

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arnold I.C., Hitzler I, Müller A. The immunomodulatory properties of *Helicobacter pylori* confer protection against allergic and chronic inflammatory disorders. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2015, v.2, p. 3389-3398.
2. Chen Y, Blaser M.J. *Helicobacter pylori* colonization is inversely associated with childhood asthma. *J Infect Dis.* 2008, v. 198. P.553-560.
3. Bach J. F. The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases. *N. Engl. J. Med.* 2012, v. 366, p. 911-920.
4. Figura N, Perrone A, Gennari C, Orlandini G, Giannace R, Lenzi C, Vagliasindi M, Bianciardi L, Rottoli P. CagA-positive *Helicobacter pylori* infection may increase the risk of food allergy development. *J Physiol Pharmacol.* 2009, v.50, p. 827-831
5. Bettini M, Vignali DAA. Regulatory T cells and inhibitory cytokines in autoimmunity. *Curr. Opin. Immunol.* 2009, v. 6, p. 612–618
6. Brutkiewicz R, Venkataraman S. Natural killer (NKT) cells and their role in antitumor immunity. *Clin. Rev. in Oncol./Hematol.* 2012, v. 41, p. 287-298.
7. Chatila T.A. Role of regulatory T cells in human diseases. *J Allergy Clin Immunol.* 2005, v. 5, p. 145-151
8. You S, Sleehoffer G, Barriot S, Bach JF, Chatenoud L. Unique role of CD4+CD62L+ regulatory T cells in the control of autoimmune diabetes in T cell receptor transgenic mice. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2015, v. 2, p. 14580-5.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ КОЖИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алексеев М.Е.

Попов П.В

ООО «МЦ ГАЙДЕ»

E-mail: cubinec93@mail.ru

CLINICAL AND ETIOLOGICAL FEATURES OF MYCOSES OF THE SKIN IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS WITH TERMINAL CHRONIC RENAL FAILURE

Alekseev M.E., Popov P.V.

LLC «Medical Center GAIDE»

Ключевые слова: микоз, тХПН, сахарный диабет, трансплантация почки, катионные протеины, факторы неспецифического иммунитета.

Краткое содержание: 62 пациента с тХПН на стадии подготовки реципиента к трансплантации почки были обследованы с целью исключения микозов кожи. Работа проводилась на базе Областной больницы Ленинградской области. Установлено, что в условиях «чистого» дневного стационара отделения гемодиализа у больных с тХПН микозы кожи встречаются незначительно чаще, чем в других группах населения ($p < 0,1$). Была выделена группа больных с тХПН и сахарным диабетом, отличающаяся более высокой заболеваемостью кандидозом кожи. Авторы рекомендуют при подготовке к трансплантации почки прицельно обследовать больных с тХПН и сахарным диабетом для исключения кандидоза кожи. Проблема терминальной хронической почечной недостаточности (тХПН) относится к числу наиболее острых проблем современной клинической нефрологии, что связано с

неуклонным ростом числа больных, страдающих тХПН и нуждающихся в заместительной почечной терапии. Как показывают данные международной статистики, в течение последних 20-ти лет в мире количество больных, страдающих тХПН и получающих заместительную почечную терапию, возросло в несколько раз. Тенденция к росту этих заболеваний определяется, в первую очередь, ростом количества больных, страдающих диабетической нефропатией и гипертоническим нефросклерозом (5). Неуклонный рост количества больных, получающих заместительную терапию, в значительной степени связан с прогрессом современной медицины, и в частности, с успехами в развитии гемодиализа (ГД) и трансплантации почки. В России в настоящее время около 20 тыс больных с тХПН находятся на гемодиализе и в этой связи трансплантация почки играет приоритетную роль в решении

проблемы лечения тХПН по сравнению с ГД. Однако, несмотря на перспективность метода трансплантации почки при тХПН, эффективность метода снижена высокой частотой бактериальных инфекций, осложняющих послеоперационный период. Так, частота развития бактериальных осложнений после трансплантации почки пациентов с тХПН, находившихся на ГД, находится в пределах 38,5 -62,0% , а осложнения микотической и вирусной природы – в пределах 16,0-41,0% (5). Таким образом, изучение состояния микобиоты кожи у больных с различными формами тХПН, получающих ГД, является важной прогностической задачей при подготовке больных к трансплантации органа. Цель настоящего исследования – изучить распространенность и выявить клинико-лабораторные особенности развития микозов кожи у пациентов с тХПН на стадии подготовки реципиента к трансплантации почки. В процессе выполнения работы под нашим наблюдением находилось 62 чел. (опытная группа пациентов), получающих системный гемодиализ на базе отделения гемодиализа Ленинградской областной клинической больницы (г. Санкт-Петербург). Из 62 пациентов опытной группы у 25 (40,3%) тХПН развилась на фоне гломерулонефрита и у 21 (33,9%) – на фоне сахарного диабета. У 12 (19,4%) тХПН явилась исходом артериальной гипертензии, а у остальных 4 (6,5%) тХПН осложнила течение поликистозная почек и других заболеваний. В качестве контрольной группы было обследовано 48 чел. с микозами кожи, пациентов КВД №10 Выборгского района Санкт-Петербурга, не страдающих заболеваниями почек в анамнезе. Алгоритм обследования пациентов обеих групп (опытной и контрольной) включал: исследование чешуек кожи и ногтей пластинок пальцев нижних и верхних конечностей на микромицеты методом прямой микроскопии и культуральным методом с идентификацией выделенных штаммов возбудителя до вида, а также определение уровня гликированного гемоглобина (ГГ) и мочевины в плазме крови. Оценка результатов производилась в соответствии с принятой классификацией дерматомикозов (2,4).

Проведенные исследования не выявили достоверного различия между частотой регистрации дерматомикозов в опытной и контрольной группах обследуемых. У больных с тХПН и находившихся на ГД дерматомикозы выявлены у 18 человек (в 29,0% случаев). Частота выявления дерматомикозов среди обследованных в специализированном учреждении (КВД) составила 22,9% (11 человек). Между тем, клиническая картина дерматомикозов у больных с тХПН проявлялась довольно монотипно – в виде микозов стоп с онихомикозом. В то же время, клиника дерматомикозов у пациентов контрольной группы отличалась полиморфизмом и проявлялась: в виде микозов крупных складок (у 3 человек), микозов стоп с онихомикозом (у 5 пациентов) дисгидротической эпидермофитии

(у 2 человек), микоза гладкой кожи спины (у 1 человека). Поражения волос и микозы кистей рук не встречались в обеих группах. Данные представлены в таблице 2. При этом, интерес представляли частота регистрации и клинико-этиологические особенности развития дерматомикозов у больных с диабетической нефропатией и находившихся на ГД. У 17(80,2%) из 21 обследованного пациента с диабетической нефропатией получен рост грибов из чешуек кожи межпальцевых складок и подногтевых чешуек стоп. У остальных 41 чел. с тХПН рост грибов получен только у 1(2,4%) больного, $p<0,05$. Основным возбудителем грибковой инфекции, развившейся у больных тХПН на фоне диабетической нефропатии и находившихся на ГД, оказались грибы рода *Candida* (в монокультуре или в ассоциации с плесневыми грибами). Так, у 7 (38,9%) больных тХПН с диабетической нефропатией была высеяна *Candida albicans* в монокультуре, у 3 (16,7%) пациентов *Candida albicans* в ассоциации с *Fusarium solani*, у 3 (16,7%) вместе с *Acremonium falciforme*, еще у 2 (11,3%) были высеяны *Candida glabrata*. В данной группе так же у 2 (11,3%) больных онихомикозом, были выявлены плесневые грибы *Rhodotorula rubra* и у 1 (5,6%) – грибы *Rhizopus nigricans*.

В то же время, в контрольной группе пациентов ведущими этиологическими агентами в развитии грибковой инфекции оказались другие микромицеты. Так, у 6 (54,5%) пациентов с онихомикозом возбудителем был гриб *T. rubrum*, у 3 (27,3%) – ассоциация *T. Rubrum* и *C. albicans* и у 2 (18,2%) из них грибы *Candida albicans*

Наличие микоза стоп у 93,1%(26) обследованных в обеих группах сопровождалось повышенным уровнем (до 7-9 %) ГГ. Кроме того, повышенное содержание ГГ коррелировало с высокими показателями обсемененности микромицетами ($p<0,05$). Вместе с тем, уровни концентраций мочевины крови в обеих группах не показали значимой корреляции с частотой выявления микозов кожи 9,1%(1) и 5,9%(1) ($p>0,1$). Полученные данные практически полностью согласуются с результатами, проведенными D. Shuttleworth, C. M. Philpot and J. R. Salaman (1987). Таким образом, наши наблюдения показывают, что в условиях «чистого» дневного стационара отделения гемодиализа у больных с тХПН частота регистрации (или развития) микозов статистически не отличается от общих показателей населения ($p<0,1$). Исключение составляет группа пациентов с сахарным диабетом и тХПН, у которых в 80,2% случаев развиваются микозы стоп ($p<0,05$). При этом, практически у всех больных сахарным диабетом и тХПН, получавших гемодиализ, микозы стоп были обусловлены условно патогенными и плесневыми грибами. Полученные результаты позволяют предположить наличие у пациентов тХПН, получающих ГД, некоего «защитного фактора невосприимчивости». Основанием для подобного высказывания являются установленные

раннее факты, что в процессе получения системного гемодиализа пациентами с тХПН в плазме крови накапливаются продукты обмена, многие из которых имеют катионную полипептидную структуру и относятся к факторам неспецифического иммунитета. Это в основном низкомолекулярные анионы, в частности, мочевины и некоторые простые соли. А так как для кальция, фосфора, низкомолекулярных катионных полипептидов, фосфолипидов, b2-микроглобулина и, интактного парагормона диализная мембрана, как известно, не проницаема, то именно это обстоятельство и приводит к накоплению их в плазме крови (12,13) и, таким образом, обеспечивая неспецифическую резистентность организма.

Высокая частота регистрации микозов стоп у больных тХПН с диабетической нефропатией определяет необходимость активного выявления данной патологии у пациентов, получающих системный гемодиализ. Повышение уровня гликированного гемоглобина является показанием для микологического обследования пациентов с тХПН, подготавливаемых к трансплантации почки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Юцковский А.Д., Федотов В.П. Иммунология дерматофитий. Владивосток 1994; С.144.
2. Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю. Онихомикозы. М.: Гэотар-Медицина, 1998. С. 14-56;88-143.
3. Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю. Этиологический подход к лечению онихомикозов. //Вестн. Дерматол. Венерол. – 1998. – N 2. – С. 68-71.
4. Сергеев А. Ю. Проблема клинической оценки и классификации онихомикозов. В кн: Индекс для

клинической оценки онихомикоза и расчета продолжительности терапии системными антимикотиками. М.: Внешторгиздат. – 1999.С. 148-212.

5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 1999 г. Здравоохранение Рос Федерации 2001;6: С. 3-7.
6. Корнишева В. Г. Микозы стоп у больных сахарным диабетом второго типа. СПб Фолиант 2009; с 14-143
7. D. SHUTTLEWORTH 1, C.M. PHILPOT* J.R. SALAMAN † Cutaneous fungal infection following renal transplantation: a case control study//Br.J.Dermatol.-1987-Sep # 27-C.276-280.
8. Brasch J. Pathogens and pathogenesis of dermatophytoses. //Hautarzt.- 1990.- Jan N 41(1).- С. 9-15.
9. Brasch J., Zaldua M. Enzyme patterns of dermatophytes. //Mycoses.- 1994. – N 37 (1-2). – С. 11-16.
10. Dahl M.V. Dermatophytosis and the immune response. //J. Am. Acad. Dermatol.- 1994.- N 31 (3 Pt 2).- С. 34-41.
11. Dawber R. P., De Berker D., Baran R. Science of nail apparatus. In: Diseases of nails and their management. Second edition. Eds. Baran R., Dawber R.P. London: Blackwell Science.- 1994.С 375-389.
12. Demidovich C.W., Kornfeld B.W., Gentry R.H., Fitzpatrick J.E. Deep dermatophyte infection with chronic draining nodules in an immunocompromised patient. // Cutis.- 1995.- N 55(4).- С. 237-240.
13. Kosmadakis GC, Zerefos N. Uremic pruritus: a review. Hemodial Int 2005; 9: C180-188
14. Narita I, Alchi B, Omori K et al. Etiology and prognostic significance of severe uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. Kidney Int 2006; 69:С 1626-1632

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. МАХАЧКАЛА

Алискандиева З.А.

Алискандиев А.М.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала

E-mail: aliskandieva@mail.ru

ALLERGIC RINITIS IN CHILDREN ACCORDING TO THE CONSULTATIVE CENTER OF THE CITY OF MAHACHKALA

В последние годы проблема аллергического ринита приобретает все большее клиническое и социальное значение в связи с общим ростом числа аллергических заболеваний. Так, по данным ВОЗ, более 40% населения развитых стран имеют признаки аллергической готовности. В настоящее время частота аллергического

ринита в общей популяции составляет 10–20%. При этом научные прогнозы свидетельствуют о дальнейшем росте уровня аллергических заболеваний.

Аллергический ринит (АР) – IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, вызванное воздействием сенсibilизирующего (при-