

Ақмола облыстық тері-венерологиялық диспансері

Акне – бұл ірінді безеулер, түйіндер немесе папул түрдегі терідегі жабық ашық және комедонам арқылы ісіп қызаратын созылмалы ауру, әсіресе жас адамдарда көп кездеседі, себебі терінің май қыртысының гиперкератоттік бітеліп қалуынан және майжық көп бөлінуінен болады.

SUMMARY
INTERDISCIPLINARY ASPECTS OF ACNE
G.R. BATpenova, T.V. Tarkina, Z.B. Ilyassov

The Medical University of Astana,

Akmolinsk district dermatovenerologic dispensary

Acne is a chronic disease that shows itself in the form of open or closed comedos and inflammatory skin damage in the form of papules, pustules, nodosities, characterized with a disease of sebaceous and hair complex mainly of young people, realized by multifactorial, genetically determined mechanism of androgen-mediated hyperproduction of sebaceous matter hyperkeratotic blockage of hyperplastic sebaceous glands with their subsequent inflammation.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Ж.А. СЫЗДЫКОВА

Лечебно-диагностический центр «Сункар», г. Алматы

Угревая болезнь (УБ) – кожное заболевание, характеризующееся папуло-пустулезными элементами, локализованными в местах, богатых сальными железами (лицо, спина, грудь).

Причинами возникновения УБ (акне) считают гипертрофию и гиперсекрецию сальных желез, аномалию кератинизации устьев волосяных фолликулов, наличие микрофлоры на поверхности кожи и в волосяных фолликулах и, наконец, воспалительные реакции окружающих тканей [1]. Наиболее частой флорой при УБ являются анаэроб коринебактерия акне, аэроб золотистый стафилококк и овальный питироспорон. Коринебактерия акне и золотистый стафилококк выделяют фермент липазу, в результате накопления которой происходит гидролиз кожного сала в свободные жирные кислоты, оказывающие раздражающее действие на окружающие ткани, вызывая в них воспаление. У больных с УБ обнаруживается высокий титр антител к коринебактериям акне. Повышение салоотделения связывают с изменениями в регуляции соотношений андрогенов и эстрогенов. Кроме них, на салообразование и салоотделение влияет еще ряд гормонов, которые связываются с соответствующими белками. Большое значение в возникновении УБ придается также наличию бактерий не на поверхности кожи, а в самом волосяном фолликуле, а также выработке биологически активных веществ бактериями. Повышенное выделение кожного сала, недостаточное опорожнение сальных желез и гиперкератинизация волосяных фолликулов являются предпосылкой закупоривания устьев волосяных фолликулов с образованием «черных точек» – комедонов.

Клинически выделяют следующие разновидности угрей: обыкновенные или юношеские, папулезные (аспе papulosa), пустулезные; индуративные, сливные, флегмонозные, нагроможденные (аспе conglobata).

Угревая болезнь, или акне, – довольно часто встречаемая патология кожи. По данным авторов, более 80% лиц молодого возраста в той или иной степени страдают этим дерматозом. Локализация на видимых участках кожи имеет зачастую хроническое течение, неэстетичный, нередко обезображивающий вид кожи затрудняет общение, приводит к социальной дезадаптации и снижает качество жизни больных УБ [2, 3, 4].

Комплексное лечение включает патогенетическую терапию, адекватный уход за кожей и коррекцию сопутствующей соматической патологией. В настоящее время терапия УБ (акне) представлена различными методиками, комбинацией наружных и системных препаратов, в назначении которых учитываются вид акне, тяжесть течения

заболевания, этиопатогенетические данные, психосоматический статус пациента.

В нашем исследовании приняли участие 20 человек. Средний возраст пациента составил 19-20 лет. Средний срок длительности заболевания 2 месяца.

При сборе анамнеза были выявлены следующие данные:

- у 20% (4 человека) причиной возникновения очагов явился стрессовый фактор;

- у 5% (1 человек) акне возникло после резкой смены климата;

- у 5% (1 человек) после отмены приема КОК-ов;

- у 5% (1 человек) после длительной антибиотикотерапии;

- у 65% (13 человек) в анамнезе – отягощенная наследственность. У одного из родителей отмечался жирный тип кожи, имело место УБ в молодом возрасте.

Около 30% больных хотя бы однократно обращались к дерматологам, ранее уже получали лечение, на фоне которого отмечался умеренный, но положительный временный эффект. Клинически из общего числа пациентов были выявлены 90% (18 человек) с папулезной формой, 10% (2 человека) с конглобатной формой.

При дополнительном обследовании в анамнезах выявлены следующие данные: в ОАК различные сдвиги (анемия, лейкоцитоз и т.д.) – 5% (1 человек) в кале на капrogramму, яйца глистов, простейшие выявлены Enter vermicularis (энтербиоз) – 10% (2 человека); высокое содержание кишечной палочки, дрожжевых спор – 15% (3 человека); в биохимическом анализе крови высокий уровень фермента альфа-амилазы крови – 20% (4 человека); в ИФА на гельминты положительный результат Ig G на лямблиоз (ранее не леченный) – 25% (5 человек) на УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения поджелудочной железы, паренхимы печени. Застой желчи. Признаки хронического холецистита, панкреатита (35%) – 7 человек.

Пациентам была проведена комплексная терапия (антибиотики в/н, в/м, местно витамины, гипосенсибилизирующие средства, препараты, нормализующие флору кишечника, поджелудочной железы, желчного пузыря, гепатопротекторы, противогельминтозные и т.д.).

Положительная динамика наблюдалась у 35% (7 человек). Умеренное улучшение кожного процесса у 50% (10 человек). Резюмируя вышеуказанное, приходим к выводу, что на сегодняшний день УБ является актуальным, мультифакториальным заболеванием, требующим комплексного, индивидуального, тщательного подхода и лечения для каждого пациента в отдельности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Скрипкин Ю.В., Мордовцева В.Н. Кожные и венерические болезни. 1999. Том 2. – С. 399-401; 2. Емельянов В.В., Сатвалдинова А.И. Препарат азелаиновой кислоты в терапии угревой болезни. Научный практический журнал. Вопросы дерматологии и венерологии, №1-2. – С. 43-44; 3. Самцов А.В., Барбинова В.В. Кожные и венерические болезни. 2002. – С. 223-227; 4. Хэбиф Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение, 2006. – С. 98-104.

ТҰЖЫРЫМ

БЕЗЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ж.А. Сыздыкова

«Сұңқар» диагностикалық орталығы, Алматы қ.

2011 жылдың қазаны мен 2012 жылдың қаңтары аралығында Алматы қаласының (бас корпус) Сұңқардың емдеу – диагноз қою орталығының базасында 11 – 47 жас аралығындағы 20 пациентті DS –пен безеуден емдеу жүргізілді. Орташа жас шамасы 19-20 құрады. 18 адам, яғни 90% папулопустулезді формасында; 2 адам, 10% конглобаттік формасында. 7 адамда, 35% жақсы

әсері байқалды (теріге, тамырға антибиотиктер салу, дәрумендер, асқазан –ішек қызметін қалпына келтіруші және т.б.) 10 адамда, 50% тері процессінің шамалы жақсартуы байқалды.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACNE COURSE

ZH.A. Syzdykova

Diagnostic and Treatment Centre «Sunkar», Almaty c.

There were treatment of 20 patients from 11 to 47 years old with diagnose of DS acne in a base of Medical-Diagnostic Center “Sunkar” Almaty (main building) during the period of October 2011- January 2012. The average age of patients was 19-20 years. In this amount 90% or 18 people were with papule form; 10% or 2 people were with conglobate form. During the implementation of complex therapy including antibiotics intramuscularly, orally, locally as well as vitamins, hyposensitization drugs and preparation of normalizing gastrointestinal tract function, etc., there was positive dynamics within 35% or 7 persons. 50% or 10 persons have achieved moderate improvement of skin.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

К.Н. КУРМАНТАЕВА

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4», г. Астана

В соответствии с современной концепцией ключевым звеном патогенеза бронхиальной астмы (БА) является воспаление, и в качестве наиболее эффективных базисных средств международным и национальными руководствами по ее лечению рассматриваются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). Ингаляционный путь введения КС позволяет создать их высокую концентрацию непосредственно в бронхиальном дереве, а благодаря ограниченной биодоступности и активной биотрансформации, системное действие, характерное для перорально или парентерально вводимых препаратов, не развивается или резко снижено. Отчетливо выраженные противовоспалительные свойства ИГКС обуславливают при их назначении больным БА с разной степенью тяжести и, независимо от возраста, хорошо известные клинические эффекты: повышают функциональные показатели внешнего дыхания, снижают бронхиальную гиперреактивность, уменьшают частоту обострений и выраженность симптомов астмы, улучшают качество жизни [1, 2, 3, 9].

Клинический эффект ИГКС при БА имеет дозозависимый характер. Так, низкие дозы (200-400 мкг) достаточно эффективны у большинства больных с легким течением заболевания. При среднетяжелой и тяжелой БА величина суточных доз возрастает до 600-800 и более 1000 мкг, соответственно. Вместе с тем кривая доза-ответ при назначении ИГКС имеет нелинейный характер, а в определенной точке достигает плато («flat part»), когда дальнейшее наращивание дозы ИГКС не приводит к усилению клинического эффекта. Учитывая не всегда достаточный (субоптимальный) контроль над симптомами заболевания даже при повышенных дозах ИГКС, современные руководства по терапии БА рекомендуют

на 3-5 ступенях лечения дополнительно использовать длительно действующие бронхолитики и, в частности, ингаляционные β-агонисты [1, 2, 9, 10].

Наиболее важными моментами для практикующих врачей являются: оценка степени тяжести заболевания с учетом объема проводимой базисной терапии, выделение препаратов первой линии и препаратов резерва с учетом данных последних клинических исследований. При оценке тяжести течения учитывается также объем противовоспалительной терапии [2, 3, 4, 11, 12].

Степень тяжести определяется по следующим показателям:

- количество ночных симптомов в неделю;
- количество дневных симптомов в день и в неделю;
- частота применения бета2-агонистов короткого действия;

• выраженность нарушений физической активности и сна;

• значения пиковой скорости выдоха (ПСВ) и ее процентное соотношение с должным или наилучшим значением;

- суточные колебания ПСВ;
- объем проводимой терапии.

Лечение больных БА является комплексным, оно включает медикаментозное и немедикаментозное лечение с соблюдением противоаллергического режима.

Все препараты для медикаментозного лечения БА подразделяются на два вида: препараты для использования по потребности и купирования обострений и препараты для длительного контроля заболевания. В настоящее время, учитывая персистирующий характер воспаления при БА, основой лечения является противовоспалительная терапия.