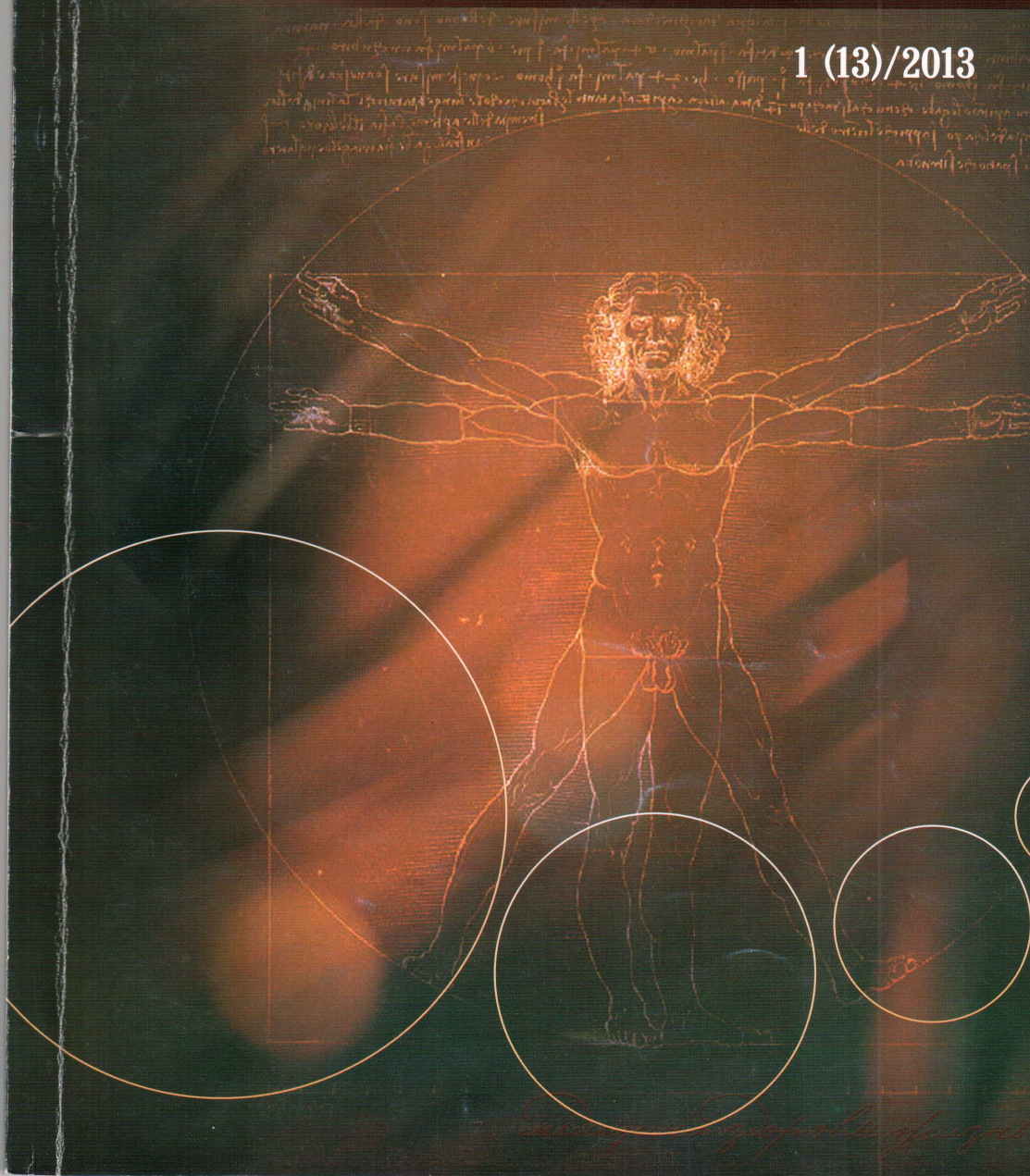


ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ВЕСТНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ,
КОСМЕТОЛОГИИ И ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

1 (13)/2013



Научно-практический рецензируемый журнал

**Дальневосточный вестник
дерматовенерологии, косметологии
и пластической хирургии**

Главный редактор: Юцковский А.Д.

Зам. главного редактора: Юцковская Я.А., Аршинский М.И.

Редакционная коллегия:

Беляев А.Ф., Бутов Ю.С., Короткий Н.Г., Лыкова С.Г., Маркелова Е.В., Панова О.С.,
Платонов А.В., Толмачев В.Е., Халдин А.А.

Ответственный секретарь: Пузырева Е.К.

Редакционный совет:

Атаманов В.В. (Новосибирск), Бернар Калис (Франция), Филипп Депре (Испания),
Ермолаев Н.Н. (Улан-Удэ), Зуев А.В. (Калининград), Козулин Е.А. (Хабаровск),
Ковальчук В.К. (Владивосток), Малова И.О. (Иркутск), Новоселов В.С. (Москва),
Охлопков В.А. (Омск), Проценко Т.Н. (Украина),
Татаркин А.Г. (Ю.-Сахалинск), Федорова Е.Б. (Владивосток),
Цогцэцэг А. (Монголия), Якубович А.И. (Иркутск)

Владивосток

№1 (13)/2013

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ТЕРАПИИ

Юцковский А.Д., Юцковская И.А.6

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ МИКОЗОВ, КАК ОСЛОЖНЯЮЩЕГО ФАКТОРА ПРИ РЯДЕ ДЕРМАТОЗОВ

В.П.Федотов, К.А. Веретельник, Е.Ю. Корецкая9

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ В КРУПНЫХ КОЖНЫХ СКЛАДКАХ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Носонова А. В. 15

ВОЗМОЖНОСТЬ КОНТРОЛЯ СОСТОЯНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ НАРУЖНЫХ СРЕДСТВ

Е.В. Соколовский, К.Н. Монахов, Д.К. Домбровская 19

КОСМЕТОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БТ-А В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

Юцковская Я.А., Таран М.Г.23

ОМОЛОЖЕНИЕ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЛИЦА С ПОМОЩЬЮ ГЛУБОКИХ ИНЪЕКЦИЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Вэйн Дуглас Кэри, Маргарита Егорова28

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ДЕРМАЛЬНЫХ ФИЛЛЕРОВ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА КОСМЕТОЛОГА. ПРИЧИНЫ, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Юцковская Я.А., Дворянинова И.Е., Таран М.Г., Бирко О.Н., Лешунов Е.В.34

ОБМЕН ОПЫТОМ

НОВЫЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПЛОСКИМ БОРОДАВКАМ: ОТЧЕТ О ДВУХ СЛУЧАЯХ.....

.....40

ФОТОЗАДАЧА

.....42

ЭКСПЕРТ «ДВАЭМ»

.....44

НАШИ ПАРТНЕРЫ

КОРПОРАЦИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ «ОПТИМЕД»45

ХРОНИКА

.....46

ДЛЯ АВТОРОВ

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ 50

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ МИКОЗОВ,
КАК ОСЛОЖНЯЮЩЕГО ФАКТОРА ПРИ РЯДЕ ДЕРМАТОЗОВВ.П.Федотов, К.А. Веретельник, Е.Ю. Корецкая
г. Запорожье

Учитывая значительную регистрацию грибных инфекций, а также возможное влияние их на возникновение, течение и прогноз многих дерматозов, мы изучили особенности развития, клинических проявлений и терапии ряда дерматозов с сопутствующими микозами. По данным ВОЗ 20-25% населения земли страдает дерматомикозами, а в отдельных странах — достигает 50-70%. Результат «Ахиллеспоекта», охватившего обследованием 92492 пациентов в 16 областях Украины, показали, что более 31% населения нашей страны страдает микозами, обусловленными дерматомицетами, из них 52% — онихомикозом. Причем, у большинства больных выявлена грибная микст-инфекция. Следует отметить, что среди всех воспалительных урогенитальных заболеваний микозы составляют 30-45%. Колонизация слизистых оболочек гриба *Candida* у практически здоровых людей колеблется от 15 до 40% и может увеличиваться до 80%, особенно на фоне какой-либо патологии внутренних органов. Общеизвестно, что около 75% женщин в течении жизни имеют хотя бы один эпизод кандидозного вульвовагинита. Следует подчеркнуть, что по данным большинства микологов мира около 85-90% населения Земли страдает малосезонным микозом. (18, 23, 17).

В природе имеется около 1,5 млн различных видов грибов, из которых изучено только 4%. Патогенными для человека является более 500 видов грибов.

В связи с этим, а также нерациональностью включения грибов в «царство растений», в 1969 г. К. Витакер выделил их в самостоятельное царство — Fungi, наряду с Vira, Animalia, Planta, Bacteria.

По мнению практически всех авторов, грибные заболевания представляют собой серьезную социально-экономическую и медицинскую проблему, решение которой зависит не только от медицинских работников, но и в значительной мере от уровня жизни населения, экономических факторов и др. Существенную роль играет уровень научных достижений в дерматовенерологии и использование их результатов в деятельности медицинских учреждений (7, 22, 24).

Большое значение в распространенности грибных заболеваний кожи имеет ухудшение социально-экономической и экологической обстановки в Украине, снижение иммунитета и увеличение агрессивных штаммов условно патогенных грибов. Следует отметить снижение должного внимания к этой патологии, плохая осведомленность врачей, что влечет за собой ошибки в диагностике.

Обращает на себя внимание то, что за последние десятилетия снизилась санитарная культура населения, что приводит к поздней обращаемости за

медицинской помощью и росту хронических форм дерматозов. По существу не проводится эффективная комплексная терапия. Не проводится профилактика заболеваний кожи, особенно среди таких лиц, как спортсмены, военнослужащие, студенты, рабочие горячих цехов, шахтеры и др. (4, 12)

Общеизвестно, что для внедрения гриба в кожу или слизистые оболочки и развития микоза, определенное значение имеет патогенность и вирулентность возбудителя, место его обитания, микроскопические и культуральные особенности, его биохимическая активность и иммуногенные свойства. Существенная роль в развитии микоза отводится возрасту больного, снижению его реактивности, иммуносупрессии, нарушению обменных процессов, авитаминозу, эндокринопатиям, функциональным нарушениям и др. Нельзя не учитывать и состояние кожи (трещины, мацерация, потертости, травмы, порезы и др.). (2, 8, 20)

Не подлежит дискуссии вопрос о необходимости лечения микозов, что объясняется тем, что грибной инфекцией существенно нарушается функция пораженных органов, возникает угроза диссеминации грибного процесса с развитием даже эритродермии, осложнений вторичной бактериальной флорой. Грибы способствуют формированию аллергических реакций с развитием экземы, нейродермита, бронхиальной астмы, васкулитов и др. патологии. При грибной инфекции часто регистрируется лекарственная непереносимость, и даже формируется вторичный иммунодефицит, возможно инфицирование окружающих. (16, 11, 3)

Мы попытались в данном сообщении уделить особое внимание современной диагностике грибных поражений кожи, поскольку помимо клинических проявлений микоза, его течения, особая роль отводится лабораторной диагностике. Это чрезвычайно важно, поскольку необходимо не только микроскопическое обнаружение элементов гриба, но и получение его культуры, что позволит назначить в дальнейшем рациональную этиотропную терапию.

Диагностика грибных поражений кожи и волос, обусловленных дерматомицетами, не представляет сложностей. При достаточной квалификации лабораторных работников, наличии посуды и реактивов проводят микроскопию патологического материала, предварительно заливая его раствором КОН или NaOH. При этом обнаруживают мицелий или споры гриба. Окончательный вид гриба определяется при посеве патологического материала на питательную среду Сабуро.

В последние годы были разработаны новые методы диагностики дерматомикозов. Так, M.Ghannoum

(2001) предлагает как более специфический и информативный тест использовать флюоресцирующие методы обнаружения гриба. Этот автор предлагает использовать метод ДНК-диагностики гриба, что позволяет выделить 4 типа *T.rubrum*. Конечно, ПЦР представляет собой довольно сложную диагностическую проблему из-за своей дороговизны и она больше используется для научных целей.

Определенные сложности возникают при диагностике онихомикозов. Здесь важно первоначально проводить дифференциальный диагноз клинически от псориазических нарушений ногтей, изменений ногтевой пластины при красном плоском лишае, экземе, генодерматозах и различных ониходистрофиях и других системных заболеваниях организма.

Однако для постановки диагноза онихомикоза необходимо обязательное микроскопическое и микологическое исследование на грибы. Недопустимо лечение больных с поражением ногтей системными антимикотиками без лабораторного подтверждения диагноза.

Поскольку выбор системного антимикотика во многом зависит от возбудителя онихомикоза, необходимо точно знать вид и род гриба. А возбудителями онихомикозов в 80-94% случаев являются *T.rubrum* и *T.mentagrophytes interdigitale*, реже *T.violaceum*, *T.tonsurans*, *T.gypseum*, *T.verrucosum*, *C.albicans*.

Крайне редко, чаще как казуистика, описывают плесневые грибы в качестве возбудителей онихомикозов. Однако, как известно, плесневые грибы являются условно патогенными и у них отсутствуют достаточные факторы агрессии, особенно наличие кератолитических ферментов. В связи с чем внедриться в ноготь и вызвать онихомикоз они не могут, исключая *Scopulorhiza brevicaulis*, который имеет кератолитические ферменты. Они чаще поражают ногти на первых пальцах стоп и у лиц старше 60-70 лет, нередко вторично, с изменением цвета ногтевой пластины — (от желтого, зеленого, синего, коричневого, до черного).

Мы проводили, как и требует мировая литература, тщательную помывку конечностей и ногтевой пластинки физиологическим раствором или 70 % спиртом. Материал брали на границе пораженного и здорового участков, используя стерильное сверло минимального размера, насаженное на специальный карандаш от стоматологической бормашины. Выращивание на среде Сабуро проводили при +20 -30 С, но не более. Диагностическим критерием плесневого микоза является повторное получение одного и того же вида плесневого гриба, но для большей убедительности следует сделать парный посев на пробирки со средой Сабуро. В одну часть среды следует добавить актидион (циклогексамид) в расчете на 0,1-0,5 мл среды. Другая часть материала засеивается на среду без актидиона. Если на среде с актидионом, который подавляет рост плесневых грибов, вырастают дерматомицеты (*T.rubrum* или *T.interdigitale*), то плесени как возбудитель исключаются, независимо от наличия роста их на среде без актидиона. Как известно, рост

плесневых грибов на любой среде будет всегда, поскольку они попадают из воздуха, споры их находятся в виде «грязи» и на здоровых ногтях, на коже, и тем более в разрыхленных пораженных дерматомицетами ногтях. Поэтому если не выполнять все вышесказанное, рост плесневых грибов можно получить в 100%, особенно в предварительно измененных ногтевых пластинках. Помимо роста плесневого гриба (чаще всего *Scopulariopsis brevicaulis*) имеются и характерные признаки патогенности его микроскопически. В препарате из ногтевой пластинки должны быть видны крупные споры (2-5 мкм), собранные в изогнутые цепочки, имеющие шероховатую поверхность, цвет — от сероватого до коричневого.

Диагностика малассезиоза кожи проводится комплексно, используя клинические, патогистологические и иммунологические методы:

1. Данные клинического осмотра и наблюдения.
2. Люминесцентная диагностика (золотисто-желтое или буроватое свечение очагов в лучах люминесцентной лампы Вуда).
3. Микроскопическое исследование чешуек кожи в неокрашенном препарате, обработанном 10-30% раствором калийной щелочи.
4. Микроскопическое исследование чешуек кожи, содержимого устья фолликула или гноя в окрашенных (раствором метиленового синего в смеси с бурой, чернилами Parker и др.) препаратах; с окраской очагов поражения *in situ* или забором материала при помощи клейкой ленты.
5. Микроскопическое исследование чешуек кожи или гистологических срезов, окрашенных:
 - по Грокоту и Гомори (УМС);
 - по Грамму в модификации Велша;
 - окраской PAS (ШИК) и др.
6. Посев на стандартные среды Dixon, Mucolitic, Mucoses или среду Сабуро, покрытую слоем оливкового масла для определения рода малассезии.
7. Метод количественных культур при диагностике малосимптомных форм:
 - а) фрикционная техника;
 - б) метод отпечатков;
 - в) метод контактных пластин:
 - у здоровых и носителей — около $5 \cdot 10^5$ на 1 см^2 ;
 - у больных — более $8 \cdot 10^5$ на 1 см^2 .
8. Общие и локальные иммунологические исследования:
 - а) определение титра антител;
 - б) кожные пробы с аллергенами;
 - в) метод ДНК-диагностики.

Диагностика кандидоза представляет собой сложную проблему, поскольку дрожжеподобные грибы являются нормальной микрофлорой организма и обнаружение грибов при отсутствии симптомов не является показанием к назначению лечения. Необходимо проводить комплексное обследование, учитывая при этом ряд факторов:

1. Наличие клинических проявлений кандидоза кожи и слизистых оболочек;

всегда, по-
находятся
оже, и тем
мицетами
шесказан-
ть в 100%,
ногтевых
гриба (чаще
характер-
топически.
жны быть
в изогну-
верхность,

проводится
истологи-

ения.

то-желтое
люминес-

к кожи в
м 10-30%

кожи, со-
окрашен-
в смеси с
х; с окра-
м матери-

ек кожи
к:

Mucolitic,
дем оливо-
сезии.
гностике

1 см²;

следова-

ой слож-
е грибы
ма и об-
не явля-
бходимо
вая при

ндидоза

2. Микроскопия отделяемого с окраской по Грамму или нативных мазков с обнаружением при кандидозе большого количества псевдомиделия и почкующихся форм гриба;

3. Посев отделяемого на среду Сабуро и подсчет КОЕ (колониеобразующих единиц); при кандидозе КОЕ должно быть более 10³/мл;

4. Определение вида гриба по характеру колоний, типам роста (филаментация на картофельном агаре и ферментативная активность на сахарах — глюкозе, мальтозе, сахарозе, галактозе);

5. Обнаружение кандиды в органах, где их в норме не бывает, в частности, в крови, в легких, в спинномозговой жидкости, в тканях, в моче стерильно взятой катетером;

6. Наличие положительных клеточных и гуморальных реакций, кожных тестов с кандиды-антигеном;

7. Обнаружение Candida в ткани с помощью биопсии с соответствующей специфической тканевой реакцией при окраске по Хочкину-Мак Манусу ;

8. Заражение животных (заражают внутрибрюшно белых мышей с последующим развитием перитонита и обязательным получением аналогичной при заражении ретрокультуры).

Для диагностики кандидоза в последние годы мы широко используем диагностику ряда фирм:

- а) Sanofi Diagnostic Pasteur (France):
 - Auhxcolor (тест для выделения 99% встречающихся в практике врача грибов);
 - Fungiscreen 4H (для определения в течение четырех часов C.ablicans, C.tropicalis, C.glabrata и др.);
 - б) Becton Dickinson; Qantum Abbot:
 - «Minitex Yeast»;
 - «Mycotube»;
 - в) Finland:
 - «Oricult N»;
 - г) Bio Merieux:
 - «API 20 с AUX»;
 - «API 32 ATB». (1, 15, 14, 25)

Принципы рациональной противогрибной терапии состоят из общих, фармакотерапевтических, фармакодинамических и фармакокинетических компонентов. Общие принципы включают как можно раннее начало лечения, установление микологического диагноза, состояние иммунитета, а также сопутствующую патологию и её лечение. Фармакотерапевтическими принципами являются обоснование показаний для назначения антимикотика, выбор наиболее активного и наименее токсического препарата, назначение адекватных доз, установление продолжительности курса, профилактика осложнений и побочных реакций, необходимость комбинированной терапии.

Фармакодинамические принципы требуют иметь общую направленность и единый конечный результат, предусмотреть различные точки приложения и механизмы действия, расширение спектра действия при смешанной инфекции.

Фармакокинетические принципы включают форму выпуска и способ назначения препарата, скорость

всасывания, степень связывания с белками крови, способ проникать и накапливаться в очагах микоза, пути и сроки элиминации из организма, возможность фармацевтического взаимодействия с другими препаратами.

По химической структуре среди противогрибных препаратов встречаются производные азола (имидазолы) — кетоконазол, клотримазол, миконазол, эконазол и др., а также триазолы — итраконазол, флуконазол и др. К группе аллиламинов относятся тербинафин, нафтизин; антибиотиков — амфотерицин В, амфоглюкамин, гризеофульвин, леворин, натамицин; морфолинам — аморолфин; фенола — триклозан; 8-оксихинолин-клихинол; тиокарбаматы толнафтат, толциклат. В группу противогрибковых средств относятся салициловая кислота и её соли, ундециленовая кислота и её соли, а также вещества различной клинической структуры — декамин, мирамистин, 2-меркантобензтиазол, препараты йода и др.

По механизму противогрибного действия все антимикотики подразделяются на три группы. Во-первых, они нарушают структуру и функцию клеточной стенки грибов за счёт связывания с эргостеролом и нарушают функцию клеточной мембраны (полиеновые антибиотики), блокируют синтез эргостерола (азолы, аллиламины). Кроме того, только аллиламины ещё и подавляют скваленэпоксидазу — фермент, необходимый для развития (фунгицидный эффект). Во-вторых, антимикотики нарушают синтез нуклеиновых кислот и деление клетки гриба (флюцитозин, гризеофульвин). В-третьих, они тормозят процессы трансмембранного обмена в клетках грибов.

Мы попытались проанализировать количество противогрибных препаратов, выпускаемых в различных странах мира фармацевтическими фирмами. Оказалось, что в мире выпускается более 200 препаратов и лекарственных форм для лечения грибных болезней, как общего, так и местного действия.

Из препаратов общего (системного) действия в последние годы определились два основных лидера в лечении микозов: итраконазолы и тербинафины.

Наше внимание привлек антимикотик итраконазол, обладающий широким спектром действия практически на все виды грибов, включая и плесневые грибы, а также возбудителей глубоких микозов. (10, 13, 5)

Итраконазол в капсулах по 100 мг — это синтетический противогрибной препарат, активный относительно Trichophyton spp, Epidermophyton flocciesum, Microsporum spp., Candida spp., Cryptococcus neophormans, Sporotrix schencki, Aspergillus, Fonsecaia spp., Cladosporium spp., Blastomyces dermatidis и некоторых других микроорганизмов. Показан при кандидозе, малассезиозе, микозах кожи, онихомикозе и ряде глубоких и плесневых микозов.

Отличается самым широким спектром действия in vivo и in vitro среди всех системных противогрибных средств.

Обладает высокой липофильностью, накапливается в ногте в концентрациях, намного превышающих

МПК всех возбудителей микозов. После его отмены сохраняет свою активность в коже и ногтях в течение 3-9 месяцев.

Противопоказан только при повышенной чувствительности к итраконазолу или другому компоненту препарата. Детям и беременным назначают в исключительных случаях. (21, 19, 6, 9)

В данном сообщении представлен материал, предельно накопленный в клинике по изучению особенностей развития, течения, клинических проявлений отдельных дерматозов, осложненных грибной инфекцией, а также методы адекватной патогенетически обоснованной их комплексной терапии. В ряде работ уже были указания в литературе о возможном влиянии грибной инфекции на течение других дерматозов, поскольку грибы обладают выраженной иммуногенной активностью, вызывают микогенную аллергию. Это не может не оказывать определенное влияние на формирование и течение других дерматозов неинфекционного происхождения, изменяя характер патогенеза, и как результат — накладывая отпечатки на клинические проявления этих кожных заболеваний, вызывая резистентность к проводимой терапии. Поэтому выявление и ликвидация грибной инфекции при этих дерматозах имеет, на наш взгляд, существенное значение, способствуя получению благоприятных результатов терапии, удлиняя ремиссии, сокращая число рецидивов, поскольку мы имеем дело с хроническими длительно протекающими дерматозами. Наше внимание привлекли такие кожные процессы, как розацеа, угревая болезнь, красный плоский лишай, псориаз и другие.

1. Так, нами исследовано 145 больных розацеа в сочетании с малассезиозом кожи. У больных розацеа с малассезиозом кожи выявлены особенности клинических проявлений: отсутствие эритемато-телеангиэктатической стадии, рост числа семейных случаев в возрасте 32-45 лет с офтальморозацеа, наличие комедонов, кист — милиум, часто рецидивирующее и прогрессирующее течение, отсутствие ремиссий, резистентность к терапии.

Выявлены особенности сдвига иммунного статуса: во второй стадии — увеличение CD4+, CD22+, снижение CD8+, увеличение коэффициента CD4+/CD8+, в третьей — уменьшение CD3+, CD4+, CD8+, гиперфункция CD22+, угнетение фагоцитоза.

В зависимости от особенностей клинических проявлений розацеа, малассезиоза кожи, иммунных сдвигов выделено четыре клинико-терапевтические группы.

Малассезиоз кожи лечили комплексно с использованием итраконазола по 100 мг дважды в сутки 30 дней, наружно — сульфеновая паста первая неделя ежедневно, вторая — через день, а затем 2 раза в неделю на протяжении 30-45 дней. Пасту слегка втирали вечером в увлажненную кожу в/ч головы, лица, шеи, а утром смывали водой с мылом (Dove).

Одновременно с итраконазолом рекомендовали прием в общепринятых дозировках бемитил, Циклоферон или Неовир, гепатопротекторы, ферменты, йогурт.

С целью терапии розацеа назначали по показаниям

ям антигистаминные препараты, кальций и магний, аутогемотерапию, нимесулид, глицерин в традиционных терапевтических дозах. Во всех случаях были устранены проявления малассезиоза кожи. Наряду с этим выраженный терапевтический эффект в лечении розацеа отмечен на 18-20 дней лечения, увеличена длительность ремиссии до 9 месяцев, устранено прогрессирование болезни.

2. На протяжении ряда лет на кафедре разрабатывалась проблема лечения и профилактики угревой болезни, осложненной малассезиозом кожи и кандидозом. В современных руководствах и публикациях проблема взаимосвязи и взаимообусловленности этих патологических состояний либо не рассматриваются, либо проводятся отдельные неполные данные.

Под наблюдением находилось 250 больных угревой болезнью (138 женщин и 112 мужчин). Средний возраст составил у женщин 22,4 года, у мужчин 19,5 лет.

У всех больных отмечены различные комбинации малассезиоза кожи: питириаз волосистой части головы, кероз Дарье, комедоны, гнойный фолликулит, разноцветный лишай, себорейный дерматит. Возбудителями заболеваний были *M.furfur*, *M.pachidermatis*, *M.globosa*, *M.obtuses*.

У 32 больных диагностирован микоз стоп, онихомикоз, паховый эпидермидомикоз.

Скопления грибов рода *Malassezia* в устьях фолликулов способствуют развитию кератоза, питириаза и др. Они вызывают нарушения пролиферации и дифференцировки клеток эпидермиса. Возникновение «кероза» и начальных проявлений фолликулярного гиперкератоза способствует развитию угревой болезни.

Формированию черных комедонов, по нашему мнению, способствует развитие колоний гриба рода *Malassezia* и изменение окраски головки комедона с черного, коричневого на оранжевый и белый (а не попадание «грязи», как считали раньше), как при росте культуры гриба на питательной среде.

Появление белых пятен при разноцветном лишае связано с нарушением пигментообразования в пораженной коже, поскольку грибы вырабатывают азелаиновую кислоту, блокируя L-тирозиназу (азелаиновая кислота используется в препарате Скинорен).

Нагноение кист, появление осложнений и хроническое течение следует рассматривать как вариант хронической пиодермии с наличием микст-инфекции (В. Аспе, стафилококк, стрептококк, *Candida*, условно патогенная флора).

Необходимо помнить, что угревая болезнь напоминает гнойный малассезиозный фолликулит.

Все это побудило нас разработать оригинальную методику лечения больных угревой болезнью в сочетании с малассезиозом, кандидозом, дерматомикозами.

В диете исключали орехи, шоколад, морепродукты, йодированную соль, бром.

Основным препаратом мы считали назначение итраконазола. Препарат оказывает губительное действие на *Malassezia*, дрожжеподобные грибы, дерматомицеты, а также на микробную флору и другие

микроорганизмы, поскольку он обладает широким спектром действия. Его назначали в виде пульс-терапии по 0,2 г 2 раза в сутки 7 дней в зависимости от тяжести кожного процесса: 1-2 цикла с интервалом в 3-4 недели. В особо тяжелых случаях в промежутках пульс-терапии рекомендовали доксициклин.

При наличии аллергических реакций рекомендовали короткие курсы глюкокортикоидов (до 5 мг в сутки), а также нимесулид по 1 т. в сутки. Из иммуномодуляторов мы отдавали предпочтение амизону по 1 т. два дня подряд, а затем по 1 т. в сутки через день, №9. Также рекомендовали приём лавомакса по схеме, №10. Прием витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, аевита и др.

Наружная терапия заключалась в обработке кожи волосистой части головы, лица, шеи, верхних конечностей и туловища сульфеновой пастой по указанной ранее методике. Затем кожу обрабатывали зинеритом. При келоидных акне назначали фузидин на димексиде, криотерапию, лазеротерапию, обкальвание лазером. Широко использовали УФО кожи лица.

На стопы рекомендовали мыльно-содовые ванночки, 5% раствора йода, крем теобон-дифтиомикоцид.

Проведенная терапия с использованием противогрибковых препаратов системного действия, в отличие от традиционного лечения, во всех случаях давала выраженный клинический эффект как в отношении грибной инфекции, так и угревой болезни уже на 8-12 день лечения. Значительное улучшение отмечено у подавляющего числа больных к 30-40 дню лечения. Ремиссия продолжалась 9-12 месяцев, а у 31% — 2 года.

3. Мы также наблюдали 86 больных красным плоским лишаем (КПЛ), осложненным микозами (малассезиоз кожи, микоз стоп, онихомикоз, кандидоз). У этих больных, в отличие от больных КПЛ без микоза, чаще всего встречались диссеминированные и атипичные формы, поражения слизистых оболочек, рецидивирующие и прогрессивное прогрессирующее течение со значительно менее продолжительными ремиссиями. У этих больных установлено увеличение количества Т-лимфоцитов с наличием на их поверхности рецепторов Fas (CD95+), в дифференцировке которых предполагается апоптоз. Также отмечено снижение активированных Т-лимфоцитов, которые имеют фенотип HLA-DR, угнетение функциональной активности фагоцитов, увеличение уровня ЦИК.

Все больные по поводу КПЛ получали валериану, ашвиритан, далагил, панкреатин, витамин С и РР, карсил.

Также больным рекомендовали прием итраконазола по 0,1 два раза в сутки до 1 месяца, а потом по необходимости (при онихомикозе) 2-3 курса пульс-терапии.

Из иммуномодуляторов, по показателям рекомендовали циклоферон или амизон, лавомакс в общепринятых дозировках.

Наружно назначали сульфеновую пасту, теобон-дифтиомикоцид, спиртовой раствор йода и др.

У всех больных удалось полностью устранить грибную инфекцию и получить выздоровление от

КПЛ у 60, значительное улучшение — у 18 и улучшение — у 8.

Эффект терапии уже наступал на 11 день лечения, ремиссия длилась до 6 месяцев, рецидивы зарегистрированы у 7 из 86 больных при наблюдении за ними в течение 1-3 лет.

Мы наблюдали 168 больных псориазической болезнью с сопутствующим малассезиозом у всех исследованных и микозом стоп — у 38. Особенности клинических проявлений псориаза у больных с грибной инфекцией заключались в хроническом часто рецидивирующем течении дерматоза, более выраженной воспалительной реакцией в очагах высыпаний, обильном шелушении мелкоотрубевидными чешуйками, обязательным поражением волосистой части головы, крупных кожных складок, ногтевых пластинок (подногтевой гиперкератоз, исчерченность, разрушение ногтя, наличие онихомадезиса, крупноточечного поражения др.).

Изменения иммунного статуса у этих пациентов сводились к дисиммуноглобулинемии, увеличению ЦИК, угнетению макрофагальных реакций, комплементарной активности, снижению CD4+, росту CD8+, уменьшению индекса CD4+/CD8+.

4. На первом этапе мы рекомендовали этим больным прием итраконазола по 100 мг два раза в сутки, 1 месяц, а затем 1-2 курса пульс-терапии, а в дальнейшем в течение 30 дней по 100 мг один раз в сутки, после еды. Одновременно больные принимали карсил по 1 т. три раза в день, аевит 1 к. три раза в день, лавомакс по 1 т. два дня подряд, а затем по 1 т. через день. Из наружной терапии отдавали предпочтение использованию сульфеновой пасты на в/ч головы, лица, шеи, туловища и все очаги поражения, вечером, а утром смывание с использованием мыла Dove. Первую неделю ежедневно, вторую — через день, а затем два раза в неделю 1-2 месяца. В последующем можно применять сульфеновую пасту или шампунь с сульфеном 1 раз в неделю.

Со второго месяца к применению итраконазола присоединяли эссенциале-форте, вобензим или флогензим, амитриптилин, поливитамины, нестероидные противовоспалительные препараты (мефенаминовая кислота, ибупрофен, нимесулид и др.), наружно — элоком С, мази и кремы с глюкокортикоидными препаратами, салициловой кислотой, на очаги микоза — кремы и мази с антимикотиками.

Следует отметить, что уже на первом этапе лечения значительно быстрее регрессировали проявления псориазической болезни (уже на 8-9 день лечения), а также микотические поражения. В итоге клиническое излечение поступило на 23-39 день (в зависимости от исходных клинических проявлений) у 104 из 168 наблюдаемых больных, значительное улучшение — у 46 и улучшение — у 18. Отмечалась довольно стойкая ремиссия (7-9 месяцев и больше). Рецидивы наступали, как правило, после нерациональной терапии, вирусных инфекций и психотравм у 22 больных при наблюдении за больными в течение 1-3 лет. Индекс

Р_{ас}и снизился в 3,4-0,1 раза.

В настоящее время накапливаются материалы о роли грибной инфекции и методах терапии при atopическом дерматите, склеродермии, витилиго, круговидном выпадении волос, экземе, этиологически связанной с грибной инфекцией, нейродермите и др., что будет представлено в ближайшем будущем в виде статей, методических рекомендаций, информационных писем.

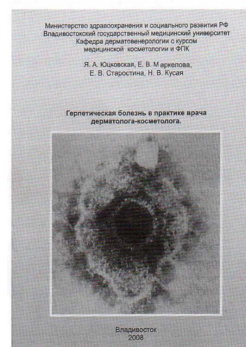
Выводы

1. При любом дерматозе необходимо тщательное углубленное клинико-лабораторное обследование на предмет выявления грибных инфекций.
2. Любая грибная инфекция существенно влияет на развитие и течение дерматоза, осложняя его, спо-

собствуя развитию аллергического компонента, вызывает резистентность к терапии, являясь одним из факторов возникновения рецидива заболевания.

3. Обязательно, на первом этапе, наряду с лечением основного заболевания, проводить противогрибную терапию (системную и наружную).
4. Наиболее приемлемым, учитывая терапевтическую эффективность, переносимость, отсутствие осложнений, на наш взгляд, является итраконазол по предложенной нами методике - с использованием по адекватным показаниям иммуномодуляторов: Неовир, Амизон, Циклоферон, Бемитил, Лавомакс.
5. Все это позволяет существенно повысить эффективность терапии дерматозов, устранить грибную инфекцию, удлинить ремиссию и избежать ранних рецидивов.

Поступила в редакцию 3 апреля 2013 г.

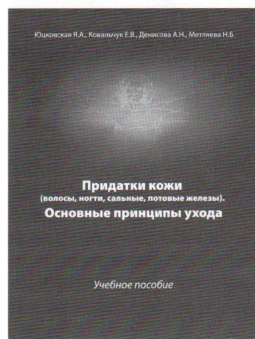


«Герпетическая болезнь в практике врача дерматолога-косметолога»
 Под редакцией профессора А.Д. Юцковского, Владивосток, 2008 г.
 Коллектив авторов: д.м.н., профессор Юцковская Я.А., д.м.н., профессор Маркелова Е.В., Старостина Е.В., Кусая Н.В.

В методическом пособии отражены современные подходы к классификации, этиологии, патогенезу, клинике, дифференциальной диагностики вируса герпеса, а также приведены практические рекомендации по методам лечения и профилактики. Отдельно рассмотрен вопрос об осложнениях у пациентов с вирусом герпеса при различных косметологических манипуляциях.

Данное пособие предназначено для врачей дерматологов-венерологов, дерматологов-косметологов, врачей общей практики, медицинских сестер косметологов, слушателей ФПК, клинических ординаторов и интернов, специализирующихся в области дерматовенерологии, клинической иммунологии и медицинской косметологии.

Рекомендовано в печать РИСО ВГМУ и ДВ РУМЦ.



Придатки кожи (волосы, ногти, сальные, потовые железы). Основные принципы ухода. Под редакцией профессора Юцковского А.Д., г. Владивосток, 2010 г.

Коллектив авторов: д.м.н, профессор Юцковская Я.А., Ковальчук Е.В., Денисова А.Н., к.м.н., Метляева Н.Б.

В данном учебном пособии в наглядной и доступной форме представлены строение и функции производных кожи, основы их гистологии, эмбриологии и ухода. Именно знание этих вопросов является основополагающим в практике врача дерматолога, косметолога, трихолога, подолога. Для удобства читателя пособие разбито на отдельные разделы, в каждом из которых наиболее полно освещены современные представления не только о строении придатков кожи, но и об их значении в жизни человека, методах лечения и диагностики. Пособие содержит ряд ценных рекомендаций по уходу, а также некоторые интересные факты истории и психологии.

Предназначено для врачей дерматологов, косметологов, трихологов, подологов, слушателей ФПК, аспирантов, интернов и ординаторов, специализирующихся в области медицинской косметологии.

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей.