

ная манжетка»: нервные волокна сосредоточены в адвентиции средней части клапанного сегмента ЛС, где они имеют преимущественно поперечную ориентацию. Между сегментами обнаруживаются единичные, тонкие нервные волокна продольной ориентации, обеспечивающие нервную связь между соседними лимфангионами. Согласно J. Wensel (1972) лимфангион состоит из маленькой мышцы клапана или без нее и части с выраженной мышечной полоской (манжеткой W. Pfuhl).

По моим данным, сегментарное строение имеет все ЛР, начиная с капилляров и включая ЛУ (лимфангионы с лимфоидной тканью в стенках — транспорт и очистка лимфы). Клапаны с разными конструкцией и локализацией (интрамуральные — подвижные межэндотелиальные контакты; истинные, интралюминарные — окружные складки внутренних слоев стенки) разделяют ЛР на полиморфные межклапанные сегменты. В условиях дефицита собственной энергии лимфоток сегменты организуют постепенное, ступенчатое (от сегмента к сегменту), парциальное продвижение лимфы от тканевых каналов к венам. В безмышечных звеньях ЛР лимфоток происходит под влиянием экстравазальных факторов (давление тока тканевой жидкости и окружающих тканей — поршень и наружная манжетка тканевого насоса). При недостаточности их энергии в мышечных звеньях ЛР включается (миогенный) механизм сократительной активности ЛС и ЛУ (внутренняя, мышечная манжетка). Клапаны ЛС и ЛУ, включая створки, содержат гладкие миоциты и способны активно влиять на лимфоток.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОНИХОМИКОЗОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**Рыбин А.В., Нестеров А.С.,  
Потатуркина-Нестерова Н.И.,  
Нестерова А.В.**

*ГОУ ВПО Ульяновский  
государственный университет,  
Ульяновск, Россия*

Грибковые поражения ногтевых пластинок (онихомикозы) относятся к наиболее часто встречающимся микотическим заболеваниям человека. Среди патологии ногтей доля онихомикозов достигает 40-50%. Это заболевание распространено повсеместно, а его лечение не всегда оказывается эффективным. Особого внима-

ния заслуживает поражение ногтевых пластинок при псориазе, так как дистрофические изменения при псориагических онихиях создают благоприятную среду для присоединения грибковой инфекции. Наличие микозов у больных псориазом ведет к поддержанию воспаления, уменьшению интервалов между обострениями кожного процесса, а также к развитию резистентности при традиционных методах терапии.

Известно, что онихомикоз — полиэтиологичное заболевание. Около 50 видов грибов выделяются из пораженных ногтей. Значение тех или иных видов грибов в его возникновении и развитии до сих пор дискутируется. Поэтому, проблема онихомикозов, несмотря на значительный объем исследований, посвященных этой патологии, продолжает оставаться чрезвычайно актуальной.

Проведено изучение этиологии онихомикозов кистей и стоп у больных псориазом (135 больных). Исследования показали, что ногтевые пластинки были контаминированы следующими группами микроскопических грибов: дерматофитами, дрожжеподобными и плесневыми микромицетами, а также их ассоциациями. Дерматофиты были представлены грибами рода *Trichophyton*, дрожжеподобные грибы — *Candida spp.*, плесневые — представителями рода *Aspergillus*, в значительно меньшем количестве случаев были обнаружены плесневые грибы родов *Penicillium* и *Mucor*. Следует отметить, что все грибы были выделены в виде монокультуры в 58,5% случаев, а также в виде двух- (29,6%) и трехчленных (11,9% обследованных) ассоциаций.

Следует отметить, что микобиота ногтей стоп и кистей имела отличия. Установлено, что на фоне высокой выявляемости дерматофитов (62,3±5,1%) в ногтевых пластинках стоп почти у каждого третьего больного обнаруживались плесневые грибы (27,4±2,9%). Исследование ногтевых пластинок рук выявило уменьшение доли грибов дерматофитов (23,7±2,6%) с одновременным увеличением количества пациентов, инфицированных условно патогенными грибами, такими как *Candida spp.* и плесневые микромицеты.

В группе плесневых грибов наиболее часто обнаруживались представители рода *Aspergillus*, среди которых доминировал вид *Aspergillus flavus*, он был выделен у 23,7±2,7% пациентов с онихомикозом стоп и у 25,9±3,4% больных онихомикозом кистей при псориазе.

Установлено, что с увеличением возраста пациентов, больных псориазом, частота обнаружения грибов *Aspergillus spp.* возрастала с 13,4% в возрасте 18-25 лет, до 35,4% — у больных стар-

ше 60 лет. Встречаемость аспергилл также увеличивалась у пациентов с увеличением продолжительности псориатического процесса. Наиболее часто *Aspergillus spp.* обнаруживали в ногтевых пластинках больных при стаже кожного заболевания более 10 лет (46,3%).

Таким образом, в ходе проведенных исследований выявлены особенности этиологической структуры оникомикоза у больных псориазом. Установлено, что при псориазе происходит значительное изменение видового состава возбудителей оникомикоза с уменьшением доли грибов дерматофитов и одновременным увеличением числа условно патогенных возбудителей (*Candida spp.* и плесневые микромицеты).

В группе плесневых грибов доминировали микромицеты рода *Aspergillus*, среди которых преобладал вид *Aspergillus flavus*, частота выделения которого напрямую зависела от возраста больных и продолжительности псориатического процесса. Выявленные изменения видового состава микромицетов у больных псориазом требуют разработки комплексной терапии, с учетом этиологической структуры грибов.

## ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК В КЛИНИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Хунафина Д.Х., Галиева А.Т.

ГОУ ВПО «Башкирский  
государственный медицинский  
университет Росздрава РФ» г. Уфа

Инфекционно-токсический шок (ИТШ) — острая недостаточность кровообращения вследствие генерализации инфекции, сопровождающаяся резким уменьшением капиллярного кровотока, гипоксией, тяжелыми метаболическими расстройствами и полиорганной патологией [6]. ИТШ является одним из наиболее частых причин летальности инфекционных больных. Нередко это происходит из-за поздней диагностики, неправильной оценки степени шока и неадекватной терапии. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом является актуальным заболеванием для Республики Башкортостан, представляющая собой острую зоонозную вирусную инфекцию с клиническими проявлениями от легких, стертых до тяжелых осложненных форм. Результатом вирусного повреждения при ГЛПС является массивная деструкция эндоте-

лия сосудов. Второй важной мишенью хантавируса считают макрофаг. Патогенетической основой заболевания считается развитие системного капилляротоксикоза с инициацией синдрома диссеминированного свертывания крови (ДВС), гемодинамических нарушений на уровне микроциркуляции в жизненно-важных органах и системах, в том числе сосудах почек [3; 1]. При ГЛПС вследствие вирусемии первоначально вовлекается сосудистая стенка с развитием дисфункции эндотелия, одним из маркеров которой в последние годы признается оксид азота (NO)-эндотелий-зависимый релаксирующий фактор [5; 7; 10]. Продуцируемый в результате активации индуцибельной NO-синтетазы при воспалении, NO предназначен прежде всего для защиты организма человека. Но при избытке макрофагального NO действие молекулы из звена адаптации может превратиться в звено патогенеза и стать не менее опасным повреждающим фактором для организма, приводя к стойкой генерализованной вазодилатации и глубокому снижению артериального давления [9]. Стойкая вазодилатация является основным проявлением инфекционно-токсического шока, приводя к острому несоответствию сосудистой емкости и объема циркулирующей крови.

Целью нашего исследования явилось определение динамики содержания конечных стабильных метаболитов оксида азота — нитрит / нитратов в крови больных ГЛПС в зависимости от тяжести течения и периода заболевания, определение корреляционной зависимости уровня NO и значений артериального давления.

Материалы и метод исследования: нами обследовано 54 больных ГЛПС в возрасте от 18 до 63 лет без сопутствующих заболеваний в анамнезе. Пациентов с тяжелой формой — 32, осложненным течением — 22. Регистрацию уровня конечных стабильных продуктов метаболизма NO (NOx) в цельной крови больных ГЛПС определяли методом Емченко Н.Л. (1994)/

Результаты исследования показали значительное повышение уровня NOx, что отражает активность клеточного звена иммунного ответа, степень повреждения эндотелия. Относительное снижение уровня NOx мы наблюдали в олигурическом периоде при тяжелой форме с осложненным течением ГЛПС. Различали следующие осложнения: инфекционно-токсический шок, синдром диссеминированного свертывания крови, острую почечную недостаточность с развитием уремии и последующим переводом на гемодиализ. Необходимо отметить, что различий в уровне конечных стабильных метаболитов NO в зависимости от вида осложнений обнаружено