ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Саипова Н.С[1], Юсубалиев У.А[2], Тохтаев Г.Ш[3], Ашрапходжаева Н.М.[4]
[1,2,3,4]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730150

Болезни кожи и подкожной клетчатки характеризуются широким распространением, ежегодным приростом числа вновь выявленных случаев, высокой частотой сочетания с метаболическим синдромом, иммунозависимыми и инфекционными заболеваниями, среди которых особое место занимает туберкулез. Современный туберкулез характеризуется ростом мультирезистеных форм, требующих длительной комбинированной антибактериальной терапии. У больных с туберкулезом различных локализаций в структуре дерматологической патологии доминируют бактериальные, микотические, вирусные дерматозы, токсикодермии от противотуберкуленых препаратов. Лечение больных с заболеваниями кожи на фоне полиморбидности требует особой осторожности в связи с риском полипрагмазии и возможностью осложнений. В таких условиях возрастает значение наружной терапии дерматозов. В современной топической терапии дерматозов предпочтительными являются поликомпонентные препараты, содержащие противовоспалительные, антибактериальные и фунгицидные составляющие.

Цель работы: разработка способа наружной терапии хронических дерматозов на фоне сопутствующей патологии и туберкулеза с применением поликомпонентных топических препаратов «Тимогель» и «Неодерм» противоспалительного и антимикробного действия.

Клинические наблюдения проводились у 195 больных с туберкулезом легких (ТЛ), находящихся на лечении в РНПЦФиПРУз. В исследования были включены социально адаптированные пациенты в возрасте от 20 до 50 лет (из них 105 женщин и 90 мужчин) с заболеваниями кожи. Хронические рецидивирующие дерматозы (атопический дерматит, псориаз, микробная экзема, ограниченный нейродермит, красный плоский лишай, себорейный дерматит, акантолитическая пузырчатка) в целом отмечались у 42 больных (21,5%), бактериальные поражения кожи (пиодермии: сикоз, фурункулы, стафилодермии, хроническая язвенная пиодермия, эктима), а также акне (угри вульгарные и розацеа) и гидраденит – у 17мужчин (в целом 8,7% случаев). Паразитарные заболевания (лейшманиоз кожи, чесотка) были установлены у 8(4,1%) пациентов, вирусные дерматозы (простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, остроконечные кондиломы) – у 11(5,6%) больных. Чаще отмечались микотические поражения кожи и слизистых – в целом у 108(55,4%) больных, у мужчин (30 больных) – это распространенные формы разноцветного лишая, микозы стоп и крупных складок, эритразма (13 больных), а также кандидозный баланит, баланопостит, ангулярный стоматит (17больных). У женщин чаще отмечались кандидоз крупных складок, ангулярный стоматит, микотическая экзема аногенитальной области (в целом – 48 пациенток), кандидозный кольпит. У 62 пациенток установлен бактериальный вагиноз, в том числе в сочетании с кандидозом у 25. ИППП были диагностированы у 9 больных (урогенитальный трихомониаз, сифилис, ВИЧ-инфекция)

Препараты применяли в виде монотерапии и в комбинации в зависимости от характера клинических проявлений дерматозов. Системную терапию проводили в соответствии со стандартами МЗ РУз и с учетом сопутствующей патологии. Больные с ФКТЛ и ИТЛ получали противотуберкулезные препараты в соответствии с принятыми стандартами.

Мы применяли тимогель в комплексной терапии интертригинозного и вульгарного псориаза у больных с крупными очагово-бляшечными проявлениями без выраженного гиперкератоза (после очищения очагов борно-салициловой мазью), больным красным плоским лишаем,в том числе с поражением СОПР, при экземе, нейродерматозах, акантолитической пузырчатке и при смешанных мико-бактериальных поражениях кожи.

Тимогель назначали в виде смазывания и втирания в пораженные участки два раза в день в течение 10-15 дней). В зависимости от характера высыпаний проводили монотерапиютимогелем или его комбинацией с «Неодермом» , анилиновыми красителями, салициловой мазью. (Методика №1- монотерапиятимогелем, Методика №2 – тимогель в сочетании с неодермом). В группе сравнения в качестве наружного средства применяли неодерм (методика №3). Результаты терапии сравнивали с контрольной группой больных,получавших лечение традиционными методами. Неодерм также назначали больным для топической монотерапии при вульгарном и пустулезном псориазе и псориатической эритродермии, при микробной (варикозной) экземе в подострой стадии воспаления при отсутствии выраженного мокнутия, а также при осложнении язвенной пиодермией, у больных с себорейным дерматитом и эритразмой, на очаги микотической экземы перианальной области у больных с урогенитальными инфекциями.