



Вестник

Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183



Приложение №2, 2016

vestnikbgmu.ru

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

приложение №2, 2016 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. (Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа); проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа); проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа), проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»: зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.

ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.

научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.

технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.

художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.

технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.

корректор – Брагина Н.А.

корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ»
30 НОЯБРЯ 2016 Г.**

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВЕЛИЧКО Л.И.	4
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО	
С. В. ЗАРИПОВ, М. М. ГАФАРОВ	8
СЛУЧАЙ МЕЛАНОЗА РИЛЯ	
А.И. КАШАЕВА	12
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АЛОПЕЦИЙ	
КУЛЕШОВА М.А.	23
РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП СРЕДИ ПОДРОСТКОВ Г. УФЫ	
Л.Р. НИГМАТУЛЛИНА	29
РОЛЬ АТОПИИ В РАЗВИТИИ ДЕТСКИХ ДЕРМАТОЗОВ	
А.И. МИНИЯРОВА , О.Р. МУХАМАДЕЕВА	32
СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УФЫ ЗА 2013-2015 ПЕРИОД	
М.М. ГАФАРОВ, ХАММАТОВА А.А., САИТОВА Е.А.	36
ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКОЗОВ СТОП В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 2010 – 2014 Г.Г.	
Л.М. ХАЙРУЛЛИНА	43
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УФО КРОВИ И ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА	
СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	47

ВЕЛИЧКО Л.И.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ СРЕДНЕВОЛНОВОЙ
УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО

Резюме: В данной статье описаны данные метода по применению узкополосной терапии в лечении витилиго.

Ключевые слова: Узкополосная терапия, Витилиго, меланин, дисхромия.

VELICHKO L.I.

**THE POSSIBILITY OF USING NARROWBAND UVB ULTRAVIOLET THERAPY IN
THE TREATMENT OF VITILIGO**

Bashkir State Medical University, Ufa

The Chair of Dermatovenerology with courses Dermatovenerology and Cosmetology

Abstract: This article describes the method data on the use of narrow band therapy in the treatment of vitiligo.

Keywords : Narrow band therapy Vitiligo, melanin , dyschromia.

Актуальность : в настоящее время существуют сложности в назначении рациональной терапии пациентам в лечении витилиго . Метод узкополосной терапии позволяет достичь максимальной эффективности корректирования данного заболевания .

Дисхромии кожи и волос считаются на данный момент наиболее актуальным заболеванием XXI века. Витилиго – это аутоиммунное, хроническое заболевание, при котором на коже появляются белые пятна, склонные к росту и слиянию. Помимо кожи также чаще всего поражаются волосы. Возникает оно в любом возрасте, но чаще страдают дети и взрослые до 20 лет, что проявляется появлением участков утративших пигмент – меланин (депигментация). Пациенты не испытывают какого-либо дискомфорта, зуда, боли, но дефекты внешности могут значительно нарушить психологическое состояние. Этиопатогенез витилиго сложен и имеет несколько теорий причин возникновения. Но на данный момент ученые и врачи всего мира не могут с точностью сказать причину возникновения заболевания но вполне точно можно утверждать, что оно не зависит от пола, расовой принадлежности и религии.

Цель работы: описание возможности более широкого применения узкополосной терапии в лечении витилиго.

Материалы и методы:

Виды терапии, применяемые в лечении витилиго, достаточно ограничены. Одним из вариантов лечения может являться физиотерапия. Так, достаточно хорошо зарекомендовал себя в лечении различных дерматозов метод узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм. Данный метод заключается в облучении кожи средневолновым ультрафиолетовым светом в наиболее эффективном терапевтическом диапазоне (310 – 315 нм) с максимумом эмиссии на длине волны 311 нм. На сегодняшний день является одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения хронических воспалительных заболеваний кожи: псориаза, витилиго, красного плоского лишая, парапсориаза и др. В рандомизированном исследовании Hamzavi I., Jain H., McLean D. et al., 2004г., показана эффективность монотерапии больных витилиго узкополосным ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм: при проведении 6-месячного курса лечения процент репигментации в очагах витилиго составил 42,9%, на контрольных участках – 3,3%. Метод может применяться как у взрослых, так и у детей. У больных витилиго узкополосная средневолновая фототерапия с длиной волны 311 нм, в отличие от ПУВА-терапии, позволяет получить более однородную и косметически удовлетворительную пигментацию кожи в очагах поражения. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия не вызывает болезненные ощущения и не требует анестезии, каждая процедура может составлять от 1 до 30 минут. Данная процедура спокойно проводится в обычных стационарах с круглосуточным или дневным пребыванием, амбулаторных кабинетах дерматолога и физиотерапевта.

С 2016 года метод узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм стал применяться в условиях стационара ГАУЗ РКВД №1. Так, под нашим наблюдением находился Пациент В., 16 лет, с диагнозом витилиго распространенное. Поступил впервые, болен в течение 3х лет. Занимался самолечением, смазывал пораженные участки кожи тетрациклиновой мазью. Гормональные препараты не принимал. На фоне данной терапии отмечает ухудшение. Причину распространения патологического процесса на коже ни с чем связать не может. Последнее обострение (появление свежих очагов) два месяца назад. При поступлении: на коже верхних, нижних конечностей, туловища, лица очаги с четкими контурами, размером от 1,5см до 15 см в диаметре, часть очагов сливается между собой, кожа в очагах бледно розового цвета, в части очагов светлого молочного цвета, резко ограничена от окружающей здоровой кожи.

Учитывая клиническую картину заболевания, совместно с традиционной терапией (витамины, микроэлементы, наружные топические глюкокортикоидные средства), пациенту

был назначен курс узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной 311 нм. Облучение проводили начиная с дозы 0,1-0,25 Дж/см², с режимом 2-3 раза в неделю.

Результаты:

На фоне проводимой терапии новых высыпаний не наблюдалось, в очагах появилась легкая эритема, преимущественно на коже лица, верхней части груди и боковых поверхностях туловища. Лечение переносил хорошо, без побочных реакций (рисунок 2). В целом отмечена положительная динамика. Пациент выписан с клиническим улучшением. В дальнейшем лечение методом узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм он продолжает в амбулаторных условиях.

Вывод:

Таким образом, на основании полученного положительного опыта применения узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии с длиной волны 311 нм в лечении витилиго, данный метод терапии считаем одним из наиболее эффективным и перспективным к дальнейшему применению у пациентов, однако, ввиду короткого периода наблюдения, рекомендуется дальнейшее его изучение.



Рисунок 1. Пациент В., до лечения



Рисунок 2. Пациент В., в процессе комплексного лечения с использованием узкополосной срединеволевой ультрафиолетовой терапией с длиной волны 311 нм (3 недели лечения).

С. В. ЗАРИПОВ, М. М. ГАФАРОВ

СЛУЧАЙ МЕЛАНОЗА РИЛЯ

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме: В данной статье описан клинический случай меланоза Рили, который продолжительное время считали хроническим дерматитом. Проведена биопсия кожи области предплечья - «скопление пигмента меланина в верхних слоях дермы с выраженной инфильтрацией. Меланоз Рили». Сопутствующие заболевания: остеохондроз позвоночника, хронический холецистит.

Ключевые слова: Меланоз Рили, фототоксическая реакция, меланин, меланодермия, гиперпигментация.

S. V. ZARIPOV, M. M. GAFAROV

THE CASE OF RIEHL'S MELANOSIS

Department of dermatology with courses dermatology and cosmetology IAPЕ,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In this article the clinical case of a melanosis of Ril which long time was considered a chronic dermatitis is described. The biopsy of a skin of area of a forearm - "a melanin pigment clump in the top layers of a derma with the expressed infiltration is carried out. Riehl's melanosis". Associated diseases: backbone osteochondrosis, chronic cholecystitis.

Keywords: Riehl's melanosis, phototoxic reaction, melanin, melanoderma, hyperpigmentation.

Актуальность: В опубликованных материалах по гиперпигментации имеются сведения о меланозе Рили, но описания клинических случаев в них представлены недостаточно.

Цель исследования: описание течения заболевания пациента с меланозом Рили.

Материалы и методы: в работе использовался случай из клинической практики.

Результаты и обсуждение: Рили меланоз (G. Riehl, син.: меланоз военного времени, Рили меланотический синдром) - относят к фототоксическим реакциям (у рабочих имеющих контакт с вредным производством, при использовании недоброкачественной косметики, при интоксикации фотосенсибилизирующими веществами). В патогенезе определенную роль играют инсоляция, эндокринная патология, заболевания ЖКТ. авитаминозы, стресс, для развития заболевания иногда бывает достаточно контакта с такими веществами, как керосин,

деготь, различные смазочные масла, длительного пребывания под открытыми солнечными лучами.

Кожа больного покрывается пятнами, которые содержат избыточные количества кожного пигмента меланина и имеют темно-коричневую окраску. Они постепенно увеличиваются в размерах, сливаются между собой, на их поверхности появляются кистозные расширения подкожных капилляров в виде узелков, шелушение. Кожа в этих местах значительно утолщается, становится более грубой, происходит усиление ее рисунка. У ряда заболевших появляются и общие проявления заболевания, которые проявляются в виде нарушения общего самочувствия. Начинают беспокоить головные боли, больной худеет, постоянно испытывает чувство слабости. Появляются также признаки поражения кожных покровов в результате недостаточного поступления в организм важнейших витаминных веществ. Чаще всего очаги поражения при данном заболевании расположены в области лица, на боковых поверхностях шеи, на теле больного. При тяжелой форме течения заболевания на коже появляются небольшие гнойнички, участки значительного ее утолщения. Данная разновидность патологии была в свое время описана другими исследователями и по их фамилиям называется болезнью Габерманна-Гофмана.

Гистологически - меланодермия, сопровождающейся небольшим фолликулярным гиперкератозом и атрофией эпидермиса на открытых участках кожи;

Дифференциальный диагноз меланоза Рилия проводится : с лимфомой кожи, мастоцитозом, пеллагрой, пигментным вариантом красного плоского лишая.

Ниже приведен случай из нашей клинической практики:

Пациентка Г., 52 года находилась на лечении в ГЛУЗ РКВД № 1 с 23.09.13 г.

Больной себя считает 3 года., когда впервые отметила появление пятен розовато-коричневого цвета на коже груди, зуд. Получала лечение у дерматолога по месту жительства. В марте 2013 г. количество высыпаний увеличилось, с диагнозом псориаз. Пациентка получила курс глюкокортикостероидов начиная с 90 мг преднизолона, без особого эффекта. Летом 2013 г. (на фоне приема ГКС) высыпания усилились, появилась выраженная гиперпигментация. Больная была направлена на консультацию в республиканский онкологический диспансер с целью исключения висцеральной онкопатологии, предварительный диагноз республиканского онкологического диспансера - невоклеточный невус?, пигментная крапивница?, проведена биопсия с целью уточнения диагноза. Выписана с диагнозом хронический дерматит. Консультирована эндокринологом в РКБ, сданы анализы на гормоны -данных за недостаточность надпочечников нет. Выставлен диагноз «хронический дерматит».

На лечение в ГАУЗ РКВД №1 поступает в сентябре 2013 г. принимает преднизолон (7 таблеток). При поступлении жалобы на поражение, потемнение кожи, непостоянный зуд, общее недомогание и слабость. Процесс поражения кожи носит генерализованный характер, высыпания в виде эритематозно-пигментных пятен коричневого цвета, сливающиеся в участки сплошного поражения. Занимает более 60% поверхности кожи. На некоторых участках - папулы, шелушение, эксфолиации.

В анамнезе - контакт с лакокрасочными веществами, чрезмерная инсоляция. Сопутствующие заболевания: остеохондроз позвоночника, хронический холецистит. С целью уточнения диагноза проведена повторная биопсия кожи. Патогистологическое заключение - «скопление пигмента меланина в верхних слоях дермы с выраженной инфильтрацией, отек вокруг сосудов, картина заболевания соответствует диагнозу меланоз Рили»

В комплексе лечения Меланоза Рили нашли применение следующие методы:

Постепенная отмена ГКС, витамины группы В, антигистаминные средства.. Основным направлением терапии меланоза Рили является назначение витаминных препаратов, особенно витаминов группы В (В12, В1, В6), С и средств, улучшающих процессы обмена веществ. Важным моментом является непосредственное местное лечение очагов поражения, с целью чего применяются различные мази защитного действия. Большое внимание следует уделять рациону питания больного, он должен быть максимально разнообразным, включать в свой состав незаменимые питательные вещества, минералы и витамины. Нужно полностью оградить больного от контакта с вредными химическими веществами, особенно углеводородами, с прямыми солнечными лучами. Пациентка выписана со значительным улучшением через 29 дней под наблюдение дерматолога по месту жительства.

В дальнейшем ГКС были полностью отменены, новых высыпаний на коже не было, очаги пигментации побледнели, местами полностью разрешились.

Заключение: Провоцирующим фактором является контакт с вредным производственными веществами, при использовании недоброкачественной косметики, при интоксикации фотосенсибилизирующими веществами.

Как показало наблюдение, установка диагноза меланоз Рили является сложной задачей, зачастую больные с неправильным диагнозом получают неэффективное лечение. Для окончательной постановки правильного диагноза используют патогистологическое исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В. П., Катина М. А., Мяделец В. О. Пойкилодермия пигментная сетчатая Сиватта: клинический случай //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2013. – Т. 12. – №. 2.
2. Нетруненко И.Ю., Игнатъев Д. В., Гиперпигментация: проблемы и пути их решения. Consilium medicum. Дерматология. Приложение. 2007; 2: 12-6
3. Олисова О.Ю., Андреева Е.В. Еще раз о проблеме гиперпигментации. Российский журнал кожных и венерических болезней. №2, 2014
4. Федотов В. П. Расстройства пигментации кожи (дисхромии) //Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2014. – №. 1-4. – С. 114-130.

А.И. КАШАЕВА

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АЛОПЕЦИЙ

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: в данной статье мы рассмотрим причины заболевания андрогенетической алопецией, а также методы диагностики данного заболевания.

Ключевые слова: андрогенетическая алопеция, трихограмма, фототрихограмма

A.I.KASHAEVA

THE MODERN DIAGNOSTICS OF VARIOUS TYPES OF ALOPECIA

The Chair of Dermatovenerology with courses Dermatovenerology and Cosmetology
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: In this article we examine the causes of the disease androgenetic alopecia as well as methods of diagnosis of this disease.

Keywords: androgenetical alopecia, Trichogramma, phototrichogram

Волосы (pili) покрывают почти все тело человека, исключая веки, ладони, подошвы, губы, соски и гениталии. Наибольшая плотность волос на - голове. Общее количество волос на голове составляет от 60 000 – 70 000 до 130 000 - 150 000. Среднее количество волос на коже волосистой части головы – 100 000. У новорожденного на 1 см² приходится более 1000 фолликулов. У блондинов наблюдается максимальная плотность волос, однако светлые волосы тонкие, толщина их около 0,05 мм; у шатенов толщина волос 0,06-0,08 мм, у рыжих наименьшая плотность волос, но толщина достигает 0,1 мм. Волосной фолликул находится в непрерывном циклическом развитии, фазы анагена, катагена, телогена постоянно сменяют друг друга: Анаген- период роста волоса. В этой стадии клетки волосного фолликула интенсивно делятся, волос растет, стержень волоса удлиняется. Продолжительность фазы анагена - 2-5 лет. В стадии анагена одновременно находится 60-90% волос. Катаген - период обратного развития корня волоса. В этой стадии рост волоса останавливается, прекращается деление клеток волосной луковицы, начинается атрофия волосного сосочка, происходит укорочение волосного фолликула, его сморщивание, он перемещается ближе к поверхности кожи. Длительность фазы катагена - около 1 месяца. В стадии катагена одновременно находится 1-2% волос. Телоген- период покоя волосного фолликула. Во время телогена волос может безболезненно выпасть при легком физическом воздействии. Длительность фазы телогена составляет около 3 месяцев. В стадии телогена одновременно находится 10-

40% волос. Естественное выпадение волоса происходит в конце периода телогена, начале анагена, когда в фолликуле начинается рост нового волоса, выталкивающего старый. Продолжительность фаз роста волоса зависит от индивидуальных особенностей организма, внешних воздействий, места расположения конкретного волосяного фолликула. Так на коже верхней губы стержень волоса можно видеть одновременно у 60-70% волосяных фолликулов, а на коже ног - у 20-30%, продолжительность катагена у волосяных фолликулов в области верхней губы – около 6 недель, на коже ног – до 25 недель. Волосяные фолликулы наиболее уязвимы для различных методов эпиляции (фотоэпиляция, электроэпиляция), только в стадии анагена. Воздействие на волосяные фолликулы в другие фазы их развития неэффективно, к их гибели не приводит, поэтому достичь эффекта эпиляции (необратимого прекращения роста волос на участке кожи) за одну процедуру невозможно никаким методом.

Алоpecia - в переводе с древнегреческого означает «облысение», (синонимы: calvities. облысение, плешивость) - полное или частичное выпадение или поредение волос, чаще на голове, реже на других частях тела.

Классификация болезней волос

- Нерубцовые алопеции
- Рубцовые алопеции
- Гипертрихозы
- Нарушения пигментации
- Трихомикозы и другие инфекционно-паразитарные заболевания
- Опухоли пилосебацейного комплекса

Каждая из этих групп неоднородна по составу и включает достаточный перечень отдельных нозологий. В практике врача - трихолога наиболее часто встречаются пациенты с нерубцовыми алопециями.

Нерубцовые алопеции

- Телогеновое выпадение волос (в том числе симптоматическое выпадение волос)
- Анагеновое выпадение волос
- Токсическая алоpecia
- Артифициальная алоpecia
- Гнёздная алоpecia
- Трихотилломания
- Дефекты стержня волоса
- Врождённые гипотрихозы и атрихозы

- Андрогенетическая алопеция

Телогеновое выпадение волос возникает в результате укорочения активной фазы их роста. Это происходит в результате воздействия разных факторов, и прежде всего временных трофических нарушений психоэмоционального характера, таких, как вегетативные дисфункции, стрессы, неврастения. Во многих случаях потеря волос может носить симптоматический характер; причинами могут быть: эндокринопатии, патологии внутренних органов, болезни крови: лейкозы, анемии (В12-, фолиево- и железодефицитные), общие и специфические инфекционные заболевания (малярия, пневмония, гепатиты, сифилис и др.), нарушения обмена веществ (синдром мальабсорбции и др.), недостаточное поступление питательных веществ с пищей (диеты, пристрастие к алкоголю), ятрогении и др.

Анагеновое выпадение волос чаще встречается у детей до младшего школьного возраста и носит временный возрастной характер; также оно наблюдается также у пациентов (онкологических), получающих химиотерапию или рентгенотерапию.

Гнездная алопеция - хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание, которое затрагивает волосные фолликулы, иногда ногти. Для этой патологии характерно образование воспалительного клеточного инфильтрата вокруг волосных фолликулов в фазе анагена; этот инфильтрат состоит из CD8+ и CD4+ лимфоцитов, макрофагов и клеток Лангерганса. Причина цитотоксической аутоагрессии лимфоцитов к собственным клеткам волосного фолликула остается невыявленной. Заболевание может начаться в любом возрасте, чаще поражает детей; встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Клинически различают несколько форм заболевания, которые могут переходить одна в другую: локальная, субтотальная, краевая (офиазис), тотальная, универсальная

Тракционная алопеция – это облысение травматического характера. Выпадение волос в этом случае провоцируется частым дерганием волос (трихотилломания), а также, пристрастием к определенным прическам. Чаще всего, тракционная алопеция развивается у лиц, которые часто носят: Африканские косички; Тугие хвосты и пучки; Прически, требующие выполнения начеса. Привести к развитию тракционной алопеции может и неправильная техника выполнения причесок. Например, если слишком туго накручивать волосы на бигуди и делать это регулярно, то волосы могут выпадать. Особенно часто тракционная алопеция развивается, если одновременно с натяжением волос применяются химические средства для их размягчения – составы для химического выпрямления или завивки волос. А также причиной облысения может стать фолликулит декальвирующий, так как при этом заболевании поражаются волосные мешочки.

Андрогенетическая алопеция (АГА) – это поредение волос в андрогензависимых областях скальпа, которое обусловлено повышенной чувствительностью волосяных фолликулов к действию мужских гормонов, развившейся вследствие генетической предрасположенности. Клинически при этой форме облысения наблюдается симметричное поредение волос в области лобно-височных углов (у мужчин формируются глубокие лобно-височные залысины), диффузное поредение или отсутствие волос в лобной, теменной и макушечной зонах скальпа. Было установлено, что действие андрогенов опосредуется в клетках органов-мишеней через систему 5 α -редуктаза-дигидротестостерон-андрогеновых рецепторов и приводит к постепенной миниатюризации и дегенерации волосяных фолликулов, что и ведет к развитию на голове облысения разной степени выраженности. Поскольку подобная клиническая картина поредения волос может наблюдаться при патологическом увеличении уровней андрогенов в крови, для дифференциации этиологии и патогенеза механизмов развития данной формы облысения в научной зарубежной литературе принят термин "андрогенная алопеция", который подчеркивает ведущую роль андрогенов в ее развитии. При этом морфологические изменения волосяных фолликулов в области скальпа идентичны как при андрогенной, так и при андрогенетической алопеции. При ряде эндокринных нарушений (аденогенитальном синдроме, яичниковом гиперандрогенизме, в постменопаузе, гипоталамо-гипофизарном дисгипоталамизме, идиопатическом гирсутизме) возможно сочетанное проявление андрогенной алопеции и гипертрихоза в андрогензависимых зонах туловища.

Важно помнить о необходимости тщательного клинико-лабораторного обследования пациентов при диагностировании гиперандрогении и, в случае необходимости, направления таких пациентов к эндокринологу и гинекологу - эндокринологу.

В настоящее время существует много видов диагностики заболевания волос:

- Компьютерная диагностика состояния волос и кожи головы
- Фототрихограмма
- Трихограмма
- Спектральный анализ волос на микроэлементы
- Экспресс спектральный анализ волос на микроэлементы
- Определение содержания одного микроэлемента

Коротко о спектральном анализе волос По спектральному анализу волос можно судить о характере питания, среде обитания, вредных привычках человека, влиянии профессиональных факторов, функционировании почек, печени, ЖКТ, эндокринной системы. Выявленный с помощью спектрального анализа волос дисбаланс элементов

позволяет диагностировать или спрогнозировать угрозу иммунодефицита, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, атеросклероза, остеопороза, псориаза, дисбактериоза, гастроэнтеритов, ожирения, и, конечно, болезней кожи, ногтей и волос. Кроме исследования спектрального анализа волос, включающего профиль из 25 или 40 микроэлементов, в трихологии используется определение содержания одного микроэлемента, дефицит или избыток которого может быть заподозрен у пациента. Так, к примеру, нехватка марганца приводит к снижению процессов мышления, памяти, замедленному росту ногтей, волос, развитию кожных сыпей и витилиго. При дефиците кобальта может отмечаться расстройство менструальной функции, неврологическая симптоматика, гиперпигментация кожных покровов и т. д. Поскольку лабораторные методы исследования позволяют подтвердить диагноз АГА только в 15% случаев, то наиболее надежными для диагностики АГА являются данные, получаемые при проведении фототрихограммы.

Этот метод, проведение фототрихограммы, нередко используют в период проведения клинических испытаний трихологических средств, но ограничением является необходимость серьезного и дорогостоящего оснащения. Однако, в настоящее время, с появлением методов компьютерного анализа и относительно недорогих трихоскопов метод фототрихограммы стал доступным для амбулаторных кабинетов. Для фототрихограммы необходимо правильно определить участок, в котором будут проводиться последующие замеры. Как правило, для проведения дифференциального диагноза между андрогензависимым и диффузным выпадением волос фототрихограмму следует выполнять в 2-х зонах – лобно-теменной и затылочной. Для оценки динамики лечения фототрихограмму имеет смысл проводить в зоне выраженного истончения волос.

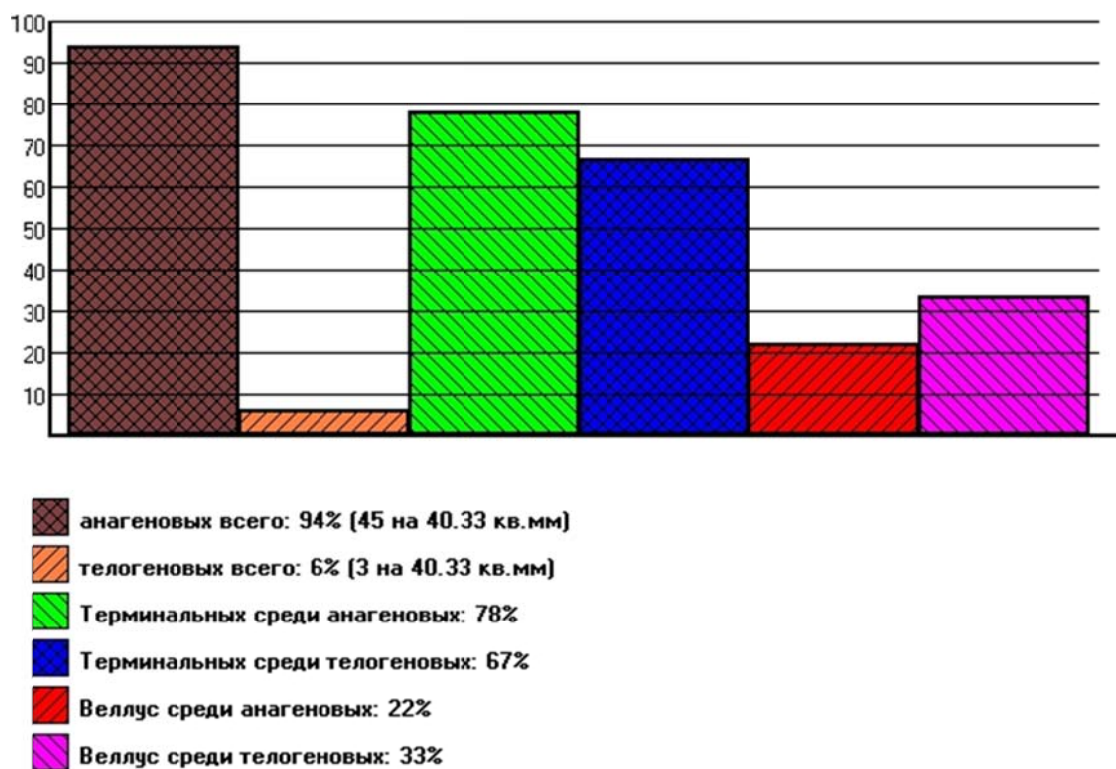
Данный метод определяет состояние волос по следующим параметрам:

- Плотность волос (количество волос на 1 кв. сантиметр)
- Толщина волос в диапазоне от 30мкр до 80мкр и выше, количественно и в соотношении
- Соотношение волос по фазам роста(анаген/телоген)
- Блоки анагена(желтые точки)
- Анизотрихоз

Программа позволяет подсчитать % vellуса в телогене ,т.е. волос которые истончаются и преждевременно входят в фазу выпадения под воздействием андрогенов

Перед вами график фототрихограммы, на котором видно соотношение волос по фазам (рис.1)

График фототрихограммы:



Средний диаметр терминальных волос среди анагеновых: 70 мкм.
Средний диаметр терминальных волос среди телогеновых: 79 мкм.
Средний диаметр веллуса среди анагеновых: 39 мкм.
Средний диаметр веллуса среди телогеновых: 39 мкм.
Скорость роста волос: 304мкм (0.30мм) за 24 часа

Рисунок 1. График фототрихограммы

Ниже (рис. 2) приведен пример фототрихограммы пациентки с диффузным телогеновым выпадением волос (слева – фотография исследуемой зоны, справа- та же зона после обработки компьютерной программой).

В теменной зоне плотность волос составляет - 322 на кв.см.(норма 300+/-30)
Из них - Телоген 76.45 (23%), (норма 15%) Анаген 245.98 (76%) на кв.см.

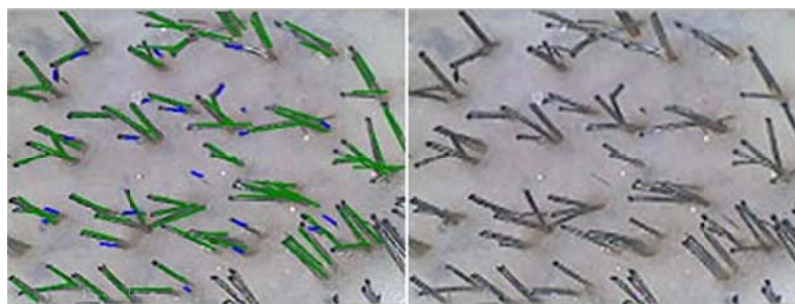


Рисунок 2.

Плотность волос в затылочной зоне - всего 299 волос на кв.см.

Из них - Телоген 69.81 (23%), Анаген 229.36 (76%) на кв.см.

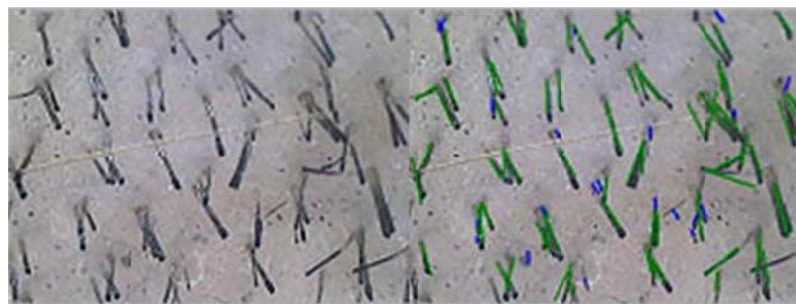


Рисунок 3.

Характерной особенностью фототрихограммы, проведенной в теменной зоне у пациентов с АГА является высокий процент волос в фазе телогена и большой процент истонченных, диспластичных волос. Так, на представленной фототрихограмме (рис. 3) плотность волос в теменной зоне - 285 на кв.см. Из них - Телоген 78 (29%), Анаген 192 (71%).

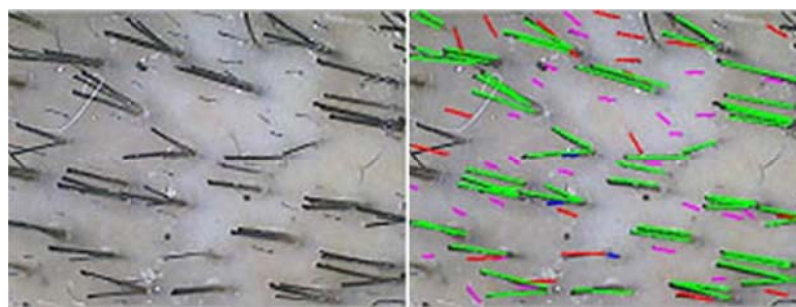


Рисунок 4.

Обращает внимание, что большинство волос в телогеновой фазе (отмечены розовым цветом) являются диспластичными, т.е., чувствительными к андрогенам, что делает диагноз андрогензависимой алопеции несомненным (рис.4).

Ниже (рис.5) представлены результаты лечения пациента наружными антиандрогенными средствами (левая фотография – до лечения, правая - через 2 месяца применения препарата Эвкалил). Хорошо видно утолщение диаметра волос.

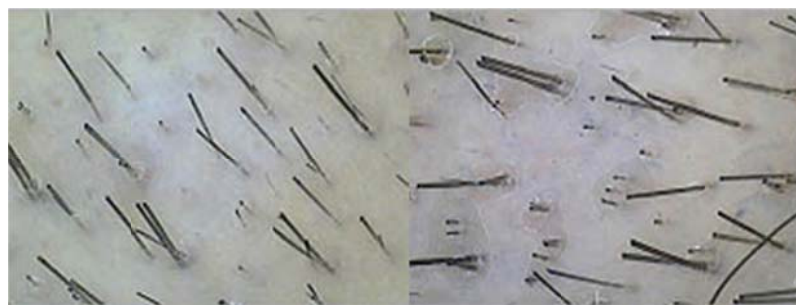


Рисунок 5.

Большое количество проведенных фототрихограмм позволило обобщить следующие факты, которые отсутствуют в доступной литературе:

1. Плотность волос в теменной зоне (vertex), у женщин с легкой степенью АНА составляет 250 ± 30 на 1 см.кв. У женщин, не имеющих признаков АНА, этот показатель составляет 300 ± 30 на 1 см. кв.
2. Плотность волос в затылочной зоне составляет 188 ± 30 на 1 см. кв., и, как правило, на 25% меньше, чем количество волос в теменной зоне.
3. В теменной зоне у женщин с АНА волосы в фазе телогена составляют $33\% \pm 5$, при этом в затылочной зоне показатель волос в фазе выпадения не превышает нормы (до 15%, часто еще меньше).
4. Количество диспластичных волос, толщина которых менее 0,04 мм. в теменной зоне, у женщин с АНА, как правило, превышает 15%, в то время как в затылочной зоне этот показатель всегда меньше 10%.
5. Фототрихограмма является не только доступным методом объективной диагностики, но и методом динамического наблюдения за результатами лечения трихологических пациентов.

Поскольку лабораторные методы исследования позволяют подтвердить диагноз АГА только в 15% случаев, то наиболее надежными для диагностики АГА являются данные, получаемые при проведении **фототрихограммы**.

Этот метод, проведение фототрихограммы, нередко используют в период проведения клинических испытаний трихологических средств, но ограничением является необходимость серьезного и дорогостоящего оснащения. Однако, в настоящее время, с появлением методов компьютерного анализа и относительно недорогих трихоскопов метод фототрихограммы стал доступным для амбулаторных кабинетов.

Для фототрихограммы необходимо правильно определить участок, в котором будут проводиться последующие замеры. Как правило, для проведения дифференциального диагноза между андрогензависимым и диффузным выпадением волос фототрихограмму следует выполнять в 2-х зонах – лобно-теменной и затылочной. Для оценки динамики лечения фототрихограмму имеет смысл проводить в зоне выраженного истончения волос.

В избранных зонах, на участке 8x8мм. триммером сбриваются волосы. Спустя 2-3 дня, когда среди подбритых волос можно будет обнаружить отросшие на 1мм. (анагеновые) и оставшиеся прежнего размера (телогеновые) волосы, участки подкрашиваются безаммиачным красителем для волос, и с помощью трихоскопа, подключенного к компьютеру, под х 40-увеличением заносятся в специализированную компьютерную программу (Trichoscience).

Далее, с помощью программы просчитывается общее количество волос на кв. см., процент диспластичных, анагеновых и телогеновых волос, полученные данные в 2 зонах сравниваются.

Ниже (рис.6) приведен пример фототрихограммы пациентки с диффузным телогеновым выпадением волос (слева – фотография исследуемой зоны, справа- та же зона после обработки компьютерной программой).

В теменной зоне плотность волос составляет - 322 на кв.см.(норма 300+/-30)
Из них - Телоген 76.45 (23%), (норма 15%) Анаген 245.98 (76%) на кв.см.

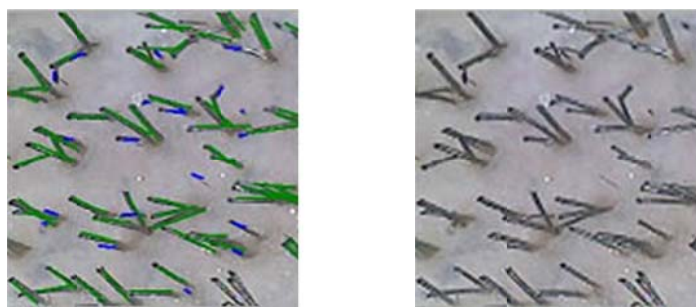


Рисунок 6.

Плотность волос в затылочной зоне (рис.7) - всего 299 волос на кв.см.
Из них - Телоген 69.81 (23%), Анаген 229.36 (76%) на кв.см.

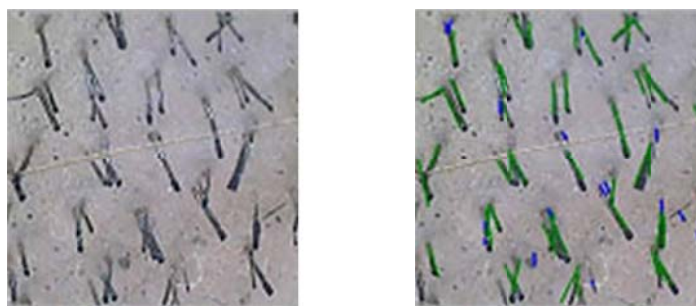


Рисунок 7.

Характерной особенностью фототрихограммы, проведенной в теменной зоне у пациентов с АГА является высокий процент волос в фазе телогена и большой процент истонченных, диспластичных волос. Так, на представленной фототрихограмме (рис.8) плотность волос в теменной зоне - 285 на кв.см.
Из них - Телоген 78 (29%), Анаген 192 (71%).

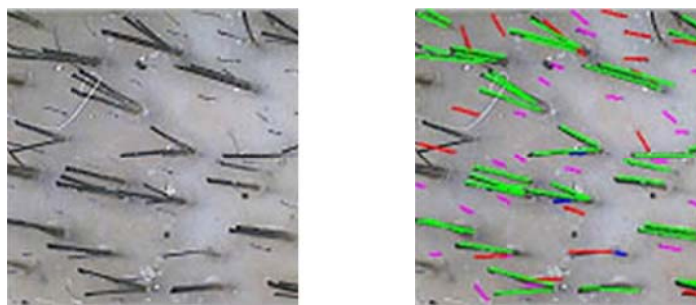


Рисунок 8.

Обращает внимание, что большинство волос в телогеновой фазе (отмечены розовым цветом) являются диспластичными, т.е., чувствительными к андрогенам, что делает диагноз андрогензависимой алопеции несомненным. Ниже (рис.9) представлены результаты лечения пациента наружными антиандрогенными средствами (левая фотография – до лечения, правая - через 2 месяца применения препарата Эвкапил). Хорошо видно утолщение диаметра волос.

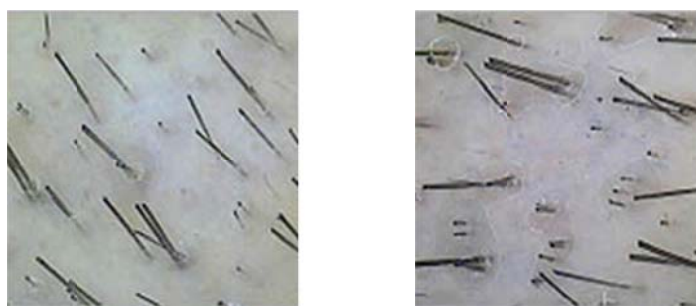


Рисунок 9.

Большое количество проведенных фототрихограмм позволило обобщить следующие факты, которые отсутствуют в доступной литературе:

Плотность волос в теменной зоне (vertex), у женщин с легкой степенью АНА составляет 250 ± 30 на 1 см.кв. У женщин, не имеющих признаков АНА, этот показатель составляет 300 ± 30 на 1 см. кв.

Плотность волос в затылочной зоне составляет 188 ± 30 на 1 см. кв., и, как правило, на 25% меньше, чем количество волос в теменной зоне.

В теменной зоне у женщин с АНА волосы в фазе телогена составляют $33\% \pm 5$, при этом в затылочной зоне показатель волос в фазе выпадения не превышает нормы (до 15%, часто еще меньше).

Количество диспластичных волос, толщина которых менее 0,04 мм. в теменной зоне, у женщин с АНА, как правило, превышает 15%, в то время как в затылочной зоне этот показатель всегда меньше 10%.

Фототрихограмма является не только доступным методом объективной диагностики,

но и методом динамического наблюдения за результатами лечения трихологических пациентов.

Пример отчета по фототрихограмме (рис. 10)

Заключение

Дата:04.08.2005

Ф.И.О.:ИвановаА.А.

Плотность волос в теменной зоне - всего 285.65 на кв.см.
Из них - Телоген 8.40 (2%), Анаген 145.63 (50%) на кв.см. Анаген диспластичный 53.21 (18%), Телоген диспластичный 78.41 (27%),

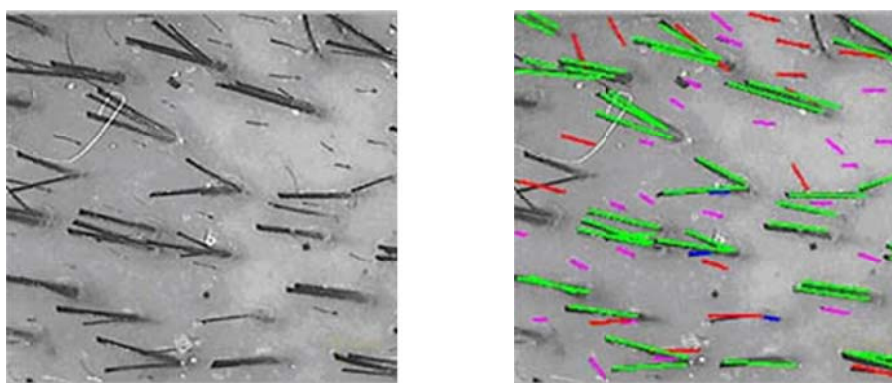


Рисунок 10.

Массовая доля волос в теменной зоне: 16.274414 %

Данные свидетельствуют о прогрессирующей стадии андрогенетической алопеции.

Таким образом, с помощью фототрихограмм уже на ранних этапах заболевания возможно выявлять субклиническую форму андрогенетической алопеции (АГА), проводить дифференциальную диагностику между АГА и хронической диффузной телогеновой алопецией, оценивать эффективность лечения алопеций в динамике.

КУЛЕШОВА М.А.

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИППП СРЕДИ ПОДРОСТКОВ Г. УФЫ

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

Резюме: В статье описано проведение мероприятий, целью которых являлось определение уровня исходных знаний о ИППП лицами 16-18 лет и осведомление молодых людей о проблеме ИППП и их профилактике.

Ключевые слова: инфекция, половой путь передачи, школьники, профилактика.

KULESHOVA M.A.

**THE ROLE OF SOCIAL PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AMONG ADOLESCENTS IN UFA**

The Chair of Dermatovenerology with courses Dermatovenerology and Cosmetology
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: The article describes the event, the purpose of which was to determine the level of background knowledge about infections, sexually transmitted diseases, persons 17-19 years old and young people's awareness about the problem of sexually transmitted infections and their prevention.

Keywords: infection, sexual transmission, schoolchildren, prevention.

Актуальность.Необходимым составляющим человеческого бытия являются сексуальные отношения. С точки зрения деторождения половой контакт необходим для продолжения человеческого рода, однако большинство сексуальных действий направлено на получение удовольствия, а не на воспроизведение потомства.

В наше время это напрямую касается подростков, и воспрепятствовать их сексуальным контактам представляется просто невозможным.

А происходит это по причине:

- Краха антисексуальных установок;
- Раннего начала половой жизни;
- Свободы принятия решений о сексуальной жизни;
- Первых половых актов, которые происходят в алкогольном или наркотическом состоянии;
- Добрых связей часто без наличия любви;

Актуальностью этой проблемы являются последствия этих половых связей, а именно ИППП.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), происходит ежегодное заражение 1 из 12 подростков инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП).

Причинами этого могут быть:

- Отсутствие понятия подростков об ИППП, 43-73% заражаются даже не зная что это, не имея понятия о путях передачи, методах защиты;
- Психологическая незрелость молодых людей.
- Надежда, что «болезнь сама пройдет»;
- Бессимптомное течение ИППП и их диагностика только после выявления у партнеров;
- Уверенность в том, что можно лечиться по медицинским справочникам, Интернету, приобретая «хорошие» лекарства в аптеке;
- Некритическое отношение к своему здоровью;
- Боязнь презрения со стороны сверстников, которые узнают о лечении в КВД, стационаре;
- Недоверие подростков родителям и врачам, ожидание от них только негативной реакции, а отнюдь не помощи;
- Отсутствие осмотров в кожно-венерологических диспансерах, посещения психотерапевтов, психологов и соц работников, в тех случаях, когда заражение ИППП произошло вследствие насилия.

Борьба с ИППП за последние три десятилетия стала наиболее драматично развивающейся страницей отечественной медицины. Данная группа заболеваний помимо социально-экономического ущерба для общества в настоящий момент, несет с собой отсроченную-опасность, которая может проявиться спустя годы в виде нарушения репродуктивной функции людей, рождения у них физически и умственно неполноценного потомства, тяжелых поражений нервной системы и внутренних органов. Социальная значимость проблемы ИППП увеличивается и в связи с тем, что ИППП неблагоприятно влияет на репродуктивное здоровье молодого поколения, приводя к снижению рождаемости, ухудшению демографической ситуации, что еще более усугубляет процессы депопуляции в России.

В связи с изложенной актуальностью проблемы, научный кружок кафедры дерматовенерологии предъявил научно-практический интерес к изучению источников информированности подростков по вопросам сексуальности и ИППП и выявлению

возможной их взаимосвязи с рискованным сексуальным поведением, а также проведением программ школьного сексуального просвещения.

Цель: изучение уровня информированности о ИППП и осведомление молодёжи (в возрасте от 16 до 18 лет) о последствиях незащищенных половых контактов, а именно ИППП.

Методы:

- Анонимное анкетирование школьников 10-11 классов. Анализ результатов анкетирования.
- Проведение мультимедийных лекций о проблеме ИППП среди школьников 10-11 классов.

Приводим наше наблюдение.

Работа проведена среди учащихся 10-11 классов школы N39 города Уфы. Было выполнено полностью добровольное и конфиденциальное анкетирование.

Основная часть, которого состоит из вопросов, характеризующих:

- уровень знаний по профилактике ИППП
- наличие сексуального опыта и возраста начала половой жизни;
- современную оценку пропаганды профилактики ИППП среди респондентов;
- оценку доверия детей к социальному окружению (родителям, ближайшим родственникам, педагогам, друзьям и одноклассникам) по проблемам сексуальных отношений и профилактики ИППП.

После проведения анкетирования школьникам была прочитана мультимедийная лекция об ИППП и мерах профилактики. Во время лекций школьники получили брошюры о первых симптомах и осложнениях данных заболеваний, а также о том, когда и куда нужно обращаться к специалистам, помогающим бороться с проблемой ИППП.

Результаты: Согласно результатам проведенного анкетирования, 80% респондентов отрицают наличие половых контактов (1 группа) – рис.1. Среди лиц, имевших половой опыт на момент проведения анкетирования, минимальный возраст начала половой жизни составляет 15 лет, а максимальный возраст - 17 лет (2 группа).

Обладают достаточной информацией по вопросам анкетирования 20% респондентов группы лиц, имевших сексуальные контакты. В группе, отрицающей наличие половых связей, этот показатель составляет всего 30% - рис.2.

Основным источником получения информации для представителей обеих групп являются интернет и телевидение (85%), информирование от родителей получали лишь 5% из исследуемой группы лиц и у 10% учащихся источниками получения информации

являются ровесники и друзья. Лекции врача, специализированные уроки в школе отметили 0% подростков соответственно – рис.3.

Выводы:

Из нашего анкетирования сразу становится понятным, что очень на низком уровне находится санитарная культура подростков, как правило, не имеющих необходимых знаний об ИППП, возможностях передачи, последствиях и профилактике.

Несмотря на неутешительные результаты анкетирования, мы видим, что подростки интересуются своим репродуктивным здоровьем и пытаются самостоятельно получить информацию по этому вопросу, используя всемирную сеть и телевидение, но данные информационные источники не всегда доносят достоверные до подростка санитарно-гигиенические аспекты профилактики ИППП.

Вместе с тем, следует отметить низкую образовательную роль родителей. Лишь немногие родители адекватно оценивают реальную ситуацию с ИППП и репродуктивным здоровьем молодежи, сложившуюся во многих регионах страны за последние годы. Участием родителей в сексуальном просвещении своих детей придается все большее значение. Это даст возможность привлечь к работе популяцию молодежи, которая ранее не была заинтересована получать информацию на подобные темы. Для активного обучения родителей должны быть задействованы как учителя, так и врачи.

Рекомендации

Полученные данные указывают на необходимость адресной и внятной пропаганды не только в средствах массовой информации, но и в учебных заведениях, в семье со стороны медицинских работников, специалистов по просветительской деятельности и др. Выполнение данных рекомендаций поспособствует тому, что:

- Возраст начала половой жизни у подростков не будет снижаться при проведении программ школьного сексуального просвещения.
- Школьный курс полового просвещения или будет откладывать начало сексуальной жизни, или поможет сделать её более грамотной, безопасной.
- Самыми успешными являются программы, которые начинаются раньше, чем школьники вступают в половые отношения, и которые дают не только знания, но и обеспечивают практические навыки и социальные нормы ответственного отношения к репродуктивному здоровью.



Рис.1. Частота наличия половых отношений у старшеклассников 39 школы г. Уфа среди 100 респондентов



Рис.2. Уровень осведомлённости о ИППП у старшеклассников 39 школы г. Уфа среди 100 респондентов

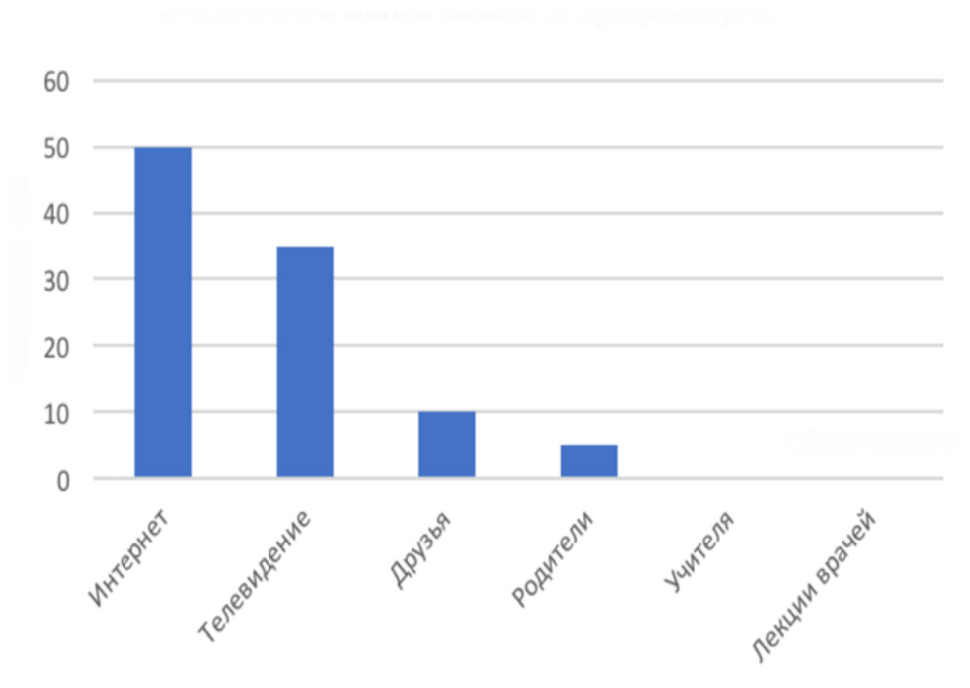


Рис. 3. Основные источники информации о ИППП у старшеклассников 39 школы г.Уфы среди 100 респондентов

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева М.Ю. Профилактика ИППП среди несовершеннолетних по средствам их информированности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012.
2. Рахматулина М.Р., Шашкова А.А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – No 4.

Л.Р. НИГМАТУЛЛИНА

РОЛЬ АТОПИИ В РАЗВИТИИ ДЕТСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: В данной статье рассматривается атопия, которая имеет у человека чрезвычайно многообразные проявления, в виде атопического дерматита, истинной экземы, бронхиальной астмы, аллергического ринита. Все эти заболевания объединяются общностью этиологии и патогенеза. В результате можно сказать, что эндогенным фактором риска развития детских дерматозов, является отягощенная аллергологическая наследственность и наличие признаков атопии.

Ключевые слова: атопия, дерматозы

L.R. NIGMATULLINA

THE ROLE OF ATOPY IN THE DEVELOPMENT OF CHILDHOOD DERMATOSES

Department of dermatovenereologies with courses of dermatovenereology and
cosmetology of IAPЕ,
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: This article discusses atopy, which has the extremely diverse manifestations, in the form of atopic dermatitis, eczema true, bronchial asthma, allergic rhinitis. All these diseases are United by a common etiology and pathogenesis. In the result we can say that endogenous risk factor for the development of children's dermatitis, is an allergic heredity and signs of atopy.

Keywords: atopy, dermatitis

Актуальность: В настоящее время в мире отмечается неуклонный рост частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи: атопического дерматита, контактного дерматита, экземы, от которых в ряде стран страдает до 25% населения. По данным государственной официальной статистики МЗ РФ, с 2003 года по 2007 год заболеваемость дерматозами у детей возросла на 17,6% (а у взрослых на 6,8%). Рост заболеваемости дерматозами у детей в целом по РФ почти в 3 раза превышает рост заболеваемости у взрослого населения.

Цель исследования: Определить причинно-зависимую связь атопии в развитии детских дерматозов.

Результаты и обсуждения: В 1923 г. Артур Кок и Роберт Кук ввели термин «атопия» (в переводе с греч. atopos - необычный). В современном понимании аллергия

включает в себя практически все иммунологически опосредованные реакции повышенной чувствительности (реакции всех 4 типов I, II, III, IV типов), в то время как к атопии относят клинические формы аллергических реакций только реактинового типа, которые возникают у людей, имеющих семейную предрасположенность к данной патологии. Таким образом, когда используют термин «атопия», то имеют в виду семейную склонность к сенсibilизации естественными (чаще ингаляционными) аллергенами.

Атопия у человека имеет чрезвычайно многообразные проявления, мы же в данном докладе будем рассматривать атопический дерматит, истинную экзему, бронхиальную астму, аллергический ринит. Все эти заболевания объединяются общностью этиопатогенеза. По происхождению аллергены подразделяются на эндо- и экзоаллергены. Эндоаллергены - это собственные белки организма. Экзоаллергены - это аллергены, проникающие в организм из окружающей среды. Наиболее частыми этиологическими факторами, приводящими к развитию атопии, являются: инфекционные агенты, пыльца растений, домашняя пыль, яды кровососущих насекомых, химические вещества, металлы, лекарственные препараты.

Патогенез:

Все рассматриваемые заболевания развиваются по I типу гиперчувствительности называют атопическими (реактиновыми, анафилактическими)

I. Стадия иммунных реакций

Начинается с попадания в организм человека аллергена из окружающей среды.

В норме человеческий организм толерантен к аллергенам окружающей среды., но у лиц с наличием определенных молекулярных аномалий иммунной системы при избыточном поступлении ряда веществ в организм развивается активный иммунный ответ - (сенсibilизация)

В ходе сенсibilизации происходит взаимодействие следующих клеток:

1. Дендритных (обеспечивают эндоцитоз аллергена, его процессинг и презентацию в комплексе с HLA II типа)
2. Т-лимфоцитов-хелперов 2-го типа (вырабатывают цитокины соответствующего профиля)
3. В-лимфоцитов (они сами могут выступать в качестве антигенпредставляющих, но главное - они дифференцируются в плазматические клетки антителопродуценты, которые синтезируют Ig класса E и В-клетки памяти) В-клетки памяти при повторном поступлении в организм аллергена обеспечивают экспрессный (в течение 10-20 мин) ответ на аллерген

4. Самой высокой способностью связывать антитела класса Е обладают тучные клетки и базофилы крови .

II. Стадия биохимических реакций.

В этой стадии основную роль играют тучные клетки и базофилы крови, которые вырабатывают Гистамин , лейкотриен факторов хемотаксиса нейтрофилов и эозинофилов

III. Стадия клинических проявлений.

В результате действия медиаторов повышается проницаемость сосудов микроциркуляторного русла, что сопровождается развитием отека и серозного воспаления дермы, в итоге на коже возникает зуд и расчесы. В результате сильнейшего зуда , ребенок начинает расчесывать кожу , приводящий к повреждению и нарушению эпидермального барьера кожи (гидратантность , уровень pH, содержание липидов на поверхности кожи).

Выводы: Участие атопии в патогенезе детских дерматозов способствует более продолжительному течению заболевания и в связи с этим рассматривается как фактор риска хронизации дерматит. В связи с этим необходимо использовать рациональную фармакотерапию, целью которой является купирование воспаления и зуда путем назначения противовоспалительных средств, восстановление водно-липидного слоя и повышение барьерной функции кожи посредством использования смягчающих питательных средств. Важен также и последующий адекватный уход за кожей путем назначения очищающих и увлажняющих средств, позволяющих адекватно реабилитировать пациентов и пролонгировать ремиссию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни кожи у детей: пер. с англ. / Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер. — М.: Мед. лит., 2007.
2. Патофизиология : учебник : в 2 т. / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - ГЭОТАР-Медиа, 2009.

А.И. МИНИЯРОВА , О.Р. МУХАМАДЕЕВА

**СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УФЫ ЗА 2013-2015 ПЕРИОД**

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: В данной статье проведен анализ распространенности дерматозов (атопический дерматит, псориаз, экзема.) среди детского населения города Уфы за последние 3 года.

Ключевые слова: Атопический дерматит, экзема, псориаз, дерматозы, заболеваемость детского населения.

A. I. MINYAROVA , O. R. MUKHAMADEEVA

**STATISKA INCIDENCE OF DERMATOSES AMONG CHILDREN POPULATION OF
THE CITY OF UFA OVER THE 2013-2015 PERIOD**

The Department of dermatology and venereology with courses of dermatology and cosmetology
Bashkir state medical University, Ufa

Abstract. In this article the analysis of the prevalence of dermatoses (atopic dermatitis, psoriasis, eczema.) among the child population of the city of Ufa for the last 3 years.

Keywords: Atopic dermatitis, eczema, psoriasis, dermatitis, the incidence of children population.

Актуальность. Дерматозы – это термин, объединяющий группу болезней кожи и ее придатков, которые имеют разные причинные факторы и клинические проявления, а соответственно требуют разных подходов терапии. В современных условиях отмечается тенденция к росту уровня дерматологической патологии, обусловленная, развитием химической промышленностью, загрязненностью, изменением экологических факторов, Учитывая объем промышленных производств в городе Уфа, вопросы диагностики и лечения хронических дерматозов актуален в практике врача дерматовенеролога.

Цели исследования: Изучить заболеваемость детей хроническими дерматозами в городе Уфа за период 2013г-2015г.

Материалы и методы: Проведен анализ распространенности хронических дерматозов в г. Уфе по данным годовых ГАУЗ РКВД №1 за период с 2013г. по 2015г.

Результаты и обсуждение: При анализе полученные данных было установлено, что в структуре хронических дерматозов ведущее место занимает атопический дерматит (45%),

псориаз (4,6%) и экзема (1,8%). Другие дерматозы составили 47% среди всех случаев заболеваний детей.

Все три заболевания характеризуются длительным клиническим течением, частыми рецидивами и в ряде случаев малой эффективностью терапии.

В абсолютных показателях среди детского населения г.Уфы в общем количестве случаев за 2013-2015 г заболеваемость атопическим дерматитом составила 14950 ребенка, псориазом – 818 детей, экземой – 1184 детей.(Рисунок 1).

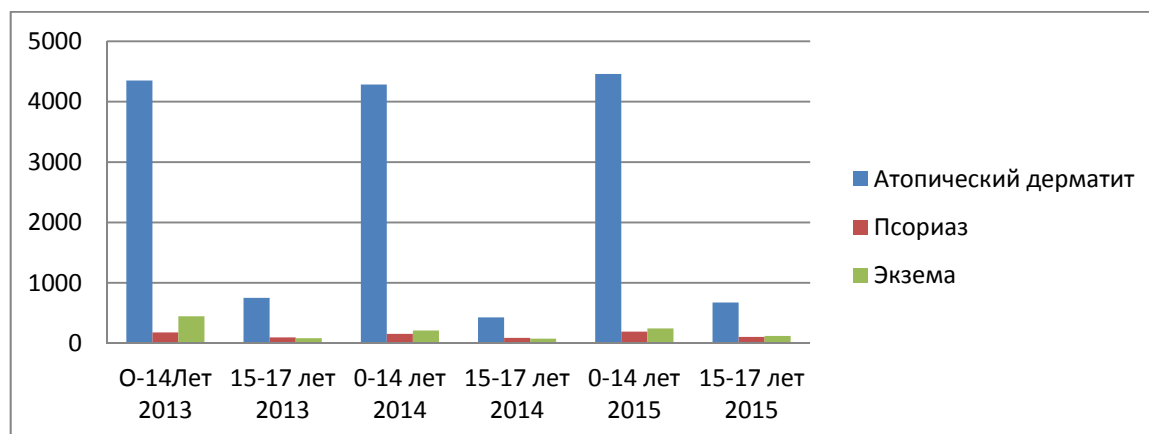


Рисунок 1. Заболеваемость детей хроническими дерматозами в г. Уфе за 2013-2015 год. (абсолютные показатели)

Выявлено, что на протяжении всех трех лет хроническим дерматозами чаще болели дети 0-14 лет, чем подростки в возрасте 15-17 лет (Рисунок 2).

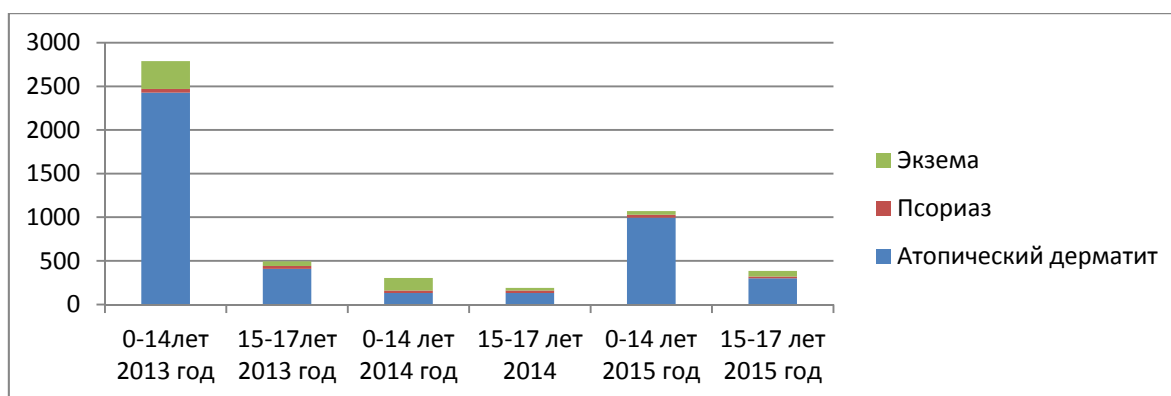


Рисунок 2. Заболеваемость детей хроническими дерматозами в г. Уфе по возрасту за 2013-2015гг.

По отчетным данным отмечено, что в период с 2013 по 2015 гг. с впервые установленным диагнозом кожного заболевания наблюдается тенденция к снижению роста заболеваемости экземы среди детей от 0-14 лет. Также отмечено снижение заболеваемости среди детей подросткового возраста 15-17 лет к 2015 году с впервые установленным диагнозом псориаз.

Однако, по данным диспансерного наблюдения за период 2013-2015 год у детей 0-14 лет и у подростков 15-17 лет находящиеся на диспансерном наблюдении г.Уфы мы имеется рост заболеваемости атопическим дерматитом.

В тоже время, отмечается снижение заболеваемости псориазом и экземой среди подростков 15-17 лет находящиеся на диспансерном наблюдении на 2015 год, что проявлялось в сокращении случаев рецидивов заболеваний. Данное наблюдение может быть обусловлено комплексом лечебных мероприятий проводимых в диспансерном отделении ГАУЗ РКВД №1 (таблица 1).

Таблица 1

Количество пациентов, получавших различные виды лечения находясь на диспансерном наблюдении в 2013-2015 гг.

	Амбулаторное лечение.	Противорецидивное Лечение.	Стационарное.	Санаторно-курортное.
0-14 лет 2013год	1106	672	67	62
15-17 лет 2013 год.	358	185	30	30
0-14 лет 2014 год.	1018	655	41	50
15-17 лет 2014 год.	280	129	14	1
0-14 лет 2015 год.	1383	979	51	52
15-17 лет 2015 год.	417	303	19	8

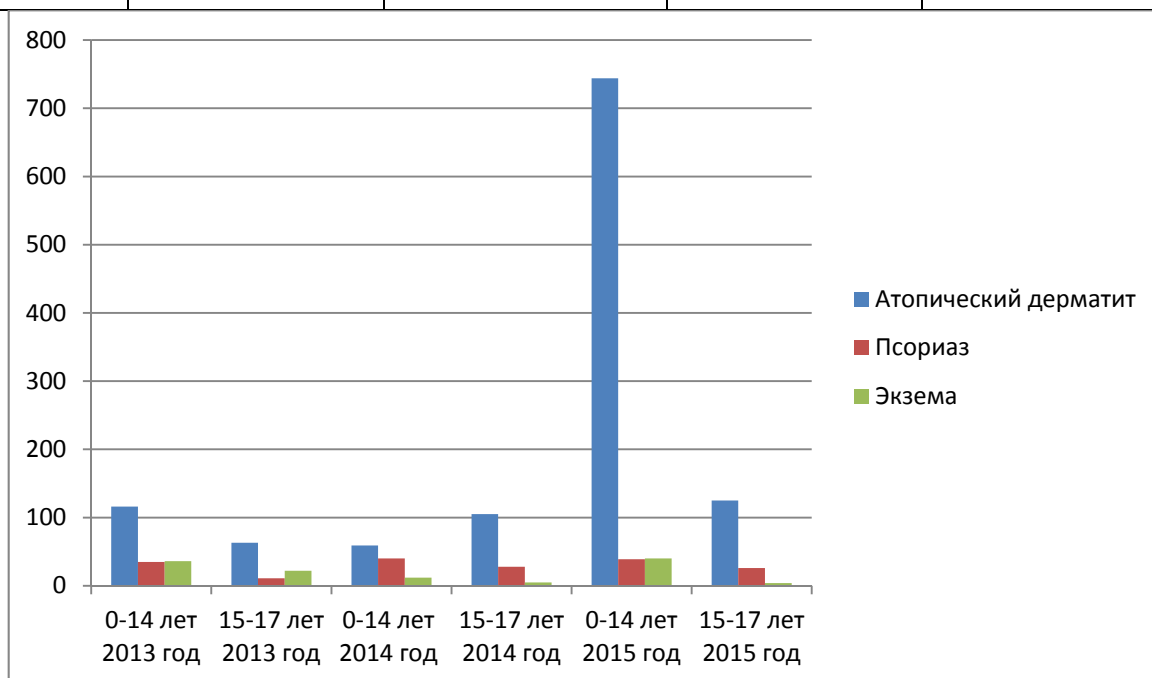


Рисунок 3. Часть больных детей, находившихся под наблюдением, которых сняли с диспансерного учета.

В результате проводимого лечения, часть больных детей, находившихся под наблюдением, было снято с диспансерного учета. Основную массу составили дети страдающие атопическим дерматитом в 2015г. (Рисунок 3).

Таким образом, за последние три года с 2013 по 2016гг. среди детского населения г. Уфы в возрасте 0-14 лет наблюдается рост заболеваемости атопическим дерматитом и псориазом. Среди подростков 15-17 лет на период 2013-2015 год отмечается снижение заболеваемости атопическим дерматитом и увеличивается заболеваемость экземой. После диспансерного наблюдения и лечения за период 2013-2015 год среди детей от 0-14 лет и подростков от 15-17 лет снято с диспансерного наблюдения наибольшее количество больных детей с диагнозом атопический дерматит, что говорит об эффективности диспансеризации в борьбе с хроническими дерматозами у детей.

Вывод: На основании проведенного анализа заболеваемости детей г.Уфы хроническими дерматозами за последние три года (2013-2015гг.), несмотря на рост заболеваемости ряда нозологий, диспансерное наблюдение с проведением комплекса лечебно-диагностических мероприятий является неотъемлемой частью работы среди данной группы населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годовые отчеты ГАУЗ РКВД № 1 за 2013-2015 г.г период.
2. Долженкова З.Н Дерматозы и паразитарные болезни у взрослых и детей / / Вестник новых медицинских технологий, 2006, №2, с73-75.
3. Характеристика распространения хронических дерматозов // Вестник Российского университета дружбы народов ,2004, №2, с 83-87.

М.М. ГАФАРОВ, ХАММАТОВА А.А., САИТОВА Е.А.

**ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКОЗОВ СТОП В РЕСПУБЛИКЕ
БАШКОРТОСТАН ЗА 2010 – 2014 Г.Г.**

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Резюме: В данной статье описывается динамика структуры возбудителей микозов стоп в Республике Башкортостан за 2010-2014 г.г. на основании результатов микологических исследований, выполненных на базе ГАУЗ РКВД №1.

Ключевые слова: микозы стоп, микологические исследования, этиология.

M.M. GAFAROV, A.A. HAMMATOVA, E.A. SAITOVA

**DYNAMICS OF THE STRUCTURE OF PATHOGENS OF FEET MYCOSIS IN THE
REPUBLIC BASHKORTOSTAN FOR 2010-2014**

Department of dermatology with courses dermatology and cosmetology IAPЕ

Bashkir state Medical University, Ufa

Abstract: This article describes the dynamics of mycosis feet pathogens structure in the Republic of Bashkortostan for 2010-2014 based on the results of mycological research carried out on the basis of RSVDD №1.

Keywords: foot mycosis, etiology, mycological research.

Актуальность. Микозы кожи (МК) в современных условиях являются одной из значимых медико–социальных проблем, что обусловлено в первую очередь прогрессирующим ростом числа больных в нашей стране и за рубежом. Заболеваемость микозами кожи и ее придатков в настоящее время принимает эпидемический характер. По данным ВОЗ, каждый пятый житель нашей планеты имеет данную патологию. В структуре МК, как правило, преобладают дерматофитии, среди которых лидируют микозы стоп и крупных складок. Доля МК в структуре дерматозов достигает 37–40%. Число больных МК за 10 лет увеличилось в 2,5 раза, а прирост заболеваемости каждый год составляет от 3,5% - 6,5%.

Поверхностные грибковые заболевания, такие как микоз стоп и онихомикоз, наиболее часто встречаются в настоящее время. По данным разных авторов из Европы и Америки, этой патологией страдают от 8 до 26,9% населения всего мира [6, 7]. По данным проекта «Ахиллес», к дерматологу обращаются до 58% пациентов с болезнями стоп. В общей популяции населения грибковые инфекции составляют 35% от болезней нижних

конечностей. Среди грибковых заболеваний онихомикоз составляет 23%, микоз стоп — 22% [8]. В последние годы наблюдается тенденция к росту заболеваемости микозом стоп не только среди взрослых, но и среди детей (от 0 до 2,6%) [9].

В структуре МК преобладают дерматофитии, которые регистрируются у 10% населения Земли. Дерматофитии занимают второе место после пиодермий. Поэтому их нередко называют «болезнями цивилизации». Среди дерматофитий уверенно лидируют микозы стоп (МС), составляя более 1/3 случаев, которые при длительном заболевании приводят к серьезным осложнениям МС.

В настоящее время заболеваемость МС среди населения Республики Башкортостан имеет тенденцию к увеличению и составляет в различных регионах от 20% до 70% в зависимости от профессии и возраста. Скорее всего, это связано с тем, что Республика Башкортостан относится к экологически неблагоприятным регионам. Здесь сконцентрированы нефтеперерабатывающая, нефтехимическая промышленность, а также предприятия, производящие и использующие гербициды, пестициды. (Гафаров М.М., 2000) Несмотря на наличие ряда антимикотических препаратов на фармацевтическом рынке подбор эффективных методов лечения представляется не простой задачей. При этом проблема не ограничивается только ростом заболеваемости, меняется экология микозов и нередко наблюдается резистентность к терапии и рецидивы болезни, так как не эффективно проводятся лечебно-профилактические мероприятия среди бытовых контактов в очаге. [4] Учитывая выше изложенное, а также современные особенности клинического течения МС, изменения иммунологического статуса организма и совершенствование методов лечения является актуальной задачей.

Цель исследования: изучение динамики структуры возбудителей микозами стоп в Республике Башкортостан за 2010-2014 гг.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2010 по 2014 гг на материалах от больных получивших лечение и обследование в ГАУЗ РКВД №1. Клинико-лабораторными методами были обследованы 1238 больных микозами стоп и онихомикозами из разных регионов Республики Башкортостан. Материалом для исследования послужили соскобы с гладкой кожи стоп и ногтей обследованных больных, были использованы бактериологический и культуральный методы. Питательной средой, используемой для посевов, являлась стандартная среда Сабуро с добавлением 0,5% ЭКД. Для предупреждения роста сапрофитных микроорганизмов, в среду добавлялся раствор линкомицина из расчета 0,2 мг/мл. Для идентификации грибов *Candida* проводили пересев на хромогенный агар.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным культуральных исследований 2010 года положительный результат на наличие возбудителей микозов стоп и онихомикозов был получен у 875 больных. У 630 больных были обнаружены грибы *Trichophyton rubrum* (72%), *Trichophyton interdigitale* у 2 больных (0,2%), *Epidermophyton floccosum* – у 2 (0,2%), грибы *Candida* – у 139 (15,9%), плесневые грибы – 14 (1,6%) пациентов. За 2010 – 2015 годы исследования количество выявленных микозов имеет тенденцию к скачкообразному течению, в 2012 году наблюдалось наибольшее количество выявленных микозов. В среднем же за 2010-2014 годы преобладает рост культур грибов *Candida*: 2010 год – 15,9%, 2011 год – 31,3%, 2012 год – 32,4%, 2013 год – 33,6%, 2014 год – 35%. Отмечена тенденция к снижению *Trichophyton rubrum* в микозологии, что также привело к снижению процента выделения грибов *Trichophyton interdigitale*, а микозы, вызванные грибами *Fonsecaea compacta* не выявлены. Этот антропофильный грибок вызывает редко встречающееся у нас заболевание хромомикоза, которое характеризуется длительным течением, бородавчатыми, иногда язвенными поражениями кожи конечностей, трудно диагностируется. Грибы рода *Fonsecaea compacta* обитают в почве тропиков и субтропиков, чаще всего им заражаются работники сельского хозяйства, работающие в поле без обуви. Этот возбудитель может быть занесен из южных регионов, вследствие значительных миграции населения.

Таким образом, основная роль в этиологии микозов стоп на территории Республики Башкортостан отводится грибам *Trichophyton rubrum* и *Candida*, которые нередко встречаются сочетано. Их удельный вес в общей структуре в 2010-2015 г.г. составил соответственно 64 – 72% и 29 – 34 % соответственно. По – видимому такое все возрастающее значение грибов *Trichophyton rubrum* обусловлено рядом факторов. Основными факторами усиления патогенности выделенных грибов, вероятно, является как снижение иммунной реактивности организма, так и способность к инвазивному росту вследствие появления ферментативно активных видов грибов. Грибы *Trichophyton rubrum* имеют два известных на сегодняшний день протеолитических фермента, разрушающих кератин кожи. Также доказано, что грибы *Trichophyton rubrum* могут распространяться лимфогенным путем. [1] Грибы *Trichophyton interdigitale*, вызывающие в основном поверхностную форму микозов, характеризуются выделением протеолитических ферментов обладающих способностью разрушать кератиновую оболочку кожи, последние менее агрессивны, чем ферменты, выделяемые грибами *Trichophyton rubrum*. Другим фактором распространения руброфитии в регионе является способность грибов *Trichophyton rubrum* образовывать устойчивую спорую форму, что позволяет им длительно сохраняться в окружающей среде, даже при

действию дезинфицирующих веществ. Третьим фактором роста руброфитии по-видимому является свойство *Trichophyton rubrum* вырабатывать активные вещества, подавляющие рост других видов возбудителей микозов. В последние годы выросла роль грибов рода *Candida*. Их выделяют с поверхности кожи межпальцевых складок, подошв и из-под ногтевых пластинок у 50 - 70 % обследованных.

Таблица № 1

**Результаты микологических исследований ГАУЗ РКВД №1 за 2010-2014 годы
(микологическая фауна)**

N	Наименование возбудителей	Количество анализов по годам				
		2010	2011	2012	2013	2014
1.	Возбудители дерматофитий					
2.	Количество выделенных штаммов	1238	1503	1827	1583	1592
3.	Трихофития всего:	56	74	104	52	54
	Антропофильная всего	8	18	19	7	10
	<i>Violaceum</i>	6	3	10	3	7
	<i>tonsurans</i>	2	15	9	4	5
	Зоофильная всего	48	56	85	45	50
	<i>verrucosum</i>	35	40	52	26	24
	<i>mentagrophytes</i>	13	16	33	19	21
4.	Микроспория	307	373	630	579	590
	<i>Canis</i>	307	373	630	579	590
5.	Возбудители микозов					
	Количество штаммов	875	1056	1093	952	975
	<i>Rubrum</i>	630	698	764	680	695
	<i>Interdigitale</i>	2	16	9	8	16
	<i>Candida</i>	139	330	309	253	265
	<i>Aspergillus</i>	14	6nig	4nig	Fum4	Fum6
	<i>Scopulariopsis</i>	6	2	2	5	5
	<i>Fonsecaea</i>	-	-	-	-	-
6.	<i>Epidermophyton floccosum</i>	2	1	4	-	-
7.	<i>Fusarium</i>	1	2	-	1	-
	<i>Acremonium</i>	-	1	-	1	1
	<i>Alternaria</i>	-	-	1	-	-
	Прочие*	77	146	625	385	396
	<i>Aspergillus</i>	139	20	30	52	60
8.	<i>Rhizopus</i>	5	7	8	18	15
9.	<i>Trichosporon</i>	6	7	4	6	5
10.	<i>Geotrichum</i>	-	1	2	3	3
	Плесень	1207	1431	581	306	295
	Нет роста	1260	1466	2907	3086	3496
	Итого	3705	4464	5359	5056	6626

*Прочие: родоторула, дематиевые, пенициллы.

Диаграмма №1



- 1- Tr. rubrum
- 2- Tr. Interdigitale
- 3- Candida
- 4- Scopulariopsis
- 5- Aspergillus
- 6- Rhizopus
- 7- Trichosporon
- 8- Geotrichum
- 9- Прочие (родоторула, дематиевые, пенициллы)

Выводы. К увеличению количества заболеваний микозами стоп среди населения в Республике Башкортостан скорее всего способствует экологические загрязнения окружающей среды нефтепродуктами, пестицидами и другими агрессивными веществами из продуктов производственных отходов, поступающие в окружающую среду обитания. Способность возбудителей микозов стоп образовывать устойчивые споровые формы, неудовлетворительные санитарно-бытовые условия и санитарная неграмотность населения, нестабильная экономическая обстановка в нашем регионе являются предпосылками для

дальнейшего роста заболеваемости микозами стоп. За последние 5 лет на территории Республики Башкортостан в этиологии микозов стоп доминируют грибы *Trichophyton rubrum* (64% - 72%), на второе место по распространенности можно поставить грибы рода *Candida* (29 – 34%). Доля грибов *Trichophyton interdigitale* имеет тенденцию к снижению (до 1,0 – 1,5%).

Изменения структуры и появление новых видов возбудителей микозов стоп и кожи, не характерных для нашего региона, диктуют необходимость дальнейшего бактериологического мониторинга за больными микозами стоп и разработки новых эффективных подходов к лечению, особенно ассоциированных с другими грибами.

Рекомендации:

1. Проводить в Республике дальнейший мониторинг показателей возбудителей микозов стоп с целью изучения эпидемиологического состояния микологической флоры и с целью проведения качественного, этиотропного лечения больных.
2. Раннее, активное выявление и лечение больных МС, особенно со стертыми формами и миконосителей предупреждает серьезные осложнения микотической инфекции (аллергизация, вторичная инфекция, поражения сосудов и др.).
3. Необходимо проводить лечебно-профилактические мероприятия среди лиц группы риска (сотрудники общественных бань, душевых, бассейнов) с привлечением органов Роспотребнадзора. В очаге выявления больных микозами стоп следует охватить всех членов семьи лечебно-профилактическими мероприятиями.
4. Активнее проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения с целью профилактики микозов стоп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Значимость грибов *Trichophyton rubrum* в этиологии микозов стоп в Республике Башкортостан. Гафаров М.М., Гущина Р.Г., Петрасюк О.А., Абдуль Ваиль. Статья из материалов третьего всероссийского конгресса по медицинской микологии - М.: Национальная Академия Микологии, 2005. – 295 с. ISBN 914-7-879406-17-6.
2. Некрасова Е.Г. Заболеваемость в различных соматовозрастных группах населения и оптимизация лечения больных микозами стоп с учетом комплексной оценки кровеносных сосудов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук - Москва, 2012.
3. Сергеев А.Ю., Иванов О.Л., Сергеев Ю.В. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза. Вестн дерматол и венерол 2002; 3: 31— 35.

4. Современная микология в России – М.: Национальная академия микологов, 2015.- 360 с. – ISBN 978-5-901578-19-3.
5. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии // Клиническая дерматология и венерология. 2011. № 4. С. 27–31. - ISBN 923-4-905436-14-5.
6. Cham P.M., Chen S.C., Grill J.P., Warshaw E.M. Validity of self-reported nail counts in patients with onychomycosis: A retrospective pilot analysis J Am Acad Dermatol 2008; 58(1):136 – 41.
7. Ginter-Hanselmayer G. Dermatomycosis with epidemic proportions: Tinea capitis and onychomycosis. Wien Med Wochenschr. 2007; 157(19-20):511 – 6.
8. Ginter-Hanselmayer G, Weger W., Smolle J. Onychomycosis: a new emerging infectious disease in childhood population and adolescents. Report on treatment experience with terbinafine and itraconazole in 36 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008. 22(4):470 – 5.
9. Roseeuw D. Achilles foot screening project: preliminary results of patients screened by dermatologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1999; 12 suppl. 1:S6-9; discussion S17.

Л.М. ХАЙРУЛЛИНА

**ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УФО КРОВИ И ГИРУДОТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО
ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА**

Кафедра дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

Резюме: В данной статье описан благоприятный исход одного из возможных методов комплексного лечения абсцедирующего подрывающего перифолликулита Гоффмана

Ключевые слова: гирудотерапия, УФО крови, методы лечения

L.M. KHAYRULLINA

**POSSIBILITY OF USE OF ULTRA-VIOLET RADIATION OF A BLOOD AND
GIRUDOTERAPIYA IN THE COMPLEX TREATMENT OF ABSCESSING
UNDERMINING GOFFMAN'S PERIFOLLICULITIS**

The Chair of Dermatovenerology with courses Dermatovenerology and Cosmetology
Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: This article describes the favorable outcome of one of the possible methods of complex treatment of an abscessed undermining perifollikulita Hoffman

Keywords: girudoterapiya, ultraviolet irradiation of blood, treatments

Актуальность: Абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана (АППФГ) – это редкое хроническое гнойное заболевание неясной этиологии, чаще встречается у мужчин 18-40 лет. Проявляется образованием абсцессов на коже головы, реже в области роста волос в паховой и подмышечной областях. Изначально образуются небольшие плотные воспалительные узлы диаметром до 0,5 см, расположенные в дерме, без изменения цвета кожи над узлами. Затем узлы увеличиваются в размерах до 2 см, размягчаются, происходит покраснение кожи над узлами. Близко расположенные узлы могут сливаться с образованием абсцессов. При надавливании кожи над очагом образования выделяется гной, смешанный с кровью. Завершается процесс образованием на коже рубцов, в том числе грубых келоидных, имеющих неправильную форму, в тяжелых случаях - развитие плоскоклеточной карциномы. Традиционное лечение абсцедирующего подрывающего перифолликулита Гоффмана (АППФГ)- системная и местная антибиотикотерапия, кортикостероиды, системные ретиноиды. Другим вариантом лечения может быть внутривенные инъекции триацинолона ацетонида, сульфата цинка, дапсон,

колхицина. Традиционные методы лечения не всегда оказывают ожидаемый эффект в лечении данного заболевания. Наука не стоит на месте, разрабатываются новые методики лечения. Один из таких методов - совместное применение УФО крови и гирудотерапии на пораженные участки кожи на фоне традиционной терапии. Основные функции гирудотерапии (антикоагулирующее, противоишемическое, антигипоксическое, гипотензивное (нормотензивное), противоотечное, дренирующее, анальгизирующее действия; восстановление микроциркуляции крови) совместно с функциями УФООК (освобождение организма от токсинов, нормализация гемодинамики, понижение уровня IgE) оказывают благоприятное влияние на течение данного заболевания.

Цель исследования: Определить эффективность и возможность применения сочетанной терапии АППФГ традиционного лечения с УФО крови и гирудотерапией.

Методы исследования: Метод комплексного лечения пациента с диагнозом АППФГ.

В стационаре ГАУЗ РКВД №1 широко используются различные методы терапии, в том числе УФО крови и гирудотерапия.

Пациент А, 29 лет, поступил на стационарное лечение в дерматологическое отделение с диагнозом АППФГ. При поступлении: на коже волосистой части головы затылочной области узлы красного цвета, диаметр более 0,5 см шаровидной формы. Кожа над ними розовая, натянутая, гладкая. Консистенция мягкая. При сдавливании узлов, покрытых корочками, из отверстий на поверхности выделяется гной. Над областью поражения волосы отсутствуют. Субъективно – болезненность при пальпации и чувство жжения (рисунок 1). Из анамнеза: болен в течение пяти лет, лечение получал дважды в стационаре РКВД – антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, наружная терапия. Несмотря на наличие показаний к системной терапии ретиноидами, пациент упорно отказывался от данного вида лечения. Учитывая клиническую картину заболевания, малую эффективность традиционной терапии, ему был проведен очередной курс лечения с применением УФО крови и гирудотерапии. УФО крови проводили путем облучения крови длиной волны 280 нм, через день, всего шесть процедур. Гирудотерапия – шесть процедур. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика – быстрое разрешение узлов, уменьшение болезненности, отсутствие свежих элементов (рисунок 2).



Рисунок 1. Пациент А., до лечения



Рисунок 2. Пациент А., после прохождения курса лечения (3 недели)

Выводы: Таким образом, на основании полученного положительного опыта применения сочетанной терапии АППФГ традиционного лечения с УФО крови и гирудотерапией, мы считаем данный метод лечения эффективным и возможным к

применению у ряда пациентов, однако, ввиду ограниченного числа наблюдений, рекомендуется дальнейшее изучение вышеизложенного подхода в терапии АППФГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1024 с. - (Серия «Национальные руководства».)
2. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2010. - 428 с. - (Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов)
3. Чеботарёв В.В., Байда А.П. Руководство для врачей общей практики (семейных врачей) по дерматовенерологии. - Ставрополь: Седьмое небо, 2009. - 328 с.
4. Кроучук Д.П., Манчини А.Дж. Детская дерматология: справочник / Пер. с англ. под ред. Н.Г. Короткого. - М.: Практическая медицина, 2010. - 608 с.

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.