

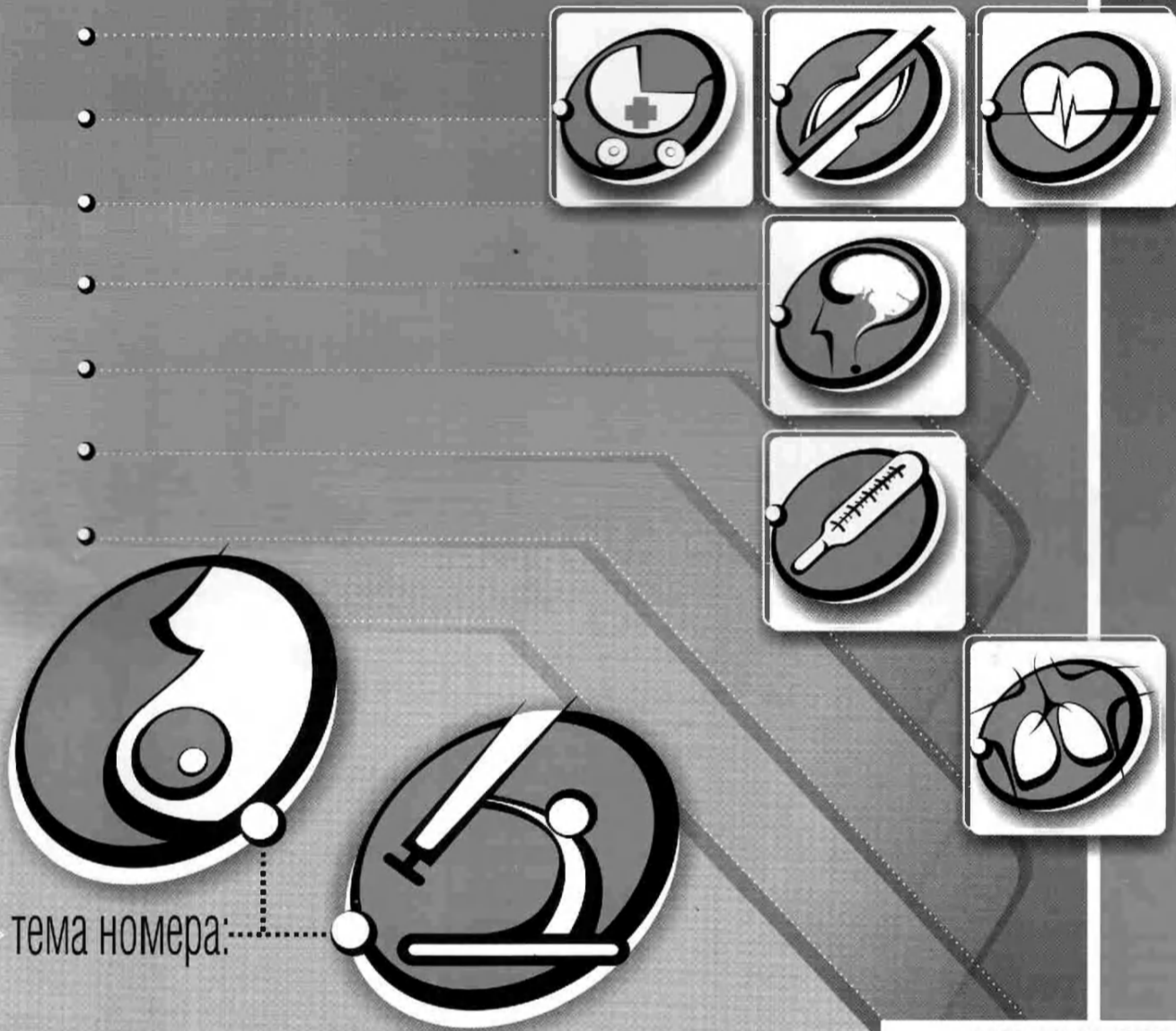
1 [145] февраль 2014

МЕДИЦИНСКАЯ

Рецензируемый научно-практический журнал для врачей

ПАНОРАМА

«МЕДИЦИНСКАЯ ПАНОРАМА» № 1 (145)-февраль-2014 • ул. Рафиева, 30, офис 197, 220117, г. Минск • Тел.: (017) 380-27-65, 380-27-56



► тема номера:

**ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, ГИНЕКОЛОГИЯ**



Бета ВуСан
Beta VuSan®

Диетический продукт с научно доказанной эффективностью

Изготовлен из фракционированного свекольного сока, полученного из уникального сорта корнеплода. Обладает антиоксидантным действием; рекомендуется для укрепления здоровья, улучшения кроветворения и кровообращения (при пониженном уровне гемоглобина крови, спортсменам, пожилым людям, а также пациентам с ишемическими повреждениями сердечно-сосудистой системы). Способствует нормализации работы желудочно-кишечного тракта.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА **Бета Ву Сан** природы – источник Вашего здоровья

Импортер: СООО «Мединтер» г. Заславль, ул. Советская, 100/3, тел.: (017) 544-72-06, 544-72-00

www.ibti.lv



ТЕМА НОМЕРА:

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
• ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ •

СОДЕРЖАНИЕ

Лукьянов А.М., Рабчинская О.М., Разницина О.Т. Кафедра кожных и венерических болезней Белорусского государственного медицинского университета: роль в формировании и развитии белорусской школы дерматовенерологии.....	3
Яговдик Н.З., Белугина И.Н., Сятковский В.А., Азарова Л.А., Белугина О.С. Особенности социальной дезадаптации и механизмы психологической защиты у больных псориазом	9
Качук М.В. Современные подходы к лечению очаговой алопеции	12
Мигаль Н.В., Романова О.Н., Коломиец Н.Д., Минаковская Н.В., Минаковская Я.И., Марейко Ю.В., Гущина Л.М., Пролесковская И.В., Дунаев И.А. Развитие генерализованного грибкового поражения, обусловленного <i>Alternaria infectoria</i> , у больной после аллогенной трансплантации гемопоэтическими стволовыми клетками	14
Панкратов О.В., Шикалов Р.Ю., Барабанов А.Л., Тарасевич С.М. Метод комбинированного лечения ониходистрофий	18
Музыченко А.П., Качук М.В. Опыт применения дезлоратадина в терапии аллергических дерматозов	20
Барабанов А.Л., Шикалов Р.Ю., Митюкова Т.А. Способ местного лечения онихомикозов у пациентов с псориазом и экземой	23
Крук Н.И., Шиманская И.Г. Трихоскопия в оценке результатов лечения алопеции у взрослых	28
Бореко Е.И., Рубаник Л.В., Савинова О.В., Дейкун Д.А., Асташонок А.Н., Полещук Н.Н. Выявление лекарственно-устойчивых форм герпетических инфекций у пациентов с урогенитальной патологией.....	30
Панкратов О.В., Барабанов А.Л., Шикалов Р.Ю., Крумкачев В.В., Страпко Е.В. Метод местного лечения онихомикоза при наличии ограничений к системному применению противогрибковых средств	34
Шикалов Р.Ю. Местное использование раствора ацетилцистеина в комплексном лечении ониходистрофий	36
Ярмолик Е.С., Хворик Д.Ф. Роль <i>Helicobacter pylori</i> и перекисного окисления липидов в патогенезе розацеа.....	42

в просвете извитых канальцев, очаговые некрозы эпителия извитых канальцев. Двусторонний гидроторакс – по 500 мл жидкости, асцит – 650 мл, гидроперикардит – 35 мл.

У больной смерть наступила от полиорганной недостаточности после неродственной HLA-несовместимой (mismatch B) аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток на фоне хронической РТПХ, с развитием генерализованной цитомегаловирусной инфекции и инвазивным ростом гриба *Alternaria alternata* с поражением кожи и печени.

В данном случае не удалось вылечить ребенка в условиях выраженной грибковой инфекции на фоне генерализованной CMV-инфекции и хронической РТПХ. CMV-инфекция, как и все вирусы герпес-группы, никогда не элиминируется после перенесенной острой инфекции, а переходит в латентное состояние, в котором они чаще всего пожизненно и удерживаются сформированным иммунитетом. Клеточным «домом» латентного цитомегаловируса является строма различных органов (почки, печень, костный мозг, кишечник). Главными эффекторами антицитомегаловирусного иммунитета являются вирус-специфические цитотоксические лимфоциты. Развитие тяжелой генерализованной CMV-инфекции связано как с дефектом клеточного иммунитета, так и длительностью данного дефекта. Очень трудно отличить CMV-пневмонию от пневмоцистной пневмонии или лучевого пневмонита, CMV-гепатит от печеночной РТПХ или хронического гепатолиенального грибкового поражения. CMV-пневмония является самым грозным клиническим проявлением CMV-инфекции. Тяжелая гипоксемия является плохим прогностическим признаком, и у пациентов, которым требуется ИВЛ, заболевание обычно имеет фатальный исход. Группой риска в отношении развития тяжелой CMV-инфекции являются реципиенты аллогенных ТГСК. Особенно возрастает риск развития CMV-инфекции после применения антилимфоцитарного иммуноглобулина, анти-CD3 и анти-CD52 антител и после полностью совместимых или неродственных HLA-несовместимых (mismatch) аллогенных ТГСК. Наша пациентка относилась к группе высокого риска по развитию тяжелой CMV-инфекции.

Ранее большинство случаев CMV-инфекции развивалось в интервале между началом приживления трансплантата и 100-м днем после приживления ТГСК. В течение последних нескольких лет частота ранних CMV-инфекций уменьшилась, и наоборот, отмечается рост поздних CMV-инфекций. Одним из возможных механизмов этих эпидемиологических изменений является широкое использование в практике ганцикловира, который путем подавления репликации цитомегаловируса вызывает задержку восстановления CMV-специфического Т-клеточного иммунитета и тем самым увеличивается риск поздней реактивации CMV, что наблюдалось в описанном случае. Мы диагностировали у пациентки реактивацию CMV-инфекции после 100-го дня от проведения ТГСК (DNA CMV и белок PP65 в сыворотке крови на фоне проводимой профилактики ганцикловиrom). Одним из факторов развития поздней CMV-инфекции является хроническая РТПХ, тяжелой степени тяжести, а также высокая ЦМВ нагрузка в плазме и лейкоцитах периферической крови в течение первых трех месяцев, низкое количество CD4⁺ клеток и отсутствие восстановления CMV-специфического Т-клеточного ответа через 3 месяца после трансплантации. Летальность при CMV-пневмонии очень высока и достигает 50% несмотря на современные методы лечения.

Литература

1. Румянцев, А.Г. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкологических заболеваниях / А.Г. Румянцев, А.А. Масчан, Е.В. Самочатова. М.: Медпрактика-М, 2006. С. 315–342.
2. Trends in the postmortem epidemiology of invasive fungal infections of a university hospital / A.H. Crall [et al.] // J. Infect. 1996. Vol. 33. P. 23–32.
3. Morrison, V.A. The spectrum of non-Candida fungal infection following BMT / V.A. Morrison, R.J. Haake, D.J. Weisdorf // Medicin. 1993. Vol. 72. P. 78–89.

Дата поступления: 12.11.2013 г.

Информация

Панкратов О.В., Шикалов Р.Ю.,
Барабанов А.Л., Тарасевич С.М.

Белорусская медицинская академия последипломного образования;
Городской клинический кожно-венерологический диспансер г. Минска

Метод комбинированного лечения ониходистрофий

В настоящей статье изложен метод лечения пациентов, страдающих ониходистрофиями (ОД), проявляющимися в форме онихогрифоза, онихауксиса, онихолизиса. Метод заключается в удалении патологически измененных участков ногтевой пластины, подногтевого гиперкератоза стоматологической фрезой и нанесении на ногтевое ложе раствора ацетилцистеина, обладающего цитопротективным, антиоксидантным, противовоспалительным, антисептическим действием и повышающего проницаемость ногтя для лекарственных средств. Использование метода лечения не приводит к потере трудоспособности, не требует проведения анестезии, обеспечивает хорошие косметические результаты и может применяться у пациентов с сахарным диабетом, лиц с ограничением возможности ухода за ногтями (инвалиды, пожилые пациенты).

Информация, изложенная в статье, предназначена для врачей-дерматовенерологов, врачей-косметологов, иных врачей-специалистов, оказывающих помощь пациентам с ониходистрофиями.

Показания к применению

Ониходистрофии, проявляющиеся онихогрифозом, онихауксисом, онихолизисом.

Противопоказания к применению

Следует воздержаться от использования метода при острых воспалительных процессах аппарата ногтя любой этиологии, в острой (прогрессирующей) стадии дерматоза, при наличии в анамнезе аллергических реакций на компоненты лекарственного средства.

Перечень необходимого оборудования и материалов

Аппарат зуботехнический с частотой вращения вала 10000–40000 оборотов в минуту.

Фрезы зуботехнические твердосплавные с различным размером насечки и формой рабочей части.

Оборудование, перевязочные материалы и антисептические средства, входящие в оснащение процедурного кабинета.

Средства индивидуальной защиты (СИЗ): органов дыхания (маска), глаз (очки или защитный экран), кистей (перчатки) и санитарно-гигиеническая одежда (СГО): халат, шапочка, клеенчатый или пластиковый передник, рекомендуемые при проведении вмешательств, сопровождающихся повреждением кожи и слизистых оболочек.

Раствор ацетилцистеина 20% в ампулах по 5 мл в количестве 2 ампулы на одного пациента.

Раствор, содержащий *Natrii tetraboratis 2,0, Sp. aethylici 96%* – 30 мл, *Dimexidi 10,0, Aq. destill. ad 100,0* в количестве 100 мл на одного пациента.

Пластиковая пипетка.

Описание технологии использования метода с указанием этапов

Первый этап – диагностический, включает определение типа ОД (наличие гипертрофических изменений и (или) онихолизиса), уста-

новление стадии сопутствующего дерматоза (при его наличии), исключение микотической и бактериальной инфекции ногтевого аппарата.

Второй этап – аппаратная обработка. Ногтевую пластинку и ногтевые валики следует обработать антисептическим средством широкого спектра действия до начала и по окончании процедуры. Проведения анестезии не требуется, поскольку процедура, как правило, безболезненна. Кроме того, при сохраненной чувствительности появление болевых ощущений является критерием прекращения воздействия на данный участок, что позволит избежать травматизации ногтевого ложа.

Фрезы перед применением должны быть продезинфицированы, очищены и стерилизованы в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих обработку хирургических инструментов.

Выбор размера насечки и формы рабочей части фрезы обусловливается размером и локализацией обрабатываемого участка и выраженностью патологических изменений. В зависимости от размеров насечки фрезы имеют цветовую маркировку на хвостовике

позади рабочей части. Рекомендации по применению фрез в зависимости от насечки и цветовой маркировки приведены в табл. 1.

Таблица 1

Рекомендации по применению фрез в зависимости от размеров насечки и цветовой маркировки

Размер насечки	Цветовая маркировка	Применение
Очень крупный	Черное кольцо	Начальная абразивная обработка, одномоментное удаление большого объема материала
Крупный	Зеленое кольцо	Интенсивная, грубая первичная обработка
Средний	Голубое кольцо	Универсальная обработка
Мелкий	Красное кольцо	Завершающая обработка
Очень мелкий	Желтое кольцо	Тончайшая обработка, полировка

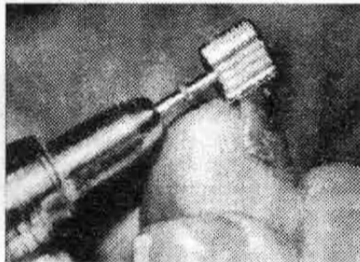
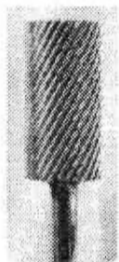
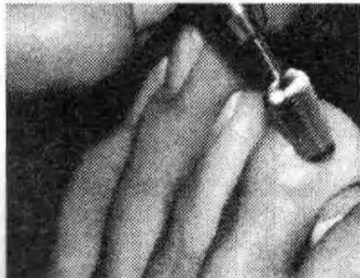
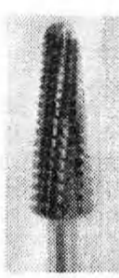

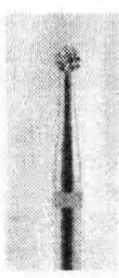

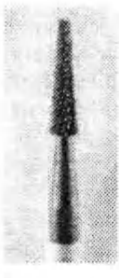
		Фреза цилиндрическая используется для удаления больших объемов материала и обработки свободного края ногтя
		Фреза коническая закругленная используется для обработки поверхности ногтевой пластины
		Фреза шаровидная используется для обработки ногтевой пластины возле ногтевых валиков, для сглаживания поверхности ногтевой пластины на завершающем этапе процедуры
		Фреза игловидная используется для обработки ногтевой пластины в непосредственной близости к ногтевым валикам

Рис. 1. Внешний вид и назначение фрез с различной формой рабочей части

Гипертрофированный участок ногтевой пластинки и массы подногтевого гиперкератоза следует обрабатывать послойно до их полного удаления. Однако при возникновении болевых ощущений или капиллярного кровотечения обработку этого участка следует прекратить. Для удаления фрагмента ногтя, подвергшегося онихолизису, с помощью фрезы с тонкой насечкой на границе здорового и пораженного участка формируется поперечная борозда необходимой глубины.

До начала работы по обрабатываемой поверхности инструмент должен достичь рабочей скорости вращения. Рекомендуемое давление на обрабатываемую поверхность находится в пределах 0,3–2 Н. При работе следует постоянно перемещать фрезу относительно поверхности ногтя во избежание нагрева инструмента, обрабатываемой поверхности ногтя и возникновения болевых ощущений. Не следует использовать инструмент в качестве рычага. Во время процедуры необходимо периодически протирать обрабатываемый ноготь тампоном, смоченным антисептическим средством, что, наряду с профилактикой инфицирования, улучшает визуализацию пораженных участков.

Для удаления утолщенной части ногтевой пластинки и подногтевого гиперкератоза можно использовать частоту вращения фрезы до 40000 об./мин, для подчистки ногтевого ложа, при работе вблизи ногтевых валиков, при удалении фрагмента ногтя, подвергшегося онихолизису, – до 20000 об./мин. Увеличение частоты вращения позволяет сократить время процедуры, однако при этом возникновение высокой температуры в месте контакта фрезы с ногтевой пластиной может вызывать болезненные ощущения.

При появлении вибрации или биения, затуплении или выкрашивании зубчиков необходимо прекратить эксплуатацию данной фрезы.

При работе следует минимизировать контакт медицинского персонала с патологическим материалом (применение СИЗ, СГО).

Наиболее предпочтительными для обработки ногтя являются фрезы с цилиндрической, конической закругленной, шаровидной, игловидной формами рабочей части (рис. 1).

Третий этап – наружное лечение ногтевого ложа. Пациенту выдается рецепт на раствор ацетилцистеина 20% – 5 мл, и рецепт с прописью раствора, содержащего *Natrii tetraboratis 2,0, Sp. aethylici 96%* – 30 мл, *Dimexidi 10,0, Aq. destill. ad 100*. Рекомендуется смешать содержимое одной ампулы (5 мл) ацетилцистеина с 50 мл изготовленного по рецепту раствора. Полученную композицию наносить по 3 капли 2 раза в день на каждый пораженный ноготь в течение месяца, после чего смешать содержимое второй ампулы ацетилцистеина с оставшимися 50 мл раствора и использовать в течение второго месяца. Следует обратить особое внимание пациента на необходимость хранить все ингредиенты в холодильнике.

Перечень возможных осложнений и ошибок при выполнении и пути их устранения

Возможные осложнения при проведении аппаратной обработки связаны с травматизацией ногтевого ложа, вследствие чего возникает кровотечение, а в дальнейшем может развиваться рубцовая деформация. Для предупреждения осложнений следует соблюдать рекомендованные скоростные режимы и размеры насечек рабочей части фрез. При возникновении болевых ощущений, а также в случае появления кровотечения рекомендуется прекратить обработку данного участка. Необходим тщательный сбор аллергологического анамнеза, соблюдение осторожности при наличии нарушений свертывающей системы крови.

На этапе наружного лечения возможно проявление местного раздражающего действия и аллергическая реакция на компоненты раствора, что может послужить поводом к отмене лекарственного средства. При контакте раствора с металлами или резиной возможно выделение сульфидов с характерным неприятным запахом.

Дата поступления: 14.01.2014 г.

Научная публикация

Музыченко А.П., Качук М.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Опыт применения дезлоратадина в терапии аллергических дерматозов

Резюме
Основной терапией аллергических дерматозов являются антигистаминные препараты. Современным антигистаминным препаратам второго и третьего поколения отдается предпочтение в связи с улучшенным профилем безопасности и высокой эффективностью. Дезлоратадин является новым антагонистом H1-рецепторов. На основании проведенных клинических исследований дезлоратадин может быть рекомендован в качестве терапии первой линии у пациентов с аллергическими дерматозами.

Ключевые слова: аллергические дерматозы, дезлоратадин, Лордес.

Muzychenka A.P., Kachuk M.V.,

Experience of application desloratadine in therapy of allergic dermatoses

Abstract

Antihistamines are the mainstays of treatment for allergic dermatoses. The newer, second and third generation antihistamines are the preferred agents because of their improved safety profile and high efficacy. Desloratadine is a new non-sedating H1-receptor antagonist. Based on clinical studies, desloratadine is a valuable new addition to the available treatment options and should be recommended as a first-line therapy for patients with allergic dermatoses.

Key words: for allergic dermatoses, desloratadine, Lourdes.

В последнее время распространенность аллергических дерматозов, таких как атопический дерматит (L 20), экзема (L 30), аллергический дерматит (L 23), крапивница (L 50), токсикодермия (L 27), красный плоский лишай (L 43), резко возросла как у взрослых, так и у детей. Многие аллергические дерматозы имеют сходные патогенетические механизмы и могут рассматриваться как местные проявления системного аллергического воспаления. Наиболее частыми причинами в развитии аллергодерматозов являются сложные механизмы регуляции иммунной системы, в которых защитные физиологические реакции могут приобретать патологический характер; а также генетическая предрасположенность организма; многочисленные аллергены; изменение инфекционной нагрузки и характера питания. Одним из главных медиаторов аллергических реакций является гистамин. Кроме того, пруритогенным действием обладают серотонин, протеазы (калликреин), а также пептиды (брадикинин), простагландины E, лейкотриены, эйкозаноиды [9]. Повреждение поверхности кожи, эксфолиации приводят к усиленной продукции и выбросу провоспалительных цитокинов эпидермоцитами, что может усиливать зуд и инициировать порочный круг, включающий эти явления. Несмотря на различные клинические проявления, общим признаком для аллергодерматозов является зуд. Зуд (*pruritus*) определяется как «неприятное чувство, которое вызывает желание почесывания». Зуд вызывает не только состояние дискомфорта, но и бессонницу, повышенную раздражительность, что значительно снижает качество жизни пациента. Наличие зуда приводит к аутоповреждениям кожи, что в свою очередь осложняется вторичной инфекцией, лихенификацией, усилением пигментации.

Основным принципом лечения аллергических заболеваний в любом возрасте является элиминация аллергенов. Тяжесть клинических проявлений аллергического процесса непосредственно