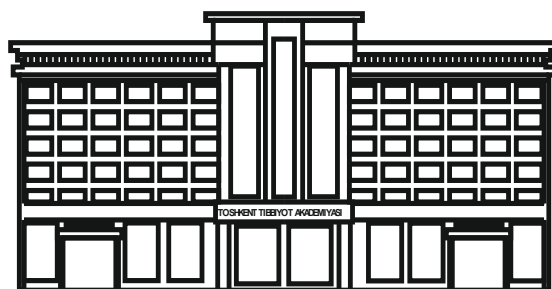


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Матмуратов К.Ж., Парманов С.А., Атажанов Т.Ш., Якубов И.И., Корихонов Д.Н. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФУРУНКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	Matmuratov K.Zh., Parmanov S.A., Atajanov T.Sh., Yakubov I.Y., Qorihanov D.N. FEATURES OF TREATMENT OF CHRONIC FURUNCULOSIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS	121
Махкамов М.Э., Артикбаев М.Б., Муртазаев С.С., Базаров Ш.А., Назаров О.Н., Муратова Г.А. ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНАЯ ПОДДЕРЖКА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	Makhkamov M.E., Artikbayev M.B., Murtazaev S.S., Bozorov Sh.A., Nazarov O.N., Muratova G.A. INFORMATION AND COMPUTER SUPPORT FOR REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE IN KARAKALPAKSTAN	126
Мусаева Д.М. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНОТИПОВ БАКТЕРИЙ H. PYLORI С ГЕНОТИПАМИ БОЛЬНЫХ С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	Musaeva D.M. RELATIONSHIP OF H. PYLORI BACTERIA GENOTYPES WITH GENOTYPES OF PATIENTS WITH ACID-DEPENDENT DISEASES	131
Мухамедов Б.И., Мухамедов И.М., Садыков А.А. МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В	Mukhamedov B.I., Mukhamedov I.M., Sadikov A.A. MICROECOLOGICAL PARAMETERS OF THE INTESTINE IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC VIRAL HEPATITIS B	136
Нажмутдинова Д.К., Худойберганава Ш.Ш. ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	Nazhmutdinova D.K., Khudoyberganova Sh.Sh. THE COURSE OF COVID-19 INFECTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS	141
Насырова А.К., Нажмутдинова Д.К., Расулов А.Д. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА	Nasyrova A.K., Nazhmutdinova D.K., Rasulov A.D. MOLECULAR GENETIC MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS	146
Ражапов А.А., Аллаберганов Д.Ш. ОРОЛ ДЕНГИЗИ МИНТАҚАСИДАГИ ХАВФЛИ ҚАЛҚОНСИМОН ЎСМАЛАРДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ	Radjapov O.A., Allaberganov D.Sh. CHARACTERISTIC PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN PAPILLARY CANCER FROM MALIGNANT TUMORS OF THE THYROID GLAND IN THE PRE-ARAL REGION	149
Рахимов Н.М., Шаханова Ш.Ш., Калюта Т.Ю., Великанова М.Г., Королев А.Ю. ОЦЕНКА МАРКЕРОВ КРОВИ ПОСЛЕ РАДИОНУКЛИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОГЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПОЧКИ И ПРОСТАТЫ	Rakhimov N.M., Shakhanova Sh.Sh., Kalyuta T.Yu., Velikanova M.G., Korolev A.Yu. EVALUATION OF BLOOD MARKERS AFTER RADIONUCLIDE THERAPY FOR OSTEOGENIC METASTASES OF KIDNEY AND PROSTATE CANCER	153
Рахимов О.У., Турсуметов А.А. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕМОГУБКА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	Rakhimov O.U., Tursumetov A.A. ECONOMIC ANALYSIS OF THE USE OF A HEMOSTATIC SPONGE GEMOGUBKA AFTER CHOLECYSTECTOMY	157
Режавалиев К.Р., Номонов А.А., Хасанов М.М., Абдуфаттаев У.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ТРАКТА	Rejavaliyev K.R., Nomonov A.A., Khasanov M.M., Abdulfattaev U.A. OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS FOR CHILDREN WITH URINARY TRACT INFECTION	162
Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamaradzhabov S.E. EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS	165
Тешаев О.Р., Хайитов И.Б. СИНДЕМИЯ: ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ПАНДЕМИИ COVID-19	Teshaev O.R., Khayitov I.B. SYNDROMIA: LIVER ECHINOCOCCOSIS AGAINST THE BACKDROP OF THE COVID-19 PANDEMIC	170
Тешаев О.Р., Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М. ЛЕЧЕНИЕ ТОНКО- И ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	Teshaev O.R., Akhmedov M.A., Mirzakhmedov M.M. TREATMENT OF THE SMALL INTESTINAL AND COLON FISTULAS	173
Усманова З.А., Розиходжаева Г.А., Арипов А.Н., Ахматходжаева Д.А., Мухамеджанова Н.И., Плугарь В.И. СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ (ММП-9, ТИМП-1), УРОВЕНЬ ЦИНКА В РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗЦАХ У БОЛЬНЫХ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	Usmanova Z.A., Rozikhodjaeva G.A., Aripov A.N., Akhmatxo'jaeva D.A., Mukhamedjanova N.I., Plugar V.I. SERUM MARKERS OF ATHEROSCLEROTIC PLAQUE INSTABILITY (MMP-9, TIMP-1), ZINC LEVEL IN VARIOUS BIOLOGICAL SAMPLES OF PATIENTS WITH CAROTID ATHEROSCLEROSIS	178

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФУРУНКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Матмуротов К.Ж., Парманов С.А., Атажанов Т.Ш., Якубов И.И., Корихонов Д.Н.

## QANDLI DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA SURUNKALI FURUNKULOZNI DAVOLASHNING XUSUSIYATLARI

Matmurotov K.J., Parmanov S.A., Atajanov T.Sh., Yakubov I.I., Korixonov D.N.

## FEATURES OF TREATMENT OF CHRONIC FURUNCULOSIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Matmurotov K.Zh., Parmanov S.A., Atajanov T.Sh., Yakubov I.Y., Qorihanov D.N.

Ташкентская медицинская академия

**Maqsad:** klinik, epidemiologik va laboratoriya tadqiqotlari natijalari asosida qandli diabetli bemorlarda surunkali furunkulozni davolash algoritmini ishlab chiqish. **Material va usullar:** 2017-2022 yillarda davolangan surunkali furunkuloz bilan kasallangan 98 nafar bemorning davolash natijalari tahlil qilindi. Surunkali furunkuloz bilan og'rigan bemorlar, davolash rejimiga qarab, 2 guruhga bo'lingan: asosiy guruh - 66 kishi, taqqoslash guruhi - 32. Asosiy guruhdagi bemorlarga antimikrobiyal terapiya aktinomitssetalar lizatini o'z ichiga olgan immunobiologik preparat bilan birgalikda qabul qilingan. **nasl:** aktinomitslar va mikromonosporalar (aktinolizat eritmalari, dengiz anemoni). **Natijalar:** ishlatilgan preparat (aktinolizat) qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda surunkali furunkulozni keltirib chiqaradigan floraga qarshi yuqori samaradorlikni ko'rsatdi. Ko'p hollarda qabul qilishning maqbul vaqti bilan etarli dozalash ijobiy natijaga olib keladi. **Xulosa:** surunkali furunkuloz bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolash uchun aktinomitssetalar va mikromonospora avlodlari aktinomitssetalarining lizatini o'z ichiga olgan immunobiologik preparat tavsiya etilishi mumkin.

**Kalit so'zlar:** qandli diabet, surunkali furunkuloz, aktinomitssetlar va mikromonospora avlodlari aktinomitssetalarining lizatlarini.

**Objective:** Development of an algorithm for the treatment of chronic furunculosis in patients with diabetes mellitus based on the results of clinical, epidemiological and laboratory studies. **Material and methods:** The results of treatment of 98 people with chronic furunculosis who were treated in 2017-2022 were analyzed. Patients with chronic furunculosis, depending on the treatment regimen, were divided into 2 groups: the main group - 66 people, the comparison group - 32. Patients of the main group received antimicrobial therapy in combination with an immunobiological preparation containing a lysate of actinomycetes of the genera: actinomyces and micromonospora (solutions of actinolysate, sea anemone). **Results:** The drug used (actinolysate) showed high efficiency against the flora that causes chronic furunculosis in patients with diabetes mellitus. Adequate dosage with the optimal timing of administration in most cases leads to a favorable result. **Conclusions:** An immunobiological preparation containing a lysate of actinomycetes of the actinomyces and micromonospora genera can be recommended for the complex treatment of patients with chronic furunculosis.

**Key words:** diabetes mellitus, chronic furunculosis, lysate of actinomycetes of actinomyces and micromonospora genera.

Хронический фурункулёз (ХФ) – хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее заболевание с поражениями областей, богатых апокриновыми железами, выраженными клиническими проявлениями, ведущими к деформирующим рубцовым изменениям, влияющими на качество жизни пациентов [4,7].

Проблема этиотропной и патогенетической терапии ХФ до сих пор не решена. Гистологическая картина при ХФ варьирует. Так, по данным G.B. Jemes, при исследовании 60 образцов биопсийного материала лишь в 17 из них отмечалась фолликулярная окклюзия, при этом в подмышечной области апокриновые железы вовлекались в воспалительный процесс чаще, чем в паховой. Возможно, гетерогенность гистологической картины и обуславливает трудности лечения ХФ [1,3].

Многофакторный патогенез заболевания, связанный с изменениями в системе иммунитета, ге-

нетическими факторами, обменными нарушениями (ожирение), микробной составляющей в гнойном очаге поражения, провоцирующими факторами (нарушение гигиены, курение, неправильное питание и др.) не вызывает сомнений [2,8].

По данным мировой литературы, при ХФ обнаруживаются нарушения врожденного и приобретенного иммунитета. У больных выявлено уменьшение экспрессии антимикробных пептидов эпителиального происхождения (рибонуклеаза, Toll-подобный рецептор-4), что приводит к усиленному воспалительному ответу и чрезмерной экспрессии провоспалительных цитокинов (интерлейкинов ИЛ-1, ИЛ-6, фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α), ИЛ-17, ИЛ-22) [7].

По разным оценкам, распространенности ХФ в мире варьирует от 0,053 до 4,2 на 100 тыс. населения [4]. Данные о распространенности ХФ опубликованы европейскими и американскими специалистами

ми [8]. Однако и в этих данных имеются некоторые расхождения. Так, в США распространенность ХФ составляет 0,053 на 100 тыс. населения, при этом число болеющих женщин в 3 раза превышает число мужчин, заболевания встречается чаще у лиц в возрасте от 18 до 44 лет [9]. По данным европейской статистики, распространенность ХФ колеблется на уровне от 1 до 4,2 [6].

В Республике Узбекистан официальная статистическая отчетность о заболеваемости населения ХФ отсутствует.

Выбор адекватной терапии ХФ у больных сахарным диабетом остается актуальной проблемой. Среди специалистов имеются существенные разногласия относительно выбора оптимальных методов лечения: часть ученых отмечают наибольшую эффективность и длительность ремиссии после хирургического радикального иссечения пораженных очагов, другие указывают на положительный эффект традиционной противовоспалительной терапии или от терапии ингибиторами ФНО- $\alpha$  [4]. Европейские клинические рекомендации ориентируются на стадийный подход и выбор лекарственных препаратов в зависимости от степени поражения по Hurley [1,5].

В нашей стране особое внимание уделяется консервативному лечению больных ХФ с целью уменьшения микробной нагрузки на организм и достижения пролонгированной ремиссии. Описано успешное применение при гнойных процессах иммунобиологического препарата, включающего лизат актиномицетов родов *actinomyces* и *microspora*, однако при ХФ этот препарат не применялся. Очевидно, что для разработки комбинированной схемы лечения и алгоритма ведения пациентов с ХФ необходимо изучить особенности клинической картины хронических фурункулезы, состояние иммунной системы [9,10].

#### Цель исследования

Разработка алгоритма лечения хронического фурункулеза у больных сахарным диабетом на основании результатов клинико-эпидемиологического и лабораторного исследования.

#### Материал и методы

В работе использован опыт отделения гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. Проанализированы результаты лечения 98 человек с хроническим фурункулезом, находившихся на лечении в 2017-2022 гг. Критерии включения пациентов с ХФ в исследование были возраст от 18 до 66 лет, согласие на участие в исследовании, отсутствие беременности, отсутствие противопоказаний к препаратам, включенным в схему лечения.

Больные хроническим фурункулезом в зависимости от схемы лечения были разделены на 2 группы: основная – 66 человек, группа сравнения – 32. Пациенты основной группы получали терапию антимикробными препаратами в комбинации с иммунобиологическим препаратом, со-

держащим лизат актиномицетов родов: *actinomyces* и *microspora* (растворы актинолизат, актиния). Комбинированная терапия в сочетании с иммунобиологическим препаратом проводилась больным со средней, тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести заболевания. Пациенты группы сравнения получали только антимикробные препараты. В динамике, наряду с консервативной терапией, при комплексе лечения пациентам выполнены хирургические операции (удаление пораженных тканей с некрэктомией).

**Микробиологический метод исследования.** В соответствии с целями и задачами исследования у больных определяли видовой состав микрофлоры в гнойных очагах различной локализации, а также спектры чувствительности культур возбудителей к антибиотикам. Идентификация микроорганизмов проводилась до вида. Для изучения антибиотикочувствительности применяли диско-диффузионный метод (на среде Мюллера – Хинтона) к следующим антибиотикам: клиндамицину, цефтриаксону, цефтазидиму, офлоксацину, левофлоксацину, гентамицину, рифампину, цефуроксиму, ампициллину, ципрофлоксацину, ванкомицину, меропенему.

#### Результаты и обсуждение

Большинство наших пациентов имели рабочие профессии – 41 (62,1%) человек основной и 18 (56,3%) – группы сравнения. Лица с высшим образованием (служащие) составили соответственно 18,2 и 25,0%. Не работали 9 (13,6%) человек основной и 4 (12,5%) – группы сравнения. Преобладали лица мужского пола – 66 (67,3%), лиц женского пола было 32 (32,7%). Среди сопутствующих заболеваний преобладали: заболевания желудочно-кишечного тракта (60,2%), сахарный диабет (35,7%), ожирение (20,4%).

Давность заболевания у пациентов варьировала от 6 месяцев до 37 лет. Средняя длительность заболевания составила  $13,8 \pm 2,4$  года. Среди выявленных факторов риска у пациентов с ХФ преобладали сахарный диабет 2-го типа, метаболический синдром, курение и профессиональная деятельность.

#### Особенности клинической картины ХФ.

Согласно оценочной шкале степени тяжести ХФ по Херли среди пациентов преобладали лица с тяжелым течением заболевания: в основной группе – 74,2%, в группе сравнения 65,6%; средняя степень тяжести среди пациентов основной и группы сравнения отмечалась соответственно у 18,1 и 28,1%, легкое течение – у 7,5 и 6,2%.

После детального анализа клинического течения хронического фурункулеза у больных сахарным диабетом нами были выявлены клинические особенности, не учтенные в классификации Херли.

В процессе исследования были определены признаки тяжести заболевания, встречавшиеся у пациентов обеих групп, сочетание которых позволило определить тяжесть гнойного процесса: наличие острог воспаления, наличие инфильтрата, болезненность, количество узлов, наличие свищей, степень выраженности выделений из свищей, наличие



валикообразных кожных складок, наличие рубцов, вовлеченность нескольких анатомических зон в воспалительный процесс, симптомы интоксикации.

С учетом наличия и выраженности у пациента тех или иных клинических признаков было определено 4 степени тяжести ХФ: легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая. С учетом предложенной нами классификации пациенты обеих групп были распределены в следующем процентном соотношении по степени тяжести: легкая степень – у 7 (7,14%,  $p=0,8058$ ), средняя – у 15 (15,3%,  $p=0,2451$ ), тяжелая – у 65 (66,32%,  $p=0,3217$ ), крайне тяжелая – у 11 (11,22%,  $p=0,7863$ ).

Результаты изучения состава микрофлоры в очагах поражения у больных ХФ и ее чувствительности к антимикробным препаратам. Изучение микрофлоры в очагах поражения различной локализации определялось до вида возбудителя. У 7 (7,1±2,6%) пациентов в биоматериале роста микрофлоры не наблюдалось. Выделенные бактериальные фракции были представлены бактериями нескольких родов: Staphylococcus, Enterococcus, Streptococcus, Proteus, Esherichia, Klebsiella, Pseudomonas.

В некоторых очагах воспаления ассоциации микроорганизмов носили поливалентный характер и включали 2 вида микробов и более (81,4%) (табл. 1).

Таблица 1

Результаты бактериологических исследований

Микроорганизм	Staph. aureus	Str. anginosus	Staph. epidermidis	Kl. pneumoniae	E. coli	Ent. faecalis	Proteus spp. Pr. mirabilis	Proteus spp. Pr. mirabilis
Staph. aureus	-	-	-	+	-	+	+	-
Str. anginosus	-	-	-	-	-	-	-	-
Staph. epidermidis	-	-	-	-	-	+	-	-
Kl. pneumoniae	+	-	+	-	-	-	-	-
E. coli	-	-	-	-	-	-	-	-
Ent. faecalis	+	-	+	-	-	-	+	-
Proteus spp./ Pr. mirabilis	+	-	-	-	-	-	-	+
Ps. aeruginosa	-	-	-	-	-	-	+	-

Наблюдалась обратная корреляционная зависимость между частотой встречаемости Staph. aureus и Staph. epidermidis ( $p=0,0001$ ). У пациентов, у которых обнаруживался Staph. aureus, Staph. epidermidis встречался редко или не обнаруживался. Во всех анатомических локализациях у обследованных пациентов с ХФ из всех очагов поражения были выделены и преобладали стафилококки (61,2%): Staph. aureus (27,5±10,1%), Staph. epidermidis (32,7±9,2%\$).

При всех локализациях патологического процесса микробы проявили чувствительность к четырем группам антибиотиков: линкозамидам (клиндамицин), цефалоспорином III поколения (цефтриаксон, цефтазидим), аминогликозидам (гентамицин, амикацин), фторхинолонам III поколения (левофлоксацин), которые можно считать препаратами выбора при терапии ХФ. Наибольшую резистентность микроорганизмы проявили к эритромицину и ампициллину ( $p=0,0001$ ) независимо от локализации воспалительного очага.

При исследовании гуморального звена иммунитета были выявлены достоверные изменения в показателях IgG и IgA по сравнению с нормой, что, возможно, было связано с длительным воспалительным процессом.

Мы наблюдали также дискордантность функционирования иммунной системы, с преобладающими

клиническими проявлениями и лабораторными признаками иммунодефицита, наиболее выраженными при тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести гнойно-воспалительного процесса у пациентов с длительно протекающим распространенным ХФ. При этом следует отметить, что проводимая ранее терапия в соответствии со стандартами лечения ХФ не предупреждала рецидива и/или обострения болезни, что характерно для пациентов с иммунодефицитом. Полученные данные диктуют необходимость разработки новых тактических подходов к проведению иммуномодулирующей терапии в зависимости от тяжести гнойно-воспалительного процесса у пациентов с ХФ, направленных на восстановление нормального функционирования иммунной системы и на этом фоне достижения позитивной клинической эффективности.

Для повышения защитных сил организма, с целью сокращения сроков антибиотикотерапии и ускорения заживления ран в комплексной терапии рекомендуется применять иммунобиологический препарат, включающий лизат актиномицетов родов: actinomycetes и micromonospora в дозе 3,0 мл внутримышечно, 2 раза в неделю, количество инъекций 10. Также при средней степени тяжести ХФ возможны как малое, так и радикальное хирургические лечение с иссечением очага поражения.

## Результаты

Нами проведена оценка эффективности 2-х схем лечения ХФ у больных СД: схема 1 – антибиотикотерапия с включением иммунобиологического препарата, содержащего лизат актиномицетов родов *actinomycetes* и *micromonospora* (основная группа); схема 2 – антибиотикотерапия без иммунобиологического препарата (группа сравнения). Для оценки результатов лечения были выделены временные периоды: через 2 недели от начала лечения, через 1, 2, 3 месяца от начала лечения.

Оценку эффективности терапии проводили путем отслеживания динамики клинических проявлений и признаков, выраженной в баллах. Степень выраженности того или иного признака оценивалась от 0 до 3-х баллов: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – умеренно выражен; 3 – сильно выражен. В качестве клинических критериев подготовленности пациента к хирургическому лечению были определены следующие: снижение остроты воспаления до уровня не более 2-х баллов; снижение интенсивности выделений до уровня «скудное»; исчезновение симптомов интоксикации (табл. 2).

Критерии оценки эффективности двух схем лечения больных

Таблица 2

Группа	Критерий, балл										
	исчезновение острого воспаления				интенсивность выделений из свищей				закрытие свищей по временным периодам наблюдения		подготовленность к операции (ч/з 3 мес. лечения)
	3	2	1	-	3	2	1	-	сохраняются	зкрылись	
Основная	-	-	5	56	-	-	3	58	3	58	58
Сравнения	10	6	8	6	9	7	8	6	20	10	10

Как показали наблюдения, уменьшение выраженности клинических проявлений у пациентов основной группы происходило быстрее, чем в группе сравнения. Результаты проведенного лечения пока-

зали, что регресс клинических проявлений, прослеженный в течение 3-х месяцев от начала терапии, у пациентов основной группы, происходил быстрее, чем в контрольной группе (табл. 3).

Оценка терапевтического эффекта через 3 месяца от начала терапии, абс. (%)

Таблица 3

Полученный результат	Основная группа, n=98	Группа сравнения, n=32	p<
Отличный (3 балла)	58 (87,9)	11 (34,4)	0,001
Хороший (2 балла)	6 (9,1)	8 (25,0)	0,0622
Удовлетворительный (1 балл)	2 (3,0)	7 (21,9)	0,2573
Неудовлетворительный (0 баллов)	-	6 (18,8)	0,0388
Средний балл эффективности лечения	2,85±0,53	1,75 ±0,48	0,002

У 64 (96,9%) пациентов основной отмечалась хорошая переносимость иммунобиологического препарата, содержащего лизат актиномицетов родов: *actinomycetes* и *micromonospora*. У 2 (3,0%) больных наблюдалась кратковременная аллергическая реакция в виде жжения и покраснения или зуда в месте введения препарата, купируемая антигистаминными препаратами.

Таким образом, иммунобиологический препарат, содержащий лизат актиномицетов родов *actinomycetes* и *micromonospora*, может быть рекомендован для комплексного лечения пациентов с ХФ. Применение антибактериальных препаратов без каких-либо специфических исследований у пациентов с ХФ считается нецелесообразным, так как такое лечение может привести к резистентности бактерий и актиномицетов и соответственно ухудшает результаты лечения.

## Выводы

1. Использованный препарат (актинолизат) показал высокую эффективность в отношении флоры, вызывающей хронический фурункулез у больных

сахарным диабетом. Адекватная дозировка с оптимальным сроком введения в большинство случаев приводит к благоприятному результату.

2. Полиэтиологичность и особенности течения хронического фурункулеза у больных сахарным диабетом требуют коррекции всех возможных факторов, приводящих к данному заболеванию.

## Литература

1. Бородулина К.С. Изучение эффективности различных схем лечения хронического гнойного гидраденита // Дерматология в России. Импортзамещение, доступная медицинская помощь и равные возможности в дерматологии: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2019. – С. 24-26.
2. Бородулина К.С., Бузова С.А. Антибактериальная терапия - одна из важных оставляющих предоперационной подготовки больного хроническим гнойным гидраденитом // Сборник тезисов 11-го Международного форума дерматовенерологов и косметологов. – М., 2018. – С. 59.
3. Бородулина К.С., Бузова С.А. Микробный пейзаж хронического фурункулеза // Сборник тезисов 7-го Межрегионального форума дерматовенерологов и косметологов. – М., 2020. – С. 40-41.
4. Бородулина К.С., Бузова С.А., Сумина О.А. Некоторые

эпидемиологические аспекты хронического гнойного фурункулёза // Сборник материалов 12-го Международного форума дерматовенерологов и косметологов. – М., 2019. – С. 19.

5. Бутова С.А., Бородулина К.С. Гнойный фурункулёз: вопросы патогенеза, оценочные шкалы, лечение (ч. 2) // Клинический дерматол. и венерол. – 2019. – Т. 18, №3. – С. 265-269.

6. Бутова С.А., Бородулина К.С., Кудрявцева Р.Л. Комбинированное лечение хронического гнойного фурункулёза и актиномикоза аксиллярных, генитальных и параректальных локализаций // Сборник тезисов 11-го Международного форума дерматовенерологов и косметологов. – М., 2018.

7. Бутова С.А., Потехаев Н.Н., Бородулина К.С. Гнойный фурункулёз: распространенность, этиопатогенез, коморбидность (ч. 1) // Клинический дерматол. и венерол. – 2019. – Т. 18, №2. – С. 111-114.

8. Бутова С.А., Эмирасланов Ф.Л., Бородулина К.С., Кудрявцева Р.Л. Особенности хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний аксиллярно-генитально-параректальных локализаций // Инфекции в хирургии. – 2019. – Т. 16, №1-2. – С. 63.

9. Потехаев Н.Н., Бутова С.А., Бородулина К.С. Эпидемиологические и социально-гигиенические особенности гнойного фурункулёза // Клинический дерматол. и венерол. – 2020. – Т. 19, №1. – С. 13-17.

10. Kasikhina E., Borodulina K.H. Supportive: Incidence, Clinical Features and Concomitant // Acta Dermato-Venerol. – 2019. – Vol 99, №8. – С. 737.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФУРУНКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Матмуротов К.Ж., Парманов С.А., Атажанов Т.Ш., Якубов И.И., Корихонов Д.Н.

**Цель:** разработка алгоритма лечения хронического фурункулёза у больных сахарным диабетом на основании результатов клинико-эпидемиологического и лабораторного исследования. **Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 98 человек с хроническим фурункулёзом, находившихся на лечении в 2017-2022 гг. Больные хроническим фурункулёзом в зависимости от схемы лечения были разделены на 2 группы: основная – 66 человек, группа сравнения – 32. Пациенты основной группы получали терапию антимикробными препаратами в комбинации с иммунобиологическим препаратом, содержащим лизат актиномицетов родов: *actinomyces* и *microspora* (растворы актинолизат, актиния). **Результаты:** использованный препарат (актинолизат) показал высокую эффективность в отношении флоры, вызывающей хронический фурункулёз у больных сахарным диабетом. Адекватная дозировка с оптимальным сроком введения в большинстве случаев приводит к благоприятному результату. **Выводы:** иммунобиологический препарат, содержащий лизат актиномицетов родов *actinomyces* и *microspora*, может быть рекомендован для комплексного лечения пациентов с хроническим фурункулезом.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, хронический фурункулез, лизат актиномицетов родов *actinomyces* и *microspora*.