

І.Г. Курята

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ КОРОСТИ ТА ПРИЧИНИ ДІАГНОСТИЧНИХ ПОМИЛОК

Кіровоградський педагогічний університет

Паразитарні захворювання шкіри залишаються актуальною проблемою у зв'язку з їх розповсюдженістю. За останні десятиріччя зростання захворюваності на коросту. Це традиційно пов'язано із міграцією, скупченням населення та погіршенням санітарно-гігієнічних умов на тлі економічної кризи [1].

Тривале й нераціональне лікування призводить до ускладнень корости дерматитом, мікробною екземою, піодермією, постскабієсною лімфоплазією. Як правило, зі збільшенням давності захворювання зростає ймовірність ускладнень, що часто призводить до діагностичних помилок. Нелікована і недіагностована короста зумовлює невротичні розлади, безсоння, чим викликає негативні психосоціальні наслідки [2].

Найчастіше інфікування відбувається безпосередньо від хворого при тісному контакті – це прямий шлях зараження від людини до людини. Можливе також зараження і через речі – це непрямий шлях. У вологому середовищі коростяний кліщ здатний вижити до 5 діб. Інкубаційний період становить у середньому 8-12 діб, але може бути від декількох годин до 6 тиж. Це залежить від кількості кліщів і реактивності організму [3].

Розрізняють наступні клінічні різновиди корости: типова класична форма; малосимптомна (доглянута) короста; лікована короста; короста дітей грудного і дитячого віку; ускладнена короста; норвезька (кірочкова) короста; зернова; короста, яка викликається кліщами, що паразитують на тваринах і птахів. Основними клінічними симптомами корости є: 1) сверблячка, яка посилюється ввечері і вночі; 2) характерні коростяні ходи на шкірі; 3) поява везикул, папуло-везикул, розчухів, геморагічних кірочок, які часто розміщені попарно або ланцюжком; 4) характерна локалізація висипки [4].

В останні роки відмічено деякі особливості клініки корости, що утруднює її діагностику.

Проаналізовано 38 медичних карт стаціонарного хворого на коросту віком від 1 до 67 років (чоловіків 15, жінок 23). У всіх діагноз підтверджено виявленням коростяного кліща. Тривалість хвороби до госпіталізації від 2 міс. до 1 року.

Усі хворі скаржилися на свербіж, що посилювався вночі, однак деякі хворі відзначали і денне свербіння шкіри, що іноді при першому зверненні призводило до діагностичних помилок.

Короста у дітей мала свої особливості. Це характерна локалізація ураження – підошовних поверхонь ступнів і долонь, сідниць, обличчя, волосистої частини голови. У клінічній картині слід відзначити поліморфізм висипки з переважанням ексудативного компоненту зі схильністю до екзематизації та при-

єднанню вторинної інфекції. У цілому клінічна картина нагадує мокнучу екзему, резистентну до звичайної терапії. Характерним є те, що у дітей перших трьох років життя рідко уражаються міжпальцеві складки і бокові поверхні пальців кистей. В окремих випадках у дітей були уражені нігтьові пластинки.

В 11 хворих ще до госпіталізації встановлено правильний діагноз, проте вони не дотримувались методики лікування і короста не була вилікована. Такі хворі були госпіталізовані до стаціонару з діагнозом «лікована короста». У таких випадках змінюється клінічна картина, тому сам факт лікування корости в анамнезі слід врахувати при оцінці локального статусу.

Ще 13 хворих з проявами корости на кистях, але діагнозом «алергія», тривалий час лікувались кортикостероїдними мазями, які зменшували запальні явища та свербіння. Це сприяло розвитку локальної кірочкової корости і надалі таких осіб спостерігали з діагнозом «дерматит».

В 1 пацієнта короста розвинулася під гіпсовою пов'язкою, а в іншого дорослого хворого із задавленою коростою спостерігали елементи висипки на вушних раковинах. Локалізація коростяної висипки на долонях була не тільки у дітей віком до 3-4 років, але й у старшому віці і навіть у 5 дорослих. У 2 пацієнтів, яких тривалий час лікували від алергії, спостерігали явища еритродермії, один з них навіть проходив курс санаторно-курортного лікування.

У хворого 47 років була генералізована кірочкова короста, проте його тривалий час лікували від токсикодермії і впродовж останніх двох тижнів він одержував преднізолон добою дозою 100 мг, що призвело до розвитку бактеріємії, підвищення температури тіла до 38 °С. Своєчасна діагностика, відміна преднізолону і призначення інтенсивної антибактерійної та протискабієсної терапії врятувало хворому життя.

Отже, в останні роки відмічено такі особливості клініки корости: частішали випадки кірочкової корости, паразитозу, лікованого кортикостероїдними мазями, малосимптомної (доглянутої) і так званої «лікованої» корости.

А причинами діагностичних помилок є: незнання клініки корости, амбулаторне лікування хворого без обробки інших членів сім'ї, випадки малосимптомної та кірочкової корости, а також ускладненої гноячковими хворобами корости, ігнорування факту групового захворювання в сім'ї.

Часті помилки лікарів і деякі особливості сучасної корости спонукають до необхідності ознайомлення з цією патологією не тільки дерматологів, але й інших медичних працівників.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Література

1. Куценко И.В. Паразитарные дерматозы // Новости медицины и фармации. – 2002. – № 11-14 (115-118). – С. 17-18.
2. Пономарев Б.А., Кулагин В.И. и др. Основные про-

блемы эктопаразитарной инфекции // Вестник дерматологии. – 2000. – № 1. – С. 39-40.

3. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. – М.: Медицина, 1989. – С. 175.

4. Савчак В.И., Галникіна С.О. Короста // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 1999. – № 2. – С. 54-60.

© Колектив авторів, 2004
УДК 615.454.1:615.28

**І.А. Криклива, Н.І. Філімонова, В.І. Чуєшов, О.А. Рубан, В.І. Лучків,
А.О. Волков**

МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СКЛАДУ МАЗІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Національна фармацевтична академія України, НДІ мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова
АМН України, м. Харків

Багаторічне використання антибіотиків у якості базового засобу антиінфекційної терапії в медицині і ветеринарії нерідко призводить до кардинальної зміни біологічних патогенних властивостей збудників гнійно-запальних процесів. У зв'язку з цим дуже перспективним напрямком в удосконаленні антибіотикотерапії визнане широке впровадження в медичну практику нових поколінь терапевтичних антисептиків. Ці препарати відрізняються від антибіотиків переважно бактерицидною дією на чутливу мікрофлору і повільним формуванням стійкості мікроорганізмів до них.

Метою дослідження була розробка комбінованого складу мазі на основі поєднаного використання ксероформу і ністатину. Обґрунтуванням зазначеному було те, що в якості антисептичного засобу до складу лікарської мазі введений ксероформ, що має широкий спектр дії проти грампозитивних і грамнегативних мікроорганізмів. Ксероформ (трибромфенолат вісмуту основний з окисом вісмуту) широко використовується як засіб, що в'яже і підсушує, у практичній медицині і ветеринарії у вигляді присипок, порошоків і м'яких лікарських форм [1].

Для розширення спектру антимікробної дії і запобігання кандидозним ускладненням до складу мазі включений ністатин, який належить до антибіотиків полієнової групи і діє на патогенні гриби, особливо на дріжджоподібні гриби роду *Candida* [1].

Крім цього, в якості допоміжної речовини у цьому пропису використаний димексид, що володіє достатньо широким спектром терапевтичних властивостей, включаючи протиалергічну, протизапальну, антимікробну й антифунгальну

дію, а також здатний транспортувати і депонувати препарат у зону ураження. При цьому враховано, що димексид має й деякі антисептичні властивості та виявляє антимікробний синергізм із ксероформом і ністатином [2, 3].

На першому етапі досліджень визначені оптимально чинні концентрації ксероформу в складі мазі. Для цього були приготовлені зразки з концентрацією ксероформу 3, 5 і 7 % і проведені дослідження антимікробної активності методом дифузії в агар. В якості мажевої основи використаний сплав поліетиленоксидів (ПЕО) з молекулярною масою 400 і 1 500. Ця основа за своїми фізико-хімічними (гідрофільність, осмотична активність, рН, структурно-механічні властивості) і біологічними (фізіологічна індиферентність, відсутність подразливої дії, слабкі бактерицидні властивості) характеристиками найповніше відповідає поставленій задачі. Мазеві основи на базі ПЕО з різноманітною молекулярною масою добре наносяться на шкіру, рівномірно розподіляються на її поверхні, не заважають газообміну шкіри й істотно не порушують функцію сальних залоз. Слід зазначити, що поліетиленоксидну мажеву основу можна розглядати і як активний компонент мазі, тому що вона поєднує певні властивості (дегідратувальна, бактеріостатична, антифунгіцидна дія), що закладені у вимогах до мазі як лікарської форми, призначеної для лікування післяопераційних гнійних ран, інфекційних дерматитів, екзем та ін. [4].

У дослідях із використанням ксероформу в різноманітних концентраціях на поліетиленоксидній основі визначено його активність щодо деяких грампозитивних і грамнегативних бактерій, а також грибів роду *Candida* (табл. 1).