

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

явлениями диспротеинемии, увеличенным количеством моноцитов и нейтрофильных гранулоцитов [1, 2, 5, 6, 7].

Для возникновения стафилококковых поражений кожи необходимы дополнительные условия со стороны макроорганизма [1, 2, 4, 10]: повышение содержания сахара в крови (сахарный диабет); заболевания желудка (гипо-анацидный гастрит) - выявлена коррелятивная связь между понижением кислотности и возникновением пиодермитов; расстройства центральной и вегетативной нервной системы; нарушение питания (голодание, недостаток белков, витаминов, солей); несоблюдение диеты – избыток углеводов (стафилококки и стрептококки хорошо растут на углеводистых средах); наличие фокальной инфекции (хронический тонзилит, кариозные зубы, хронический ринит, аппендицит, колит) - сенсбилизация организма, интоксикация бактериальными токсинами и продуктами аутолиза тканей из очагов в общий кровоток; заболевания эндокринной системы; изменение иммунного статуса - снижение специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности, нарушение Т-системы лимфоцитов (уменьшение их количества и угнетение функциональной активности).

Источником заболевания являются больной человек и внешняя среда, содержащая вирулентные микробы [1, 2, 3]. Выделяют пути инфицирования [2, 4, 5]: 1. *Экзогенный* - а) микротравмы (царапины, порезы); б) механическое трение (тесная обувь, грязная спецодежда); в) длительные переохлаждения, перегревания; г) отсутствие гигиенического ухода за кожей (скопление секрета сальных, потовых желез на поверхности кожи и воздействие пыли, что приводит к мацерации кожи); д) зудящие дерматозы (чесотка, экзема, нейродермит), которые сопровождаются расчесами, вследствие чего происходит внедрение стафилококков в кожу. 2. *Гематогенный* или *лимфогенный* (из очагов хронической инфекции - кариозные зубы, хронический тонзиллит, холецистит, аппендицит, аднексит и другие микробы попадают в кожу).

По клиническому течению выделяют острые, хронические и рецидивирующие стафилококковые поражения кожи, а по локализации патологического процесса - поверхностные и глубокие [1, 2, 4, 5].

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением в клинике кожных и венерических болезней Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького находилось 56 пациентов в возрасте от 19 до 57 лет, с различными клиническими формами хронических стафилококковых поражений кожи, которые были разделены на 2 группы (1-я группа – 32 человек и 2-я – 24). Распределение пациентов в обеих группах по полу и возрасту был идентичный.

Результаты и их обсуждение.

В 1-ю группу (32 человек) вошли пациенты, которым назначались антибиотики, био-генные стимуляторы, витамины, ферментные препараты (трипсин или химотрипсин кристаллический), диета с ограничением углеводов, физиотерапевтические процедуры и препарат Иммуноглобулин антистафилококковый человека производства ОАО «Биофарма» (ампулы по 100 МЕ, 1 доза в ампуле; по 3 ампулы в упаковке) – иммунологически активная белковая фракция, выделенная из сыворотки или плазмы крови человека, проверенных на отсутствие антител к ВИЧ-1, ВИЧ-2, к вирусу гепатита С и поверхностного антигена вируса гепатита В, очищенная и концентрированная методом фракционирования спиртоводными осаждающими растворами, прошедшей стадию вирусной инактивации сольвент-детергентным методом. Действующие вещества - специфические антитела, активные к стафилококковому альфа-экзотоксину. Одна доза препарата содержит не менее 100 МЕ антиальфа-стафилолизина. Является иммуноглобулином направленного действия - восполняет недостаток специфических нейтрализующих антител в организме человека.

Препарат Иммуноглобулин антистафилококковый человека производства ОАО «Биофарма» применялся с 1-го дня лечения внутримышечно через день по 100 МЕ, на курс лечения 3-6 инъекций. Переносимость препарата у всех пациентов была хорошая. Реакции на введение иммуноглобулина у пациентов отсутствовали.

Во 2-й группе (24 человек) пациенты получали комплексную терапию без включения в нее Иммуноглобулина антистафилококкового человека.

Все пациенты предъявляли жалобы на болезненные высыпания на коже, нередко нарушения общего состояния (повышение температуры тела). Диагноз подтверждался результатами клинических и лабораторных методов исследований (обнаружение стафилококков в содержимом гнойничков и отделяемом с поверхности эрозий и язв).

Клиническая характеристика больных.

Фолликулит. При осмотре отмечались пустулы, в основании которых определялся плотный болезненный воспалительный инфильтрат в виде папулы, желтые корки, красные эрозии с гнойным отделяемым на поверхности.

Фурункул. На задней поверхности шеи, лице, бедрах отмечался болезненный плотный узел до 30 мм и более в диаметре, кожа над которым была гиперемированная, отечная. В центре выявлялось отверстие, из которого выделялся гной “стержень фурункула”. Пациенты предъявляли жалобы на недомогание, увеличение и болезненность близлежащих лимфатических узлов. После отторжения стержня определялась округлая, с подрывными краями и неровным дном язва с грануляциями и кровянистыми гнойными массами на поверхности. После регресса оставался атрофический или плоский рубец. У части пациентов отмечались лимфангиты, лимфадениты, подъем температуры тела до 40°C и повышенное СОЭ.

Фурункулез. Длительный хронический рецидивирующий процесс. Из анамнеза выяснено, что у пациентов на протяжении длительного периода повторно появлялись единичные, множественные, диссеминированные фурункулы. Новые возникали, когда первоначальные еще не полностью регрессировали или через несколько недель-месяцев после их регресса.

Карбункул. Клинически отмечалось скопление нескольких фурункулов, объединенных общим воспалительным инфильтратом (узлом) с полусферической поверхностью, темно-синего цвета в центре и синюшно-розового по периферии, достигающим в размере 10 см и более в диаметре. В центре инфильтрата выявлялись множественные мелкие отверстия, из которых выделялась гнойно-кровянистая жидкость, кровоточащие язва с неровными подрывными краями и гнойный налетом на поверхности. У пациентов наблюдалось нарушение общего состояния (недомогание, ознобы, отсутствие аппетита), сильные боли в очаге поражения, головная боль, резкое повышение температуры тела до 40°C, лимфангоит, лимфаденит.

Гидраденит. В области подмышечных впадин определялись болезненные узлы размером до 1-2 см и более в диаметре с дольчатым строением. Кожа над ними была красно-синюшного цвета, неровная в виде выступающих сосочков над уровнем кожи. Отделяемое наблюдалось в виде жидкого гноя, свищевые ходы.

При фолликулите проводился тщательный туалет очага поражения и окружающей кожи. Покрышки гнойничков вскрывались и очаги смазывались спиртовыми растворами анилиновых красителей в сочетании с дезинфицирующими аэрозолями, мазями, пастами, эмульсиями. При фурункуле, карбункуле, гидрадените вначале на очаг поражения наносился чистый ихтиол “ихтиоловые лепешки”, назначались УВЧ, электрофорез, фонофорез с антибиотиками. После вскрытия элементов накладывались 4-6 слоев бинта или марли, смоченных гипертоническим раствором. Для отторжения некротического стержня наносились мази с протеолитическими ферментами, а позднее мази с антибиотиками. При проведении наружного лечения всех форм стафилококковых поражений кожи проводилась дезинфекция окружающей кожи 1-2% спиртовыми растворами кислот (борная, салициловая), 3% раствором перекиси водорода. Не рекомендовалось обмывать пораженные участки кожи водой для предотвращения диссеминации инфекции и применять согревающие компрессы. При абсцедировании фурункулов, карбункулов, гидраденита проводилось хирургическое лечение.

В 1-й группе пациентов, которые получали Иммуноглобулин антистафилококковый человека, субъективные ощущения значительно уменьшались и исчезали на 3-5-й дни лечения, а у пациентов 2-й группы – на 5-7-й дни. При фолликулите в 1-й группе больных в среднем через 5-7 дней наблюдалось уменьшение (вплоть до исчезновения) клинических прояв-

лений (на местах бывших патологических изменений отмечались легкое шелушение и незначительная пигментация), у пациентов 2-й группы указанные изменения наблюдались на 7-9-й дни. При фурункуле, карбункуле, гидрадените клинический регресс высыпаний у пациентов 1-й группы выявлялся уже через 2-3 недели после начала лечения, по сравнению с пациентами 2-й группы, у которых выздоровление наступало через 3-4 недели.

Таким образом, согласно нашим клиническим наблюдениям, результаты лечения при назначении препарата Иммуноглобулин антистафилококковый человека при хронических рецидивирующих формах стафилококковых поражений кожи значительно лучше, по сравнению с обычными традиционными методами терапии.

В целях профилактики обязательным является соблюдение правил личной гигиены. Купаться необходимо не реже 1 раза в неделю. При сильном загрязнении чаще мыть руки с мылом, следить за чистотой ногтей, коротко стричь их. Своевременно обрабатывать микро-травмы дезинфицирующими средствами. Необходимо выявлять и проводить санацию патогенных стафилококков, которые обнаруживаются на слизистой оболочке рта, зева, конъюнктивы. Важное значение имеет закаливание организма. При обострении заболевания необходимо проводить стационарное или амбулаторное лечение. Весной и осенью рекомендуется противорецидивное лечение, которое назначается больным с рецидивирующими формами стафилококковых поражений кожи.

Выводы.

Комплексная терапия хронических рецидивирующих форм стафилококковых поражений кожи с применением препарата Иммуноглобулин антистафилококковый человека производства ОАО «Биофарма» является эффективной, хорошо переносится пациентами, способствует быстрому исчезновению субъективных ощущений, регрессу клинических проявлений заболевания и может широко применяться в лечебной практике. Иммуноглобулин антистафилококковый человека, производства ОАО «Биофарма» соответствует физиологии иммунного ответа, доказаны его высокая эффективность и безопасность, отсутствует развитие резистентности, выявляется эффект последействия, происходит сопутствующая коррекция иммунитета, антитоксическое действие, нет возрастных ограничений.

Список литературы

1. Айзятулов Р.Ф. Клиническая дерматология (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстр. руководство. – Донецк: Донеччина, 2002. - 432 с.: ил.
2. Айзятулов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение): Иллюстр. руководство. - Донецк: Каштан, 2006. - 360 с.: ил.
3. Айзятулов Р.Ф. Справочник дерматовенеролога. - Донецк: Каштан, 2008. - 404 с.: ил.
4. Айзятулов Р.Ф. Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии: Иллюстрированное руководство. – Донецк: Каштан, 2010. - 560 с.: ил.
5. Айзятулов Р.Ф. Гнойничковые болезни кожи (лекции) //Журнал дерматовенерологии и косметологии им.Н.А.Торсуева. – 2003. - № 1-2 (6). – С.56-71.
6. Дюдюк А.Д., Полион Н.Н., Гетала Н.Д. Оценка эффективности лечения больных пиодермией с применением препарата «Фузидерм» //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. - №3(22). – С.38-40.
7. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей в 4-х т. /Под редакцией Ю.К.Скрипкина. – Москва: Медицина, 1995. - Т.1. - 576 с.: ил.
8. Perera G., Nay R. A guide to antibiotic resistance in bacterial skin infections //Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2005. - Volume 19. - №5. - 531-545.
9. Revuz J. Hidradenitis suppurativa //Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2009. - Volume 23. - №9. - 985-998.
10. Rona M., MacKie Clinical Dermatology An illustrated Textbook. Oxford-New York-Tokyo - Oxford university press, 1991 - 365 p.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ СТАФІЛОКОКОВИХ УРАЖЕНЬ ШКІРИ

Р.Ф.Айзятұлов, Я.О.Полях, Л.О.Гупало

Приведений короткий огляд літератури з питань етіології, патогенезу стафілококових уражень шкіри. Описана клінічна характеристика хворих. Показана ефективність комплексної терапії із застосуванням препарату Імуноглобулін антистафілококовий людини.

SOME ASPECTS OF THERAPY OF CHRONIC STAPHYLOCOCCUS DEFEATS OF SKIN

R.F.Ayzyatulov, Y.A.Polyah, L.A.Gupalo

The brief review of literature on the questions of etiology is resulted, pathogenesis of staphylococcus defeats of skin. Clinical description of patients is described. Efficiency of complex therapy with the use of preparation is shown immunoglobulin antistaphylococcus of man.

УДК 616.5-006-072.1-079.4

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

И.В.Куценко

Городской клинический кожно-венерологический диспансер № 1 г.Донецка

Ключевые слова: новообразования кожи, эпилюминесцентная микроскопия, дерматоскопия, дифференциальная диагностика.

Актуальность темы.

Дерматоскопия (эпилюминесцентная микроскопия) – это неинвазивная методика исследования кожи при помощи дерматоскопа [2, 4, 5], которая позволяет распознать *in vivo* мельчайшие структуры эпидермиса и сосочкового слоя дермы, неразличимые невооруженным глазом [1, 3, 10]. Дерматологи многих зарубежных стран два десятилетия с успехом используют и развивают дерматоскопию как метод ранней диагностики новообразований кожи [6]. Основными достоинствами метода являются неинвазивность, высокая чувствительность и специфичность, простота применения и возможность хранить информацию в электронной базе данных [7]. Для украинских специалистов дерматоскопическое исследование до сих пор остается достаточно новым и редко используемым методом диагностики.

Цель работы.

Провести дифференциальную диагностику новообразований кожи, используя метод дерматоскопии.

Материалы и методы исследования.