

и жжения в первые дни после начала терапии, которые проходили самостоятельно, не требуя отмены препарата или каких-то дополнительных вмешательств.

В группе больных atopическим дерматитом очень высокая эффективность (клиническое выздоровление) терапии была зарегистрирована у 15 (38,5%) всех больных АД, высокая эффективность (значительное улучшение) – у 24 (61,5%) больных АД. Анализ динамики наиболее часто регистрируемых симптомов АД – островоспалительных явлений в виде эритемы, зуда, шелушения – выявил высокую эффективность терапии в группе пациентов с АД. При этом регресс эритемы отмечался, в среднем, на 9,6±3,4 день терапии, уменьшение или исчезновение папулезно-пустулезных элементов, в среднем, на 13,4±3,0 день терапии, зуд и жжение уменьшались, в среднем, на 10,7±3,5 день терапии, шелушение, в среднем, на 13,0±2,4 день терапии. Отсутствие эффекта или ухудшение не было зарегистрировано ни в одном случае. Scord при поступлении, в среднем, составил – 34,5±3,2 балла.

Разность скорости регрессии Scord (до и после лечения) составила, в среднем, 20,5±3,5 балла.

У 30 (76,9%) больных АД в процессе лечения не было зарегистрировано местных побочных эффектов, у остальных отмечались незначительные местные побочные эффекты в виде сухости кожи, шелушения, зуда кожных покровов, которые не потребовали отмены препарата и прошли самостоятельно в течение 2-3 суток.

Серьезных побочных эффектов в исследовании не было зарегистрировано в обеих группах. Преждевременного прекращения исследования по желанию пациентов фиксировано не было.

Таким образом, Кандидерм (крем) является эффективным глюкокортикостероидным комбинированным препаратом при лечении аллергических заболеваний кожи, в том числе осложненных вторичной бактериальной и грибковой инфекцией. Он обладает высокой степенью безопасности, хорошо переносится больными, удобен в применении, имеет приятную текстуру, без запаха, без цвета, не пачкает одежду.

Высокая эффективность, отсутствие осложнений и побочных явлений позволяют рекомендовать применение крема Кандидерм как препарата выбора при наружной терапии больных аллергическими болезнями кожи, осложненными вторичной инфекцией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Заболеваемость ИППП и кожными болезнями в Казахстане. Конъюнктурный обзор за 2011. – С.10

2 Симонова А.В. Атопический дерматит. Новые тенденции терапии // Дерма.– 2002.– № 2.– С. 12–13

3 Матушевская Е.В., Богуш П.Г., Попова И.С. и др. Ретроспективный анализ антигенной специфичности Ig E опосредованного atopического дерматита // Вестн. дерматол. и венерол.– 2003.– № 2.– С. 4–8

4 АД у детей: диагностика, лечения и профилактика (научно-практическая программа). – Москва. Союз педиатров России. – 2000. – 51 с.

5 Банников В.К. Лечение и реабилитация больных экземой и atopическим дерматитом методом адаптации к периодической барокамерной гипоксии и разработка методики лечения и реабилитации больных экземой и atopическим дерматитом: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.11. – Оренбург; ЦНИКВИ, 1998. – 334 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.Е. ЕШИМОВ, А.И. БАЕВ

ҚР ДСМ Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

МАҚАЛАДА ТЕРІНІҢ АЛЛЕРГЕНДІК АУРУЛАРЫНЫҢ ТЕРАПИЯСЫНДА КАНДИДЕРМДІ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ МЫСАЛҒА КЕЛТІРІЛГЕН

Экземамен және аллергиялық дерматитпен ауыратындар тобында жүргізілген зерттеулер нәтижесі көрсеткендей клиникалық сауығу мен терапияның соңында анағұрлым жақсару нәтижелері науқастардың 98-де (77,2%-да) қол жеткізілді. Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастар тобында терапияның өте жоғары тиімділігі барлығы АД-пен ауыратын науқастардың 15-де (38,5%-да) тіркелді, жоғары тиімділік (анағұрлым жақсару) – АД-пен ауыратын науқастардың 24-де (61,5%-да).

S U M M A R Y

A.Ye. YESHIMOV, A.I. BAYEV

Scientific- Research Institute of Dermatovenerology, Almaty c.

THE PAPER PRESENTS THE RESULTS OF APPLYING KANDIDERMA IN TREATMENT OF ALLERGIC SKIN DISEASES

As the results of studies conducted in the group of patients with eczema and atopic dermatitis, clinical recovery and significant improvement by the end of therapy was achieved in 98 (77.2%) patients. In the group of patients with atopic dermatitis, a very high efficiency (clinical recovery) therapy was registered in 15 (38.5%) of all patients with high blood pressure, high efficiency (significant improvement) – in 24 (61.5%) of patients with high blood pressure.

УДК 616.596-002.892

Д.К. ЖАНАБЕРГЕНОВА

Кожно-венерологический диспансер, г. Темиртау

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА ТЕКНАЗОЛ ПРИ ОНИХОМИКОЗАХ СТОП И КИСТЕЙ

Представлены данные об успешном лечении пациентов с онихомикозом рук и/или стоп отечественным дженериком итраконазола – Текназол.

Ключевые слова: дженерик, итраконазол, *Candida albicans*, онихомикоз, Текназол, *Trichophyton rubrum*.

Общезвестна широкая распространенность грибковых заболеваний среди населения нашей планеты, в том числе Казахстана. В многочисленных публикациях (журнала ВОЗ, специальные медицинские журналы) процент пораженности людей наиболее частым возбудителем микозов *Trichophyton rubrum* достигает 10% и более [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Несмотря на успехи фармацевтической промышленности в создании современных эффективных антимикотиков из различных групп химических соединений, таких как азолы (итраконазол), аллиламины (тербинафин), морфолины (аморолфины), антибиотики (гризеофульвин) и проведение противоэпидемических мероприятий число больных, например, микозами стоп и кистей, вызываемых

только *T. rubrum*, не убывает, а увеличивается, уступая по уровню временных трудопотерь лишь группе простудных заболеваний [8, 9]. Учитывая, что в настоящее время возросла частота смешанной микобиоты, при ониомикозах предпочтительнее назначать антимикотики широкого спектра действия. Отмечают высокую активность итраконазола практически в отношении всех возбудителей дерматомикозов, а также дрожжевых и плесневых грибов.

Текназол (итраконазол) – производное триазола, активен в отношении инфекций, вызываемых дерматомицетами (*Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.*, *Epidermophyton floccosum*), дрожжеподобными грибами (*Cryptococcus neoformans*, *Pityrosporum spp.*, *Candida spp.*, включая *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*); *Aspergillus spp.*, *Histoplasma spp.*, *Paracoccidioides brasiliensis*, а также другими дрожжевыми и плесневыми грибами.

Итраконазол нарушает синтез эргостерола, являющегося важным компонентом клеточной мембраны грибов, что обуславливает противогрибковый эффект препарата.

В отличие от концентрации в плазме крови, которая не поддается обнаружению уже после прекращения приема препарата, терапевтические концентрации в коже сохраняются в течение 2-4 недель после прекращения недельного курса лечения. Итраконазол обнаруживают в кератине ногтей уже через одну неделю после лечения; он сохраняется, по крайней мере, в течение 6 месяцев после завершения 3-месячного курса лечения.

Цель исследования – изучение эффективности, безопасности и переносимости препарата Текназол® у больных с ониомикозом, вызванным дерматомицетами и/или дрожжевыми и плесневыми грибами.

Общая продолжительность наблюдения пациента составила 6 месяцев.

Схема лечения: (пульс-терапия) ежедневный прием 200 мг Текназола (по 2 капсулы) 2 раза в день в течение одной недели; для лечения грибковых поражений ногтевых пластинок стоп три курса (1-я, 5-я и 9-я недели); для лечения грибковых поражений ногтевых пластин кистей два курса Текназола (1-я и 5-я недели). Промежуток между курсами, в течение которого не нужно было принимать препарат, составил 3 недели.

Биохимическое исследование крови (креатинин сыворотки крови, билирубин, мочевины, АлАТ, АсАТ) проводили до лечения, через 1 и 3 месяца после начала приема препарата Текназол. Микроскопическое и культуральное исследование пораженных ногтевых пластин проводили всем пациентам до лечения, через 3 и 6 месяцев после начала лечения.

Основными клиническими критериями включения пациентов в исследование были показания к системной антимикотической терапии;

- когда ранее проведенное лечение местными средствами оказывалось неэффективным,
- поздние стадии ониомикоза (дистально-латеральная, проксимальная, тотальная),
- поражение более половины ногтевой пластинки,
- вовлечение в процесс матрикса,
- выраженное изменение ногтевой пластинки (онихолизис, гиперкератоз),
- сочетание ониомикоза с распространенным поражением кожи, волос.

В исследование были включены 30 пациентов с диагнозом: ониомикоз стоп и/или кистей, среди них: 21 мужчина и 9 женщин в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст от 20 до 45 лет). У всех больных диагноз был подтвержден микроскопически и культурально.

Для определения показателей безопасности и переносимости учитывали нежелательные явления (их

характеристика и частота), оцененные по 4-балльной категориейной шкале.

Переносимость:

Отличная: отсутствие побочных эффектов.

Хорошая: легкие побочные эффекты, не требующие медицинского вмешательства.

Удовлетворительная: умеренные побочные эффекты. Назначение препаратов для их устранения.

Плохая: выраженные побочные эффекты, требующие отмены препарата.

Переносимость Текназола у 28 больных (93,4%) была оценена как «отличная», у 2 (6,6%) – «хорошая». У 2-х больных возникли легкие побочные эффекты в виде легкой тошноты, желудочного дискомфорта, исчезнувшие через 1-2 дня, не требующие медицинского вмешательства и отмены препарата.

Возможных серьезных побочных эффектов (тяжелые расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, индивидуальная непереносимость препарата и др.), требующих отмены препарата, и исключения из исследования не зарегистрировано. Отклонения от нормы лабораторных показателей не отмечено. У всех 30 пациентов биохимические показатели оставались в пределах нормы.

Преждевременного прекращения или приостановки исследования не зарегистрировано. Сопутствующую терапию больным, включенным в исследование, не проводили, так как на момент исследования в ней никто не нуждался.

Оценку эффективности препарата проводили регулярно на основании осмотра, полученных данных микроскопического и микологического исследований. Качественный состав микобиоты при микозе стоп и/или кистей подтверждали микроскопически. От 30 больных с микозом стоп и/или кистей до лечения выделено 30 культур: 28 – *Tr. rubrum* (93,3%), 2 – *Candida albicans* (6,7%).

Патогенные кокки и плесневые грибы с кожи и ногтевых пластинок стоп и кистей ни в одном случае не были выделены. Клинико-этиологический эффект системной пульс-терапии Текназолом® зависел от этиологии, степени и количества пораженных ногтевых пластин. Так, при ониомикозе 2-х ногтевых пластинок на кистях, обусловленных *C. albicans*, после окончания первого (недельного) курса пульс-терапии Текназолом, был отмечен рост здоровых ногтевых пластинок на 1,5-2 мм от матрикса, а к концу 4-го месяца от начала курсового лечения у одного, и 6-го месяца у другого – достигнуто полное клинико-этиологическое излечение ониомикоза и разрешение явлений паронихии. Несколько иная клинико-этиологическая ситуация была зарегистрирована у больных ониомикозом стоп, обусловленным *Trichophyton rubrum*. У них к концу 3-го месяца от начала пульс-терапии Текназолом на 2/3 от матрикса отрастали на вид здоровые ногти на 2, 3 и 4 ногтях, а на 1 и 5 – на это требовалось до 4-5 месяцев наблюдения. Эффективность проведенной пульс-терапии Текназолом 30 больных ониомикозом стоп и кистей была следующей: у 93% больных было отмечено клиническое и микроскопическое излечение, 2 пациентам с ониомикозом 1 н/п стоп было назначено 4 курса пульс-терапии.

Выводы

1. Текназол является эффективным системным противогрибковым препаратом при лечении ониомикозов, вызванных дерматомицетами и/или дрожжевыми и плесневыми грибами.

2. Текназол хорошо переносится больными. В ходе исследования не было отмечено ни одного случая развития серьезных нежелательных явлений и отклонения от нормы лабораторных показателей.

3. Высокая эффективность, отсутствие осложнений и побочных явлений при его применении, экономическая целесообразность позволяют рекомендовать Текназол как препарат выбора при системной противогрибковой терапии больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лещенко В.М. Грибковые заболевания: современное состояние проблемы // Международные медицинские журнал. – Харьков, 1999. – №3. – Т.3. – С. 51-55
- 2 Лещенко В.М. Первый съезд микологов России // Вестник дерматол. и венерол. – 2002. – №6. – С.70-71
- 3 Лещенко В.М. Современная микология в России. Труды Первого съезда микологов России. – М.: 2002. – С. 328
- 4 Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармакотерапия микозов. – М., Медицина для всех. – 2003. – 200 с.
- 5 Рукавишников В.М. Микозы стоп. – Москва: «МСД», 1999
- 6 Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Аещенко В.М. Современная программа борьбы с дерматомикозами. Успехи медицинской микологии. Первый конгресс по медицинской микологии. – М., 2003. – С. 19-20
- 7 Скрипкин Ю.Ж., Кубанова А.А., Богуш П.Г., Лещенко В.М. и соав. Мифунгар в терапии микозов // Вестник дерматол. и венерол. – 2001. – №4. – С. 65-67
- 8 Елинов И.П. Научно-практическая конференция по

медицинской микологии (VII Капжинские чтения) // Фарматека. – 2004. – №12

9 Дубенский В.В. Современный взгляд на проблему онихомикозов // Клиническая дерматология и венерология. – 2004. – №3

ТҰЖЫРЫМ

Д.К. ЖАҢАБЕРГЕНОВА

Тері-венерологиялық диспансер, Теміртау қ.

ТАБАН МЕН ҚОЛ БУЫНДАРЫНЫҢ ОНИХОМИКОЗЫ КЕЗІНДЕ ТЕКНАЗОЛ ПРЕПАРАТЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ МЕН КӨНДІГҮ ҚАБІЛЕТТІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Табан және/немесе қол буындарының онихомикозымен науқастанатын пациенттерді отандық итраконазолдың дженеригі – Текназолмен нәтижелі емдеу туралы деректер көрсетілген.

SUMMARY

D.K. ZHANABERGENOVA

Dermatovenerologic dispensary, Temirtau c.

EFFICACY AND ENDURANCE OF ITRACONAZOLE'S GENERIC – TEKNAZOL BY ONICHOMYCOSIS OF FEET AND HANDS

Itraconazole's generic – Teknazol has been investigated in 30 patients with onychomycosis of feet and hands induced by dermatomycetes and/or yeast and mould fungi. Results of treatment were successful.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

УДК 616.716.4-0,89.844

Г.Б. ЗАЙТЕНОВА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Полученные анатомо-клинические и функциональные результаты свидетельствуют о перспективности как восстановительный материал – конструкции из титанового имплантата для мышцелкового отростка нижней челюсти.

Ключевые слова: суставная головка, дефект мышцелкового отростка, титановый имплантат.

Существует большое количество способов пластики поврежденного мышц или елкового отростка после кондилэктомии ауто- аллотрансплантатами и др. Актуальность данной проблемы в настоящее время обусловлена увеличением с каждым годом числа повреждений и опухолевых процессов и «омолаживанием» контингента больных.

Несмотря на большое количество предложенных способов лечения, каждый из них имеет свои недостатки, тем более что не все клиники располагают материалами для хирургического лечения восстановления мышцелкового отростка.

В связи с этим мы поставили своей целью произвести имплантацию дистального отдела ветви нижней челюсти, формирования и выбора суставной головки из титана в зависимости от состояния суставной ложи, перемещение ее в суставную впадину.

Материал и методика

Наше сообщение основано на анализе лечения больных (4 мужчины и 2 женщины) в возрасте 18 – 42 лет. В 1-ю группу включили больных с деформированной суставной ложей; во 2-ю – пациентов с нормальной суставной ямкой. В каждой группе по 3 пациента. У всех 6 больных дефект мышцелкового отростка после удаления его по поводу поражения опухолевым процессом.

Во всех случаях проводили детальное клиническое и лабораторное обследование общепринятыми методами с выяснения состояния органов и систем организма для подготовки к операции. Особое внимание уделяли рентгенологическому исследованию для уточнения состояния суставной впадины. Для более детального уточнения локализации и характера суставной впадины, проводили томографию. Всем больным при поступлении в клинику накладывали индивидуальную двухчелюстную шину Тигерштедта.

Операцию проводили под назотрахеальным наркозом подчелюстным доступом. Послойно рассекали мягкие ткани до кости. Скелетировали дистальный отдел остеомированного фрагмента нижней челюсти.

Затем в зависимости от суставного ложа выбирали титановую суставную головку мышцелкового отростка. Имеются стандартные имплантаты мышцелковых отростков двух видов (сферическая и анатомическая) позволяют решать вопросы эндопротезирования височно-нижнечелюстного сустава. Сферической формы имплантат применяли в тех случаях, когда суставная впадина деформирована, и если впадина в удовлетворительном состоянии, то в этих случаях титановая головка мышцелкового отростка повторяла анатомическую форму, которая имеет правую и левую стороны (рис. 1).