связано с тем, что биатлон – это профессиональный вид спорта, который требует определенную подготовку и оборудование. [4]

Нельзя оставить без внимания такие направления лыжного спорта как сноуборд и фристайл. По статистике эти виды очень популярны среди жителей московской области. Сноубординг (англ. snowboarding, от snowboard - лыжная доска), вид лыжного спорта - спуск по снежному склону на широкой окантованной лыже (крепления для ног устанавливаются поперек линии движения). Фристайл (англ. free style, букв. - свободный, вольный стиль), вид горнолыжного спорта, включает три разновидности:

1. Могул - скоростной спуск на горных лыжах по бугристой трассе с двумя обязательными «фигурными» прыжками;
2. Лыжный балет - спуск с гор с выполнением различных танцевальных фигур (шаги, вращения, повороты и т. д.);
3. Прыжки с трамплина с выполнением ряда акробатических фигур (сальто, пируэты и т. д.).

Исходя из различных исследований, можно сделать вывод, что наиболее перспективными направлениями развития лыжного спорта в России являются лыжные гонки, сноуборд, биатлон и фристайл. Перспективность лыжных гонок и биатлона заключается в том, что эти виды спорта показывают значительные результаты в профессиональном спорте и позволяют отстаивать честь страны на международных соревнованиях. Фристайл и сноубординг в свою очередь тоже перспективны, поскольку замечен рост популярности данных направлений спорта. Развитие этих видов лыжного спорта будет способствовать благосостоянию людей, а также положительно отразится на их показателях здоровья.[3]

Таким образом, мы можем сделать вывод, что лыжный спорт требует государственной поддержки и спонсорства, так как именно это направление спорта в нашей стране является важной составляющей пропаганды ЗОЖ среди населения.

1. Бутин И.М. Лыжный спорт. М.: Академия, 2000.
2. Филиппова Е.Н., Мешков В.А. Влияние занятий лыжной подготовкой на физическое состояние и физическую подготовленность студентов // Теоретические и прикладные аспекты современной науки. Белгород: ИП Петрова М.Г., 2015. С. 159-161.
3. Приказ Министерства спорта РФ от 19 января 2018 г. № 26 "Об утверждении федерального стандарта спортивной подготовки по виду спорта «лыжные гонки».
4. Игнатов А.А. Основы физического воспитания. М.: БЕК, 2004.

Шакирова А.Т., Койбагарова А.А., Осмоналиев М.К., Кожанов А.С., Калыбекова Г.М.

Флуконазол в сочетании с цинковой мазью в лечении пеленочного дерматита

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(Кыргызская Республика, Бишкек)*

doi: 10.18411/lj-12-2019-188

idsp: ljjournal-12-2019-188

Аннотация

В статье приведены данные об эффективности применения флуконазола в сочетании с цинковой мазью и быстрейшем излечении детей с пеленочным дерматитом.

Ключевые слова: пеленочный дерматит, кандидоз, степени тяжести, флуконазол, цинковая мазь.

Abstract

The article presents data on the effectiveness of fluconazole in combination with zinc ointment and the fastest cure for children with diaper dermatitis.

Key words: diaper dermatitis, candidiasis, severity, fluconazole, zinc ointment.

Введение: Пеленочный дерматит (ПД) (опрелость новорожденных, *parikin dermatitis*, *diaper dermatitis*) – это неспецифический термин, применяющийся для обозначения воспалительных изменений кожных покровов в пеленочной зоне у детей младенческого возраста. Термин появился в 1960-х гг., совпав с началом использования одноразовых подгузников. Несмотря на значительные достижения в технологии производства подгузников, поддержание состояния здоровой кожи остается сложной задачей для врачей и родителей [1].

Частота встречаемости ПД в амбулаторной практике детского дерматолога составляет в среднем 15% от всего приема детей грудного возраста, нередко связана с осложненным течением заболевания и сложностью решения данной проблемы в рамках педиатрического приема [3]. ПД дебютирует в интервале от 3 до 12 нед., а пик заболеваемости приходится на возраст 6–12 мес. [4]. Несовершенство естественного иммунитета у новорожденных, который связан в значительной степени с физиологической гипогаммаглобулинемией в раннем (3–6 мес.) возрасте, оказывает непосредственное влияние и на защитные свойства кожи. В младенческом периоде отмечается тенденция к увеличению числа детей с вялотекущими формами стрептодермий, проявляющимися зудящими эритематозно-сквамозными очагами, поражением крупных и мелких складок с явлениями гиперемии, мацерации или мокнутия кожи перианальной области. Ошибочная трактовка клинических проявлений инфекционного процесса как проявлений аллергии приводит к назначению топических глюкокортикостероидных препаратов и, как правило, ухудшению течения заболевания [5].

ПД является простым контактным (ирритантным) дерматитом, вызванным взаимодействием нескольких причинных факторов – в частности, длительным контактом кожи с мочой и калом, что приводит к нарушению барьерной функции кожи интертригинозных областей и повышает риск развития воспаления при окклюзии и трении подгузником [1, 5]. Появление высыпаний провоцируют нарушение аэрации кожи пеленочной зоны, недостаток водных процедур, прием антибиотиков, ферментопатии, сопровождающиеся диареей (например, лактазная недостаточность), климатические факторы. У девочек заболевание диагностируется чаще. К ПД предрасположены дети с повышенной чувствительностью к аллергенам (включая пациентов с атопическим дерматитом, младенческим себорейным дерматитом), что объясняется развитием у них экссудативных явлений и диспепсии. Частота ПД ниже среди младенцев, находящихся на грудном вскармливании, т. к. их кал имеет низкую ферментативную активность. Таким образом, факторами риска развития пеленочного дерматита у детей грудного и раннего детского возраста являются:

- анатомо-физиологические особенности;
- повышенная травматизация и гидратация пеленочной зоны;
- высокий pH кожи в складках;
- неоднократное загрязнение кожи фекалиями.

Принято выделять первичный и вторичный пеленочный дерматит [1, 8]. В свою очередь, первичный пеленочный дерматит делят:

- 1) на неосложненный как следствие неправильного ухода, конституциональных особенностей кожи ребенка (экссудативно-катарального типа конституции), а также обменных процессов (аммиачного раздражения);
- 2) осложненный, при присоединении грибковой инфекции (кандидоза), бактериальной инфекции (стафилококковой, стрептококковой, грамотрицательной флоры), вирусной инфекции (чаще герпетической), аллергического или токсического поражения кожи.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности применения низких доз флуконазола и цинковой мази в терапии больных с ПД.

Осложненное течение ПД требует комплексной терапии и наблюдения ребенка у дерматолога и педиатра. К утяжелению состояния может привести повышение уровня микробной колонизации кожи, особенно золотистым стафилококком и *Candida albicans* [12].

Грибы рода *Candida albicans* считают основным виновником осложненного пеленочного дерматита. Клиническая картина кандидозного поражения хорошо очерчена: яркая эритема кожи с четко очерченными границами, располагающаяся в области паховых складок, ягодиц, бедер, живота и наружных половых органов. Первичные проявления в виде папул или везикул быстро распространяются, образуя обширные области поражения с возможным изъязвлением кожи. Нередко по краям пораженных участков образуются везикулы и пустулы, появление которых свидетельствует о вирусном или бактериальном повреждении кожи. Часто у детей с выраженными проявлениями осложненного течения пеленочного дерматита наблюдается нарушение мочеиспускания (болезненное, учащенное). Возможно развитие мочевого инфекционного процесса. Нередко дети проявляют беспокойство при дефекации. Как правило, устранение инфекции *Candida albicans* не сопровождается полным излечением от пеленочного дерматита [6, 9], т. к. кандидоз кожи при этом не единственная причина дерматита. Помимо противогрибковых средств (мази клотримазола, низорала и других) необходимо применять цинковую мазь.

Материалы и методы исследования – под наблюдением находились 18 детей грудного возраста. Среди них:

до 3 мес – 2 -11%, 5-6 мес – 6-33%, 7-8 мес – 7-39%, 10-12 мес – 3-17%.

Шкала оценки тяжести ПД по F. Hermoso (1998) представлена в таблице 1 [17, 18].

Таблица 1. Клиническая шкала оценки тяжести пеленочного дерматита		
Баллы	Степень	Характеристики
0	Отсутствует	Кожа чистая (могут быть небольшая сухость и/или единичные папулы, но не эритема)
0,5	Легкая	Незначительное покраснение на очень небольшой площади (< 2%), также могут встречаться единичные папулы и/или легкая сухость
1,0	Умеренно легкая	Слабое покраснение на небольшом участке (2–10%) или выраженное покраснение на небольшой площади (< 2%), и/или рассеянные папулы, и/или небольшая сухость
1,5	Умеренная	Слабое покраснение на большей площади (10%) или выраженное покраснение на небольшой площади (2–10%), или очень интенсивное покраснение на небольшой площади
2,0	Средняя	Выраженное покраснение на большей площади (10–50%) или очень интенсивное покраснение на небольшой площади (< 2%), и/или от одной до нескольких областей папул (10–50%) с 5 или меньшим числом гнойничков, может отмечаться небольшое шелушение или отек
2,5	Умеренно тяжелая	Выраженное покраснение на большой площади (>50%) или очень интенсивное покраснение на небольшой площади (2–10%) без отека, и/или большие площади (>50%) с несколькими папулами и/или пустулами; может иметь место умеренное шелушение и/или отек
3,0	Тяжелая	Очень интенсивная краснота на большой площади (>10%) и/или сильное шелушение, сильный отек, эрозии и язвы; могут встречаться большие площади сливающихся папул или многочисленных гнойничков/пузырьков

Соответственно данной шкале степени распределились:

- Умеренная – 3 больных-17%;
- Средняя – 8 больных-44%;
- Умеренно-тяжелое – 5 больных-28%;
- Тяжелая – 2 больных-11%.

После лабораторного обследования в виде микроскопическое исследования нативного материала и посева материала на грибы, у 12 детей выявлен грибок - *Candida albicans* – 67%.

У 33% детей *Candida albicans* не найден. Вероятными причинами возникновения пеленочного дерматита могли быть следующие:

- «парниковый эффект» — высокие температура и влажность под подгузником;
- отсутствие доступа воздуха к коже под пеленками и подгузниками;
- трение их, а также одежды о тело (особенно часто это происходит, если родители ошиблись с размером памперса или неправильно его надевают);
- наличие в моче и кале различных раздражающих компонентов (например, аммиака, солей);
- неудачно подобранные крем, присыпка, вызывающие на коже младенца воспаления.

Механизм действия **флуконазола** основан на целенаправленном угнетении системы цитохрома Р 450 грибов, в результате чего нарушается синтез эргостерола, повышается проницаемость клеточной мембраны гриба и клетка погибает. Флуконазол обладает активностью против большинства видов грибов рода *Candida*, за исключением *Candida krusei* и *Candida glabrata*. Он, как никакой другой антимикотик, обладает высокой биодоступностью. Прием пищи не влияет на всасываемость. Флуконазол хорошо проникает во все биологические среды и ткани организма, в том числе через гематоэнцефалический барьер. Содержание его в спинномозговой жидкости достигает 80% от уровня в плазме. Флуконазол обычно хорошо переносится.

Флуконазол считается препаратом выбора при лечении всех форм кандидоза у новорожденных, даже менингита у недоношенных детей. При этом не отмечается каких-либо побочных реакций, которые непременно возникают при использовании амфотерицина В.

Зная о высокой эффективности и безопасности препарата, его используют не только для лечения, но и для профилактики кандидоза у детей первых месяцев жизни.

Учитывая ценовую политику, снижение социально-экономических условий в стране, рост безработицы и невозможность многих пациентов приобретать дорогие медикаменты, в местном лечении ПД мы решили использовать дешевую и доступную цинковую мазь.

Цинковая мазь оказывает вяжущее, адсорбирующее, антисептическое действие, уменьшает выраженность экссудативных процессов.

При местном применении уменьшает проявления воспаления и раздражения кожи, смягчает и подсушивает ее.

При наружном применении компоненты цинковой мази практически не абсорбируются в системный кровоток и не проявляют резорбтивного действия.

Таблица 2

Результаты лечения. Применение флуконазола

		По 50 мг х 2р/нед	По 50 мг х 1р/день + цинковая мазь
	Количество пациентов	6 – 50%	6 – 50%
	Степень тяжести	Средняя-5-83% Ср/тяж-1-17%	Ср/тяж-4-67% Тяжелая-2-33%
	Через 3 дня лечения		
	Полная ремиссия	2-33%	5-83%
	Значительное улучшение	4-67%	1-17%

Побочные эффекты при приёме флуконазола отмечались у 2 детей – 16%: краткие эпизоды рвоты, не требовавшие отмены препарата.

Флуконазол (50 мг 1 раз в день) на протяжении трёх дней в сочетании с цинковой мазью оказывает стойкий эффект в терапии ПД кандидозной этиологии. Низкая доза флуконазола (50 мг в сутки) оказывает одинаковый эффект по сравнению со стандартной дозой, что доказано практически одинаковым уровнем ремиссии у больных после 3 дней терапии. У пациентов, получающих 50 мг препарата в течение 3 дней в сочетании с цинковой мазью, вероятность развития побочных реакций ниже, чем при стандартной дозировке.

до лечения

после лечения

до лечения

после лечения

Выводы. Как правило, устранение инфекции *Candida albicans* не сопровождается полным излечением от пеленочного дерматита [6,7,9], т. к. кандидоз кожи при этом - не единственная причина дерматита. Помимо противогрибковых средств необходимо применять доступную, дешёвую, но ничем не уступающую по фармакологическим свойствам другим препаратам, цинковую мазь.

Таким образом, 3-х дневный приём флуконазола в сочетании с цинковой мазью является альтернативой в терапии ПД кандидозной этиологии, позволяющей добиться стойкой ремиссии.

1. Coughlin CC, Frieden IJ, Eichenfield LF. Clinical approaches to skin cleansing of the diaper area: practice and challenges. *Pediatr Dermatol*, 2014, 31(Suppl 1): 1–4.
2. Blume-Peytavi U, Hauser M, Stamatas GN. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatr. Dermatol*, 2012, 29: 1–14.
3. Gregory K. Microbiome aspects of perinatal and neonatal health. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2011, 25: 158–162.
4. Геппе Н.А., Белоусова Н.А. Пеленочный дерматит. *Лечащий врач*, 2004, 1:24-28./ Geppe NA, Belousova NA. Diaper dermatitis. *Lechashchiy Vrach*, 2004, 1: 24-28
5. Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, Ryumina I, Stalder JF, Torrelo A, Cork MJ. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatric Dermatology*, 2016, 33(3):311–321.

6. Уход за кожей новорожденного ребенка. Научно обоснованные методические рекомендации. 2016. Доступен http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/uhod_za_kojey.pdf/ Skin care for newborn babies. Scientifically grounded methodological recommendations. 2016. Available at http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/uhod_za_kojey.pdf/.
7. Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Опыт использования декспантенола для профилактики и лечения повреждений кожи у детей раннего возраста. Медицинский совет, 2017, 19:30-32. /Keshishyan ES, Sakharova E. Experience in using dexpanthenol for the prevention and treatment of skin lesions in young children. Meditsinskiy Sovet, 2017, 19: 30-32.
8. Огородова Л.М., Нагаева Т.А., Ходкевич Л.В. Эффективность декспантенола в комплексном лечении атопического дерматита у детей. Педиатрическая фармакология, 2003, 1(3): 54-56. /Ogorodova LM, Nagaeva TA, Khodkevich LV. Efficacy of dexpanthenol in the complex treatment of atopic dermatitis in children. Pediatricheskaya Farmakologiya, 2003, 1 (3): 54-56.
9. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б. Уход за кожей детей раннего возраста. Вопросы современной педиатрии, 2014, 13(2): 95-100. /Zakharova IN, Machneva EB. Skin care for young children. Voprosy Sovremennoy Pediatrii, 2014, 13 (2): 95-100.

Шакирова А.Т., Койбагарова А.А., Осмоналиев М.К., Ахмедов М.Т., Ибраимова А.Д.

Опыт применения мази “Аверсектиновая” в местном лечении демодекоза

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(Кыргызская Республика, Бишкек)*

doi: 10.18411/lj-12-2019-189

idsp: ljjournal-12-2019-189

Аннотация

В данной статье приведены результаты лечения демодекоза мазью “Аверсектиновая” 0,05%, оказывающей контактное действие в местах локализации паразитов (на коже, в волосяных луковицах и сальных железах), а после всасывания - системное инсектоакарицидное и приводящее к излечению.

Ключевые слова: демодекоз, угри, розацеа, акарицидное действие, метронидазол.

Abstract

This article presents the results of treatment of demodicosis with Oversectin ointment 0,05%, which has a contact effect in the localization of parasites (on the skin, in the hair follicles and sebaceous glands), and after absorption, systemic insecticidal and leading to cure.

Key words: demodicosis, acne, rosacea, acaricidal action, metronidazole.

Введение: Паразитарные заболевания кожи по-прежнему остаются актуальной проблемой дерматологии. В большинстве случаев паразиты являются чужеродными организмами, которые либо выделяют различные вещества, либо переносят что-то на своей поверхности, тем самым вызывая клеточные, тканевые или же системные гуморальные (иммунные) изменения. Вследствие их широкого распространения в природе, клещи рода *Demodex* до сих пор вызывают интерес у врачей и ветеринаров

Демодекоз (*Demodicosis*) — распространенное хроническое заболевание, преимущественно кожи лица. По разным данным, заболеваемость демодекозом составляет от 2% до 5% и стоит на седьмом месте по частоте среди кожных болезней [3, 4]. В структуре акнеформных дерматозов демодекоз составляет 10,5% [5]. Частота осложнений демодекозом у больных розацеа встречается в 88,7%, а периоральным дерматитом в 58,8% случаев [6].

Клещи рода *Demodex* одинаково распространены среди всех рас и всех возрастных групп [7]. Описаны редкие случаи обнаружения клеща у новорожденных [8], и в целом у детей регистрируется невысокий уровень обсемененности. По всей