

ського організму, труднощі терапії. Показана ефективність комплексної терапії із застосуванням препаратів Ацикловір Стада і Лавомакс.

CLINIC AND THERAPY OF BUBBLE LICHEN AND GENYITAL GERPES

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

Literary information about the clinical displays of bubble lichen and genyital'nogo gerpesa is marked in the article. Serious complications from the side of internal organs and systems of human organism, difficulty of the conducted therapy are shown. Efficiency of complex therapy with the use of preparations of Atsyklovyr Herd and Lavomaks is shown.

УДК 616.5-002.828-008.13-092-085

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГПЕРКЕРАТОТИЧНУ ФОРМУ МІКОЗІВ СТУПНІВ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ПЕРИФЕРИЧНОГО КРОВООБІГУ

Л.А.Сторожук, С.Г.Свирид, В.Є.Симоненко, В.В.Вайс

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ,
Шкірно-венерологічний диспансер № 1 м. Києва*

Ключові слова: мікози ступнів, периферичний кровообіг, дуплексне дослідження, агапурин ретард

Ескалація рівня захворюваності на мікози ступнів, котрий сягає 5-25%, ілюструє соціальний характер означеної патології [1-3]. Така розповсюдженість фунгальної інфекції пов'язана не лише та не стільки з покращенням діагностики, а обумовлена, насамперед, збільшенням кількості чинників, сприяючих маніфестації інфекційного процесу. Адже, попадання збудника на шкіру чи нігтьову пластинку ще нерівноцінне розвитку захворювання. Клінічні прояви мікозів ступнів з'являються лише у частини інфікованих осіб. Тому, причини розвитку фунгальної інфекції слід шукати як в особливостях грибів, так і в наявному дисбалансі макроорганізму-морфо-функціональних розладах різного генезу. Чільне місце серед останніх посідають інтеркурентні захворювання, особливо, потребуючі постійного прийому кортикостероїдів, антибіотиків, цитостатиків: туберкульоз, онкопатологія, СНІД, тяжкі форми псоріазу, лімфоми шкіри, цукровий діабет, порушення периферичного кровообігу та інші [4, 5]. Особлива увага приділяється пригніченню вазореактивності [6-8]. Встановлено, що порушення кровообігу

кінцівок у вигляді облітеруючого ендартеріїту, хвороби Рейно, варикозного розширення вен, діабетичної ангіопатії сприяють розвитку оніхомікозу. Наявні дані про відповідність оксигенації тканин нігтьових валиків особливостям їх кровопостачання. На рівні мікроциркулярного русла ступнів насиченості киснем залежить від кількості функціонуючих капілярів, судинного тону, внутрішньотканинного тиску та, в значній мірі, визначається метаболічними розладами. Тому, застосування лише антимікотиків не дозволяє досягти повного виліковування пацієнтів, страждаючих на оніхомікоз. Це пов'язано з тим, що наявні у більшості таких хворих порушення магістрального кровообігу та мікроциркуляції не дають можливості накопичити необхідну концентрацію протигрибкового засобу в нігтьовій пластинці [9-11]. Однак, повідомлення про взаємозв'язок спрямованості та рівня розладів дистальної васкуляризації з клінічним перебігом мікозів ступнів і ефективністю антимікотичної терапії відсутні. Дослідження стану периферичного кровообігу нам здалося доцільним провести за допомогою дуплексного сканування (ДС). Адже, на відміну від доплеровських методик, воно дозволяє поєднати візуалізацію судин і оточуючих тканин в В-режимі з оцінкою гемодинамічних харак-

теристик в кількісному та якісному ракурсах. Абсолютною перевагою ДС над іншими методами неінвазивного дослідження системи васкуляризації виступає спроможність ідентифікації лунаструктури змін стінки та діаметру судин. Його роздільна здатність дає можливість верифікувати розгалужений діапазон патологічних змін артеріальної та венозної ланок периферичного кровообігу, зокрема, атеросклерозу, васкулітів, ангіопатій, ангіодисплазій, аневризм, артеріовенозних фістул, тромбозів, варикозного розширення вен, тощо [12-14].

Матеріал і методи дослідження.

Дослідження стану периферичного кровообігу за допомогою ДС ми провели у 27 хворих на гіперкератотичну форму мікозів ступнів (11 чоловіків і 16 жінок у віці від 18 до 42 років. Тривалість захворювання коливалась від 2 тижнів до 7 років. В усіх хворих діагноз був підтверджений за допомогою культурального дослідження. У 25 пацієнтів ізольований *T.rubrum*, а у двох-його асоціація з пліснявою флорою.

Групу контролю склали 15 здорових осіб, співставимих за статтю та віком.

ДС проводилось на апараті Philips НД 11. Використовувався конвексний датчик з частотою 5МГц. Досліджувались а. iliaca externa, а. femoralis, а. poplitea, а. tibialis posterior і а. tibialis anterior. З метою поліпшення якості візуалізації у пацієнтів з харчового режиму виключали продукти, які викликають появу метеоризму; призначали активоване вугілля, еспумізан (за 1-2 дня до обстеження). Дослідження проводили натщесерце. Визначали Vps (пікову систолічну швидкість кровообігу, характеризуючу амплітуду систолічного піку) і Ved (максимальну кінцеву діастолічну швидкість кровообігу, тобто максимальну величину швидкості кровообігу в кінці діастолі). Показники вимірювали в см/с.

Результати та їх обговорення.

Встановлено, що у хворих на гіперкератотичну форму мікозів ступнів спостерігається зменшення значень показників периферичного кровообігу в усіх ділянках дослідження (табл. 1).

Таблиця 1

Vps і Ved хворих на гіперкератотичну форму мікозів ступнів

Показник (M±m), см/с	Ділянка дослідження	Групи обстежених осіб		
		Хворі		Здорові особи (n=15)
		До лікування (n=27)	Після лікування (n=14)	
Vps	A. iliaca externa	103,7±6,4 ¹	119,8±3,0 ^{XI}	132,4±5,8
	A. femoralis	71,8±3,5 ¹	82,5±2,7 ^{XI}	94,1±4,3
	A. poplitea	30,6±4,4 ¹	47,3±4,1 ^{XI}	62,9±3,8
	A. tibialis posterior	33,5±3,6 ¹	46,9±2,8 ^{XI}	59,7±4,2
	A. tibialis anterior	31,1±2,9 ¹	43,2±3,6 ^{XI}	57,4±3,5
Ved	A. iliaca externa	25,3±1,5 ¹	31,1±0,7 ^{XI}	36,2±1,8
	A. femoralis	17,2±1,3 ¹	22,4±0,9 ^{XI}	25,8±1,6
	A. poplitea	8,3±0,7 ¹	10,5±0,3 ^{XI}	12,7±1,2
	A. tibialis posterior	6,1±0,5 ¹	8,0±0,2 ^{XI}	9,5±0,9
	A. tibialis anterior	5,2±0,4 ¹	7,1±0,3 ^{XI}	8,9±0,7

Примітка:

¹ вірогідна різниця від аналогічного показника здорових осіб (p<0,05);

^{XI} вірогідна різниця від аналогічного показника хворих до лікування (p<0,05).

Як свідчать дані табл. 1, Vps в а. iliaca externa сягала $103,7 \pm 6,4$ см/с (у здорових осіб – $132,4 \pm 5,8$ см/с; $p < 0,05$), в а. femoralis – $71,8 \pm 3,5$ см/с (у здорових осіб – $94,1 \pm 4,3$ см/с; $p < 0,05$), в а. poplitea – $30,6 \pm 4,4$ см/с (у здорових осіб – $62,9 \pm 3,8$ см/с; $p < 0,05$), в а. tibialis posterior – $33,5 \pm 3,6$ см/с (у здорових осіб – $59,7 \pm 4,2$ см/с; $p < 0,05$), в а. tibialis anterior – $31,1 \pm 2,9$ см/с (у здорових осіб – $57,4 \pm 3,5$ см/с; $p < 0,05$).

Рівні Ved зменшувались, відповідно, в а. iliaca externa – до $25,3 \pm 1,5$ см/с (у здорових осіб – $36,2 \pm 1,8$ см/с; $p < 0,05$), в а. femoralis – до $17,2 \pm 1,3$ см/с (у здорових осіб – $25,8 \pm 1,6$ см/с; $p < 0,05$), в а. poplitea – до $8,3 \pm 0,7$ см/с (у здорових осіб – $12,7 \pm 1,2$ см/с; $p < 0,05$), в а. tibialis posterior – до $6,1 \pm 0,5$ см/с (у здорових осіб – $9,5 \pm 0,9$ см/с; $p < 0,05$), в а. tibialis anterior – до $5,2 \pm 0,4$ см/с; $p < 0,05$.

Таким чином, у хворих на гіперкератотичну форму мікозів ступнів спостерігається тотальне ураження ланок периферичного кровообігу, котре й призводить до розвитку хронічних запальних явищ у вигляді означеного перебігу інфекції.

У якості засобу, коригуючого встановлені та розглянуті розлади дистальної висуляризації, нам здалося доцільним застосування агапурину ретард (пентоксифіліну), котрий покращує мікроциркуляцію та перфузію тканин, має ангіопротективну дію (15). Препарат призначався одночасно з системною та місцевою антимікотичною терапією. Застосовувались орунгал в загальноприйнятих дозах і топічні антифунгальні засоби. Агапурин ретард рекомендувався до прийому по 400 мг 2 рази на добу після їжі на протязі 10-14 днів. Кількість циклів вазомодулюючого лікування та курсів антимікотичної пульс-терапії співпа-

дала. Прийом агапурину ретард супроводжувався визначенням коагулюючого потенціалу крові та артеріального тиску.

Проведене після зазначеної терапії ДС засвідчило значну корекцію стану периферичного кровообігу. Так, як ілюструє табл. 1, у спостерігаємих пацієнтів відбулось вірогідне зростання значень Vps і Ved в усіх ділянках дослідження, котре, однак, не сягало діапазону фізіологічних значень. Зокрема, в а. iliaca externa показники становили, відповідно, $119,8 \pm 3,0$ см/с і $31,1 \pm 0,7$ см/с, в а. femoralis – $82,5 \pm 2,7$ см/с і $22,4 \pm 2,9$ см/с, в а. poplitea – $47,3 \pm 4,1$ см/с і $10,5 \pm 0,3$ см/с, в а. tibialis posterior – $46,9 \pm 2,8$ см/с і $8,0 \pm 0,2$ см/с, в а. tibialis anterior – $43,2 \pm 3,6$ см/с і $7,1 \pm 0,3$ см/с. Комплексна оцінка ефективності запропонованого методу лікування хворих на мікози ступнів дозволила констатувати клініко-мікробіологічне одужання у 25 спостерігаємих пацієнтів.

Висновки. Таким чином, у хворих на гіперкератотичну форму мікозів ступнів спостерігається тотальне (в а. iliaca externa, а. femoralis, а. poplitea, а. tibialis posterior, а. tibialis anterior) порушення периферичного кровообігу. Це свідчить про виразність ангіоопосередкованого механізму розвитку фунгальної інфекції та доцільність застосування вазоактивної терапії. Призначення хворим на мікози ступнів агапурину ретард сприяє зростанню Vps і Ved в усіх ланках дистальної васкуляризації, однак, показники не сягають діапазону фізіологічних коливань. Це дозволяє розглядати означений препарат у якості засобу патогенетичної корекції. Призначення антимікотичної терапії у поєднанні з агапурином ретард дає можливість досягти клініко-мікробіологічного одужання у переважної більшості пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Моцаренко Ю.Н. Микозы стоп: лечение и профилактика. В поисках эффективной парадигмы / Ю.Н.Моцаренко, Е.А.Верба, А.И.Глоба, Л.В.Калиниченко, Е.Г.Лифшиц // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. - № 1(12). – с. 46-48.
2. Roberts D.T. Onychomycosis: current treatment and future challenges / D.T.Roberts // Brit. J. Dermatol. – 2005. – Vol. 147, № 4. – P. 1-4.
3. Светлова Е.Б. Опыт применения амиксина при лечении больных микозами / Е.Б.Светлова // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2006. - № 3-4(9). – с. 29-31.

4. Проценко О.А. Опыт лечения поверхностных микозов кожи у ВИЧ-позитивных больных / О.А.Проценко // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2006. - № 3-4(9). – с. 26-29.
5. Кутасевич Я.Ф. Новые возможности в лечении грибковых поражений кожи / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова, И.А. Безрученко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2008. - № 3(30). – с. 80-83.
6. Агакишиев Д.Д. Нетрадиционный подход к комплексной терапии больных микозами стоп на фоне сосудистой недостаточности нижних конечностей / Д.Д. Агакишиев, Н.А. Абдуллаева // Успехи медицинской микологии: Второй Всероссийский конгресс по медицинской микологии. – М.: национальная академия микологии, 2004. – т. IV. – С. 272.
7. Habif T.P. Skin Disease. Diagnosis and Treatment / T.P.Habif: Elsevier Mosby, 2005. – 662 p.
8. Holleand D.B. Microbial colonization of an in vitro model of a tissue engineered human skin equivalent a novel approach / D.B.Holleand, R.A.Bojar, A.H.Jeremy et al. // FEMS. Microbiol. Lett. – 2008. – Vol. 279, № 1. – P. 110-115.
9. Разнатовський К.И. Современные данные об этиопатогенезе и комплексной терапии дерматомикозов (онихомикозов) / К.И. Разнатовский, Л.П. Котрехова, А.К. Ляшко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. - № 1 (16). – с. 59-65.
10. Koga H. In vitro antifungal activities of luliconazole, a new topical imidazole / H. Koga. Y. Nanjoh., K. Makimura, R. Tsuboi // Med. Mycol. – 2008. – Vol.29, № 2. – p. 1-8.
11. Дюдюн А.Д. Современные взгляды и подходы к решению проблемы онихомикоза / А.Д. Дюдюн, Т.А. Гловацкая, Н.Н. Полион // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2007. - № 1-4 (10). – с. 51-59.
12. Лелюк В.Г. Ультразвуковая ангиология / В.Г.Лелюк, С.Э.Лелюк. – М. Реальное время, 1999. – 204с.
13. Никитин Ю.М. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний / Ю.М. Никитин, А.И. Труханова. – М. Видар, 1998. – 330с.
14. Лелюк В.Г. Методические аспекты ультразвуковых ангиологических исследований: методическое пособие / В.Г. Лелюк, С.Э. Лелюк. – М. Реальное время, 2002. – 44с.
15. Лекарственные препараты в России: Справочник – М.: АстрафармСервис, 1997.-1504с.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МИКОЗОВ СТОП С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Л.А.Сторожук, С.Г.Свирид, В.Е.Симоненко, В.В.Вайс

Проведено дуплексное сканирование 27 больных с гиперкератотической формой микозов стоп. Установлено угнетение Vps и Ved в а. iliaca externa, в а. femoralis, в а. poplitea, в а. tibialis posterior и в а. tibialis anterior. Показана целесообразность назначения таким пациентам агапурина ретард. Доказано, что препарат улучшает состояние периферического кровообращения и способствует клинико-микробиологическому выздоровлению больных микозами стоп.

A TREATMENT OF PATIENTS WITH A HYPERKERATOSIS FORM OF FEET MYCOSES TAKING INTO ACCOUNT THE STATE OF PERIPHERAL BLOOD CIRCULATION

L.A.Storozhuk, S.G.Svyryd, V.Ye.Symonenko, V.V.Vice

A full-duplex scan-out in 27 patients with a hyperkeratosis form of feet mycosis was conducted. The oppressing of Vps and Ved in a. iliaca externa, a. femoralis, a. poplitea, a. tibialis posterior and a. tibialis anterior was set. An expedience of setting such patients of agapurin retard was shown. The fact that the preparation improves the state of peripheral blood circulation, clinical and microbiologic convalescence of patients with feet mycosis was proved as well.

УДК 616.5-002-056.3-092

ПАТОГЕНЕЗ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ

М.І.Шкільна

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Ключові слова: алергічні дерматози, патогенез, інфекційні хвороби

Алергічні дерматози (АД) – велика група хвороб шкіри, у патогенезі яких основну роль відіграють алергічні реакції [1, 2]. Збільшення кількості алергічних захворювань у 3 - 4 рази протягом останніх 25 років нагадує епідемію [3]. Сьогодні від різних видів алергії страждає до 35 % населення земної кулі, з них у 80 % виявляють алергодерматози [4]. Алергічні захворювання є як медичною, так і соціальною проблемою, оскільки ускладнюють перебіг багатьох соматичних, інфекційних і дерматологічних захворювань, часто стають причиною інвалідності та летальності [5, 6, 7], що, у свою чергу, підвищує актуальність досліджень, спрямованих на уточнення механізмів розвитку АД й удосконалення методів їх терапії [8, 9]. Встановлено, що алергічні дерматози належать до групи мультифакторних захворювань зі схильністю до важкого хронічного перебігу з частими рецидивами та резистентністю до лікування [10, 11]. Основними причинами бурхливого зростання кількості алергічних захворювань сучасні дослідники називають наслідки антропогенного забруднення довкілля [12]; вживання високоалергічних рослинних і тваринних продуктів харчування [13]; самолікування [14, 15]. Неконтрольоване приймання лікарських препаратів (антибіотиків, сульфаніламідів, нестероїдних протизапальних препаратів, опіатів, вітамінів) спричиняє появу кропив'янок, а деякі медикаменти зовнішнього застосування (неоміцину сульфат, місцеві анестетики, антисептики та ін.) можуть зумовити виникнення контактного алергічного дерматиту [16]. Крім того, дослідження останніх років вказують на значиму роль у розвитку алергічних захворювань шкіри вірусів (простого герпесу, Епштейна-Барр, цитомегаловірусу, гепатитів В і С тощо), бактерій (стрептокока,

гелікобактера, псевдомонади), мікоплазми, паразитарних інвазій (гельмінтів і найпростіших, зокрема лямблій) [17, 18; 19, 20]. Антигени деяких мікроорганізмів та кишкових паразитів проявляють ад'ювантну дію на IgE-залежні імунні реакції, а їх токсини сприяють гіперпродукції IgE та посилюють готовність організму хворого до гіперергічної реакції на антигенне навантаження [13]. З огляду на вищенаведене, вивчення механізму впливу інфекційних агентів, у тому числі лямблій, на перебіг алергічних захворювань шкіри є дуже актуальним. Під алергією розуміють прояви підвищеної чутливості імунної системи організму до алергену (антигену) при повторному контакті з ним, що клінічно характеризується пошкодженням перш за все, тих тканин організму, через які проникає алерген: слизової оболонки бронхів, травного каналу, носової порожнини, шкіри. Алергенами можуть бути речовини різного походження: від простих сполук до складних білкових і білково-полісахаридних комплексів неінфекційної природи (пилкові, харчові, епідермальні, інсектні, лікарські та промислові) та інфекційної природи (алергени бактерій, вірусів, грибів, гельмінтів і найпростіших) [7, 11, 21]. Імунна система організму, реалізуючи гуморальні та клітинні реакції як захисні, що спрямовані на підтримання гомеостазу, в деяких випадках може спричинити пошкодження власних клітин і тканин. Такі реакції називають алергічними, або реакціями гіперчутливості [15, 22], і за швидкістю розвитку поділяють на реакції негайного типу та реакції сповільненого типу, за механізмом розвитку – IgE-опосередковані та IgE-неопосередковані [23]. Залишається чинною класифікація, запропонована в 1975 р. P.Gell і R.Coombs, згідно з якою виділено 4 типи гіперчутливості [22, 24, 25]. Так, алергічна кропив'янка та набряк Квінке розвиваються за IgE-опосередкованим, або реагіновим, ти-