідної патології в практиці сімейного лікаря

Погребняк Л. А.[†], Горбунцов В. В.[†], Погребняк М. О.[†], Горбунцова В. І.[‡]

[†]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро

[‡] Державна установа «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України», Дніпро

Проблема лікування імунозалежних дерматозів (екземи, атопічного дерматиту, токсикодермії) набуває все більшої значимості в практиці сімейного лікаря.

Питома вага імунозалежних дерматозів серед інших захворювань шкіри на амбулаторно-му прийомі лікаря первинної медичної допомоги складає 79,8%.

Атопічний дерматит, екзема посідають провідні місця за розповсюдженістю, яким притаманна постійна тенденція до зростання рівня захворюваності. Несприятлива динаміка росту цієї групи захворювань, у тому числі серед людей молодого працездатного віку, зумовлена низкою причин. Сучасні дослідники свідчать, що на стані здоров'я людини негативно відображаються численні соціально-економічні, екологічні чинники навколишнього середовища. Доведено, що кількість випадків, які вказують на вплив зовнішніх факторів, значно збільшились за останні 50 років.

Екзема, атопічний дерматит, поряд з достатньо вивченою генетичною складовою етіології, значною мірою зумовлені також впливом факторів ризику навколишнього середовища та способу життя хворих. Безумовно, особливості клінічного перебігу імунозалежних дерматозів невід'ємні від стану екології в популяції Січеславського регіону з забрудненням довкілля (в основному це розвинуті промислово-господарські райони).

На першому етапі надання медичної допомоги серед усіх звернень до сімейного лікаря з приводу шкірних захворювань, переважали

хворі на імунозалежні дерматози (екзема, атопічний дерматит, таксидермії тощо).

Аналіз та вивчення супутньої патології (коморбідних станів) у хворих на імунозалежні дерматози першочергово вказали на захворювання органів дихання та шлунково-кишкового тракту. Наші спостереження за 18 хворими на атопічний дерматит і екзему, крім вивчення особливостей клінічного перебігу та тригерів, що з діапазону коморбідних цим дерматозам станам, основне значення мають захворювання травного каналу.

Для підтвердження коморбідності (поєднання з супутньою патологією шлунково-травного тракту) усі 18 хворих на імунозалежні дерматози були обстежені лікарем гастроентерологом. Серед виявлених захворювань травного каналу діагностували: хронічні гастрити з підвищеною кислотністю, гастродуоденіти, гастродуоденальні рефлюкси, дуоденальні язви, порушення функції гепатобіліарної системи тощо.

Таким чином, коморбідні порушення у обстежених хворих на екзему, атопічний дерматит, тощо, суттєво зменшували або перешкоджали проведенню базової терапії таким хворим, а також негативно впливали на подальший перебіг та прогноз цих захворювань.

З урахуванням коморбідних станів була запропонована і проведена комплексна терапія таких хворих та клініко-лабораторна оцінка одержаних результатів. Клінічна ремісія наступила у 14 хворих, значне клінічне покращення - у 4, подовження ремісії до 6-12 місяців в усіх обстежених.

Проведені спостереження підтвердили ак-

туальність вивчення комор бідних станів у пацієнтів на імунозалежні дерматози, не викликає сумнівів і їх вплив на перебіг цих захворювань та прогноз. В практиці сімейного лікаря обґрунтований вибір комплексної таргетної терапії хворим на імунозалежні дерматози в умовах коморбідності є пріоритетним як найкращий з ефективності та впливу на перебіг захворювання (зменшення загострень з поширеним ураженням шкіри, подовження ремісії, відсутність усклад-

нень тощо). Такий підхід до стратегії лікування і подальшого прогнозу перебігу найпоширеніших захворювань шкіри (екземи, атопічного дерматиту, таксидермій) є теоретично і практично обумовленим, тому що дозволяє не тільки купірувати загострення дерматозів, але й здійснювати довгостроковий контроль захворювання. Стратегія довготривалої підтримки ремісії у пацієнтів працездатного віку є практично значущою на першому етапі надання медичної допомоги.

Диагностика онихомикозов, вызванных плесневыми грибами

Полион Н. Н., Дюдюн А. Д., Салей Е. А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

По данным ВОЗ, каждый пятый житель Земли инфицирован грибами, и число больных микозами ежегодно возрастает. Количество больных в Украине, по данным большинства авторов, составляет от 20 % до 70 %.

В настоящее время одной из важнейших проблем медицинской микологии является онихомикоз. К сожалению, отношение как врачей, так и пациентов к наличию у них онихомикоза не всегда однозначное. Многие люди считают онихомикоз несущественным заболеванием, и пациенты не обращаются к специалистам за медицинской помощью. В то же время, учитывая широкое распространение онихомикозов, которые являются очагами хронической грибковой инфекции и, вследствие чего, негативно влияют на иммунный статус организма, инфицируя кожу, другие ногтевые пластинки, волосы, слизистую ЖКТ, глаз, полости рта и ЦНС.

По данным ВОЗ, около 20 % населения Земли болеют онихомикозами, в Украине этот показатель составляет 20-50 %. Около 50 видов грибов могут вызывать инфекции ногтевых пластинок в качестве единственного возбудителя, но, нередко, бывает смешанным (микст) инфекция. Наиболее частые возбудители онихомикозов – дерматомицеты (*T. rubrum* и *T. mentagrophytes*), которые составляют более 90%, и только 3% остальные дерматомицеты (*E. floccosum*), *M. canis*, *T. violareum*, *T. tonsurans*). Доля *Candida* в числе возбудителей составляет 5-10%, плесневые грибы (прежде всего *Scopulariopsis brevicaulis*, имеющий кератолитические ферменты) – до 3%.

Во время обследования больных учитывали

характер поражения ногтей. При этом при обследовании обращали внимание на цвет, прозрачность, толщину ногтевых пластинок, характер их поверхности, прочность и целостность (длина, форма свободного края, наличие трещин, связь с окружающими структурами). Из дисхромий чаще всего выявляется лейконихия. Часто дисхромия бывает вызвана онихолизисом. Изредка ноготь бывает желтым, черным, зеленоватым или бурым.

Для дифференциальной диагностики онихомикозов, которые вызваны плесневыми грибами проводили следующее исследование.

Перед забором материала тщательно промывали ногтевые пластинки физиологическим раствором или 70° спиртом. Забор патологического материала проводили стерильным сверлом с помощью стоматологической бормашины. Забор материала проводили на границе пораженного и здорового участков ногтевой пластинки.

Посев материала проводили на среду Сабуро без октидиона и с октидионом (циклогекамидом).

В тех случаях, когда получали рост плесневых грибов, а роста дерматомицетов нет, проводили повторную помывку ногтевых пластинок и повторный посев. Если в повторных посевах отмечался рост плесневого гриба при отсутствии роста дерматомицетов, это указывало на поражение ногтевой пластинки плесневым грибом.

Если в посевах отмечен рост плесневого гриба и одновременный рост дерматомицетов, то плесневые грибы рассматривались нами как сапрофиты.