

8. Гладких Ф. В. Характеристика протизапальної та знеболюючої активності ібупрофену та його комбінації з вінбороном на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Вісник наукових досліджень. – 2015. – № 2. – С. 108–111. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2015.2.5617>
9. Гладких Ф. В. Характеристика терапевтичного ефекту ібупрофену та його комбінації з вінбороном за гематологічними показниками на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Львівський медичний часопис. – 2015. – № 4. – С. 64–70.
10. Оцінка ефективності лікування експериментального ревматоїдного артриту ібупрофеном та його комбінацією з вінбороном за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії та цифрової рентгенографії задніх кінцівок щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк, В. О. Студент, Я. Я. Погребенник, Б. Є. Юркевич // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2017. – № 1 (52). – С. 12–24.
11. Takeuchi K. Pathogenesis of NSAID-induced gastric damage: Importance of cyclooxygenase inhibition and gastric hypermotility / K. Takeuchi // World J. Gastroenterol. – 2012. – 18 (18). – P. 2147-2160. URL: <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i18.2147>

Summary

EXPERIMENTAL STUDY OF EFFICIENCY OF COMBINED USE OF VINBORON AND NONSTEROID ANTI-INFLAMMATORY PREPARATIONS

Belalov V.V.

V.I. Vernadsky Crimean Federal University

The results of the studies indicate the ability of vinboron to weaken the gastrototoxicity of ibuprofen, enhance its anti-inflammatory activity and potentiate the analgesic effect.

МИКРОСПОРИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Белян О.В., Порошина Л.А.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

belyan.1994@mail.ru

Введение. К актуальным проблемам дерматологии относят заболеваемость микозами, которые продолжают занимать одно из ведущих мест, не уступая ни одному дерматозу[1].

Цель работы. Изучить эпидемиологию, этиопатогенез, клиническую картину, принципы лечения и профилактику микроспории.

Материалы и методы. В исследование включено: анализ медицинской литературы об эпидемиологии, этиопатогенезе, клинической картине и лечении микроспории, а так же профилактики данного заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Микроспория - это грибковое высоко контагиозное заболевание, вызванное грибами рода *Microsporum*, из группы дерматофитий, поражающие кожу и волосы, редко

могут поражаться ногтевые пластинки. Заболевание встречается повсеместно. Заражение человека происходит при контакте с больным животным, а именно, с бездомными кошками и собаками. К редким животным, которые могут стать источником заражения человека, относят домашний рогатый скот, дикие парнокопытные, мелкие грызуны и птицы. Животные инфицируются непосредственно через контакт или от шерсти, чешуек, попавших на растения, солому, зерно. Так же здоровый человек может заразиться через различные бытовые предметы. Возбудитель микроспории, очень устойчив во внешней среде. В почве, в песочниках, в пыли подъездов, подвалов и чердаков он сохраняет способность к заражению в течение нескольких лет [1]. Чаще болеют дети, из-за недостаточности барьерно-защитной функции кожи и частого контакта с больным животным, взрослые болеют реже.

В нашей республике регистрируются в основном 2 формы заболевания - микроспория гладкой кожи и микроспория кожи волосистой части головы [1].

В мире известно около двадцати видов гриба *Microsporum*, но среди них, самым распространенным возбудителем микроспории, является *Microsporum canis*, диагностируемый у 90-97% пациентов.

Основным источником *M. canis*- являются кошки, реже собаки. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным животным или предметами, инфицированными шерстью или чешуйкам [1]. Инкубационный период составляет около 5-7 дней. На гладкой коже очаги имеют вид отечных, возвышающихся эритематозных пятен с четкими границами, округлыми очертаниями, покрытых сероватыми чешуйками. Постепенно пятна увеличиваются в диаметре, и по их периферии формируется возвышающийся валик, покрытый пузырьками и серозными корочками [2].

При микроспории волосистой части головы, очаги располагаются чаще в затылочной, теменной и височной областях. На месте внедрения возникает очаг шелушения, далее образуется одно или два крупных очага, округлой формы, с четкими границами, размером до 5 см и нескольких мелких очагов – отсевов, до 1,0 см. Волосы, в очагах редкие, тусклые, серые, утолщенные и обламываются на высоте около 4–6 мм [2,1].

Наблюдаются атипичные варианты микроспории: инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, розацеа-подобную, псориазиформную-себорейную (протекающую по типу асбестовидного лишая), трихофитоидную, «трансформированный» вариант микроспории, из-за применения топических кортикостероидов. Такие формы микроспории чаще встречаются у взрослых [2].

Для подтверждения диагноза микроспории применяют люминесцентное (под лампой Вуда), микроскопическое (исследование чешуек и пораженного волоса) и культуральное исследования (посев на питательную среду Сабуро).

Лечение микроспории зависит от формы заболевания, так при поражении волосистой части головы, применяют системную и местную антимикотическую терапию. К системной относят гризеофульвин, тербинафин и итраконазол, местно- на очаг наносят противогрибковую мазь, проводят ручную эпиляцию волос, моют голову 2 раза в неделю. Лечение микроспории гладкой кожи

применяют исключительно наружную терапию. На очаги наносят 2-3% настойку йода, в вечернее время очаг смазывают противогрибковой мазью[3].

Терапии микроспории сопряжена с множествами факторами, которые могут повлиять на лечение и исход заболевания. К примеру, наличие глистно-протозойной инвазии у детей (ухудшает всасывание системных антимикотиков), так же хронические заболевания ЖКТ, эндокринной, мочевыделительной систем, могут стать причиной длительного лечения, не полного выздоровления пациента, частым рецидивам.

Профилактика микроспории заключается в своевременном выявлении, изоляции и лечении пациентов с микроспорией. В детских учреждениях следует проводить периодические медицинские осмотры. Выявленного больного микроспорией ребенка необходимо изолировать от других детей и направить на лечение в специализированный стационар. Вещи, принадлежащие пациенту, дезинфицируют[3]. Ребенок допускается в детский коллектив после трех отрицательных микроскопических анализов из очага поражения, снимается с учета - после пяти отрицательных анализов. Обязательно обследуются родственники и, контактировавшие с больным микроспорией, лица. Особое внимание следует уделять домашним животным, им проводится полноценное противогрибковое лечение.

Выводы. Заболевание микроспория является высоко контагиозным, встречается во всем мире, чаще подвержены дети. Источником заражения является кошки. При системном лечении препаратом выбора является – гризеофульвин. Наличие глистно-протозойной инвазии у детей, хронические заболевания могут стать причиной длительного лечения, не полного выздоровления пациента, частым рецидивам.

Литература

1. Современные клинко-эпидемиологические особенности микроспории и трихофитии: сб. науч. ст. / НовосибГМУ; под ред. О.А. Щелкунова, Т.Б. Решетникова.-Новосиб.: Сибирское медицинское обозрение, 2012.-105с.
2. Современное комплексное лечение при атипичных формах микроспории: сб. науч. ст./ Харьковская мед. акад. последипломного образования; под ред. Е.С. Шмелькова.-Харьков: Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии, 2010.-220с.
3. Коробейникова, Э.А. Применение гризеофульвина и новых антимикотиков в лечении больных микроспорией // Э.А.Коробейникова, Л.М. Мартынова, Е.А. Крылова / Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2007. - № 1. – С. 50 – 52.

Summary

MICROSPORY: ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND PECULIARITIES OF TREATMENT

Belyan OV, Poroshina LA
Gomel State Medical University

The article present literature data on etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis and modern methods of treating microsporia.