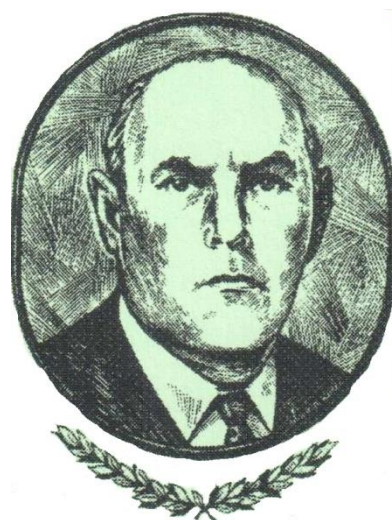


Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Памяти Н.А. Торсуева
посвящается**



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

СБОРНИК НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ РАБОТ

Выпуск 12

Донецк – 2016

ББК 53.4
УДК 616.5+616.97
Т 59

Сборник научно-практических работ посвящен актуальным вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний кожи и обусловленных сексуально-трансмиссивными инфекциями, проблемам эстетической медицины и медицинской косметологии, подготовки врачей. В работах показаны инновационные методы диагностики в дерматологии, новые технологии терапевтических воздействий. Отдельные статьи посвящены актуальным проблемам дерматологии, выполненным на стыке других разделов клинической медицины.

Торсуевские чтения: Сборник научно-практических работ / Под ред. Т.В. Проценко. – Донецк, 2016. - Выпуск 12. – 149 с.

Главный редактор: Проценко Т.В., академик АН ВОУ, д.мед.н., профессор.

Ответственный секретарь: к.мед.н., Черновол А.С.

Редакционный совет:

Бабюк И.А., д.мед.н., профессор
Белик И.Э., д.мед.н., профессор
Богуслав Ю.П., д.мед.н.
Василенко И.В., д.мед.н., профессор
Прилуцкий А.С., д.мед.н., профессор
Проценко О.А., д.мед.н., профессор
Проценко Т.В., д.мед.н., профессор
Радионон В.Г., д.мед.н., профессор
Романенко В.Н., д.мед.н., профессор
Романенко К.В., д.мед.н.
Фисталь Н.Н., д.мед.н., профессор
Фисталь Э.Я., д.мед.н., профессор

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, протокол № 8 от 28.11.2016 г.

Авторский коллектив, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Амелькович А.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД).....6

Афанасьева Е.С., Чугуй Е.В.

КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ПОРИСТЫМИ НИКИЛИД ТИТАНОВЫМИ АППЛИКАТОРАМИ.....14

Бондолетова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ СКЛЕРОДЕРМИИ.....22

Дудник Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2015 – 2016 гг.).....31

Зубаревская О.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2015 – 2016 гг.).....37

Колосовская В.А.

КЛИНОКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ.....45

Лифинцова Э.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2015 – 2016гг.).....51

Лукьянченко Е.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.....58

Махниборода А.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.....64

Мельник А.В., Федорова А.В., Вертепная Е.Т., Мельник В.А., Смирнова Т.Я.
**О РЕЗУЛЬТАТАХ СКРИНИНГА МЕТОДОМ РЕАКЦИИ
МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ С ИНАКТИВИРОВАННОЙ СЫВОРОТКОЙ
ПО МАТЕРИАЛАМ УНЛК (УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА).....70**

Мельник В.А., Мельник К.В., Беседин И.Е., Мельник Ал.В., Мельник А.В.
**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПУТЯХ И
ФАКТОРАХ ПЕРЕДАЧИ, МЕРАХ ЗАЩИТЫ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ (СПИДА) У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И УЧАЩИХСЯ
ДОНЕЦКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЛИЦЕЯ.....77**

Проценко Т.В., Заблоцкая А. Г., Борjak С.А.
**ОПЫТ UVA ФОТОТЕРАПИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО
ПСОРИАЗА.....83**

Проценко О.А., Мехова Г.А., Проценко О.И.
**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ
ГОЛОВЫ ПРИ СЕБОРЕИ.....91**

Чайковская И. В., Строяковская О. Н., Грицкевич Н. Ю.
**КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНЫХ СХЕМ
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО
СТОМАТИТА.....98**

Эйжвертин Д.Ю., Хавана Т.А.
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЭКСТРАКТА СОСНОВОГО
ДЕГТЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ.....107**

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ

Проценко Т.В., Проценко О.А.
**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО
МЫШЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ.....115**

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Горбенко Ал.С.
**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ПРОВОЦИРУЕМЫЕ
ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....121**

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Авдеенко Т.В.
СЛУЧАЙ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРЧАТКИ.....129

*Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Удовитченко Ю.В., Конов В.Г.,**
*Оноприенко З.С.**

**КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У
ДЕТЕЙ.....134**

Романенко К.В., Кравец Е.В., Ермилова Н.В., Гупало Л.А.

**ВРОЖДЕННАЯ ИХТИОЗИФОРМНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ БРОКА
(клинический случай).....143**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.5-004.1-036.2

Амелькович А.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2015 – 2016 гг.)

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

ДонНМУ им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности розацеа у больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 30 (2%) эпикризов больных розацеа – 25 (83,4%) женщин и 5 (16,6%) мужчин в возрасте от 18 до 85 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза, наличия сопутствующей патологии и проводимого лечения.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

Ключевые слова: розацеа, клиника, эпидемиология.

Одной из актуальных проблем современной дерматологии является розацеа - мультифакториальное заболевание с хроническим рецидивирующим характером течения, преимущественно поражающее кожу лица [1]. Розацеа относится к распространенным воспалительным дерматозам, поражающим кожу лица. По данным российских авторов, розацеа имеет наибольший удельный вес (36%) в структуре акнеподобных дерматозов. Следует отметить, что с 2005 г. этот показатель имеет стойкую тенденцию к снижению [4]. В Российской Федерации на розацеа приходится около 5% всех дерматологических диагнозов. Однако, по данным российских косметологов,

реальная цифра достигает 20,6% [5]. В США доля розацеа среди дерматозов составляет 8—9%, в Скандинавских странах и в Германии -7-10% [6]. Показано, что наиболее высокая заболеваемость розацеа фиксируется среди индоевропейских народов [7]. Самая высокая заболеваемость розацеа отмечается в США и странах Европы. Так, в Германии розацеа диагностируется у 2,2% населения, в Швеции — у 10%, в Эстонии — у 22% [7]. В Эстонии у 22% из 348 случайно выбранных человек присутствовал хотя бы один признак розацеа. Наиболее часто встречались такие клинические признаки заболевания, как эритема (21%) и телеангиэктазии (18%) [4]. В США количество больных розацеа составляет, по некоторым данным, более 16 млн [6]. Согласно данным различных ретроспективных исследований, в США распространенность розацеа находится в пределах 1,3—2% [6]. Отмечается более высокая заболеваемость розацеа среди людей со светлой кожей (I и II фототипы по Фитцпатрику), в то время как низкая встречаемость заболевания наблюдается среди пациентов азиатского и африканского происхождения. Кроме того, у большинства чернокожих больных розацеа имеются предки североамериканского происхождения. Показано, что лишь 4% всех больных розацеа имеют азиатское, африканское или латиноамериканское происхождение [8]. Тем не менее розацеа является относительно распространенным заболеванием и в популяциях с преимущественно IV и V фототипами кожи по Фитцпатрику, например, в Тунисе [9]. Существуют данные как о равном распределении розацеа по полу, так и о преобладании заболевания среди женщин. Так, среди 60 000 пациентов в исследовании, проведенном в Великобритании, большую часть составляли женщины (62%) [9]. По некоторым данным, тяжелые формы, например ринофима, встречаются в подавляющем большинстве случаев у мужского населения. Женщины начинают болеть розацеа в более молодом возрасте, чем мужчины [10]. Однако на основании масштабного исследования, проведенного в Греции К. Kyriakis, установлено, что мужчины и женщины страдают данным заболеванием в равной степени [7]. Примерно у 80% пациентов розацеа впервые

диагностируется в возрасте 30 лет и старше. У женщин заболевание начинается, как правило, после 35 лет, а самая большая заболеваемость приходится на возраст 61—65 лет. Среди мужского населения заболевание возникает преимущественно в возрасте старше 50 лет, а пик приходится на 76—80 лет [3].

Следует помнить о возможности недостоверности эпидемиологических данных по розацеа. Показатели распространенности заболевания тесно коррелируют с качеством ранней диагностики розацеа. В странах с низким уровнем развития медицинского обеспечения вероятность достоверности данных о распространенности заболевания низкая, что связано с поздней диагностикой или ее отсутствием. В странах с более высоким уровнем медицинской помощи чаще всего пациенты обращаются к врачу при развитии папуло-пустулезной и более тяжелых стадий розацеа, поэтому с учетом эритематозно-телеангиэктатической стадии распространенность розацеа будет значительно выше [4]. Данное заболевание преимущественно поражает взрослых в возрасте 30—50 лет. Нередки случаи возникновения розацеа у людей старше 70 лет [2]. По некоторым данным, первые признаки заболевания в виде гиперемии кожи лица встречаются у 1,65% лиц уже в 12—20 лет [1].

Учитывая вышеизложенное исследование клинико-эпидемиологических особенностей розацеа является актуальной задачей современной дерматологии.

Цель исследования — выявить клинико-эпидемиологические особенности розацеа у больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно проанализировано 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Статистическая обработка результатов исследования проведена классическими методами вариационной статистики с применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2010 на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

С диагнозом розацеа проанализировано 30 (2%) эпикризов. В 2015 году стационарное лечение в РКДВД получили 12 больных [2 (%) мужчин и 10 (80%) женщин], в 2016 году – 18 больных [3 (22%) мужчин и 15 (8%) женщин] в возрасте от 18 до 85 лет. Анализ данных установил, что в 2015 году преобладающее число больных было в возрастной группе старше 50 лет – 6 (20%) больных, а в возрастных группах 20-30 лет и старше 60 лет не зарегистрировано ни одного случая заболевания. В 2016 году также наибольшее число больных отмечено в возрастной группе старше 50 лет – 13 (43,3%) больных, что на 7 больных больше, чем в 2015 году. Обращает внимание, что в возрастной группе 20-30 лет случаев заболевания также не было выявлено (табл.1).

Таблица 1. Распределение больных розацеа по полу и возрасту.

Год Возраст	2015 год			2016 год			Всего Абс./%
	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	
20-30 лет	-	-	-	-	-	-	-
30-40 лет	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.6%)	1 (3.3%)	-	1(3.3%)	3 (10%)
40-50 лет	1 (3.3%)	3 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.6%)	5 (16.6%)	7 (23.3%)	11(36.6%)
50- 60лет	-	6 (20%)	6 (20%)	-	7 (23.3%)	7 (23.3%)	13(43.3%)
60- 80лет	-	-	-	-	3 (3.3%)	3(3.3%)	3 (3.3%)
Всего	2(6.6%)	10 (33.3%)	12 (40%)	3 (9.9%)	15 (50%)	15(50%)	30 (100%)

Полученные данные подтверждают, что женщины болеют чаще, чем мужчины – 25 (83,4%) женщин и всего лишь 5 (16,6%) мужчин.

Анализ форм дерматоза показал преобладание эритематозно-папулезной формы розацеа – у 17 (56,6%) больных. В 2015 году дерматоз выявлен у 7

(23,3%) больных (6 (20%) женщин и 1 (3,3%) мужчина), что на 3 случая меньше, чем в 2016 году – 10 (33,3%) больных (9 (30%) женщин и 1 (3,3%) мужчина).

Папуло-пустулезная форма розацеа выявлена у 12 (40%) больных, причем в 2016 году их было больше в 2 раза, чем в 2015 - 8 (26,6%) и 4 (13,3%) больных соответственно. Ринофима отмечена лишь у 1 (3,3%) больного (табл.2).

Таблица 2. Распределение больных по полу и форме розацеа.

Форма заболевания	2015 год			2016 год			Всего Абс.,%
	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	
Папуло-пустулезная форма	-	4 (13.3%)	4 (13.3%)	2 (6.6%)	6 (20%)	8 (26.6%)	12 (40%)
Эритематозно-папулезная форма	1 (3.3%)	6 (20%)	7 (23.3%)	1 (3.3%)	9 (30%)	10 (33.3%)	17 (56.6%)
Ринофима	1 (3.3%)	-	1 (3.3%)	-	-	-	1 (3.3%)
Всего	2 (6.6%)	10 (33.3%)	12 (39.9%)	3 (10%)	15 (50%)	18 (60%)	30 (100%)

Demodex fol. был выявлен у 22 (70%) больных – у 10 (33,3%) больных в 2015 году и у 15 (46,6%) больных в 2016 году (табл.3).

Таблица 3. Распределение больных по полу и обнаружению Demodex fol.

Demodex fol.	2015 год			2016 го			Всего Абс./%
	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	
Обнаружен	1 (3.3%)	9 (30%)	10 (33.3)	2 (6.6%)	10 (30%)	12 (36.6%)	22 (70%)
Не обнаружен	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.6%)	1 (3.3%)	5 (16.6%)	6 (19.6%)	8 (30%)
Всего	2 (6.6%)	10 (33.3%)	12 (39.9%)	3 (9.9%)	15 (46.6%)	18 (56.2%)	30 (100%)

При анализе сопутствующей патологии выявлено, что наиболее часто встречалась эндокринная патология (узловатый зоб, аутоиммунный тиреоидит и т.д), всего у 14 (46,6%) больных, в т.ч. у 4 (13,3%) женщин и у 2 (6,6%) мужчин в 2015 году, у 5 (16,6%) женщин и у 1 (3,3%) мужчины в 2016 году.

У 12 (40%) больных отмечена патология желудочно-кишечного тракта (хеликобактер-ассоциированный гастрит, язвенная болезнь желудка и др.) в стадии обострения (табл.4).

Таблица 4. Распределение больных по полу и сопутствующей патологии.

Сопутствующая патология	2015г			2016г			Всего Абс./%
	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	
Эндокринная патология	2 (6,6%)	4 (13,3%)	6 (20%)	1 (3,3%)	7 (23,3%)	8 (26,6%)	14 (46,6)
Заболевания Желудочно-кишечного тракта	-	5 (16,6%)	5 (16,6%)	2 (6,6%)	5 (16,6%)	7 (23,3%)	12 (40%)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	-	1 (3,3%)	1 (3,3%)	-	3 (10%)	3 (10%)	4 (13,3%)
Всего	2 (6,6%)	10 (33,3%)	12 (39,6%)	3 (10%)	15 (50%)	18 (60%)	30 (100%)

Анализ показал, что у 23 (76,6%) больных была проведена системная антибактериальная терапия, преимущественно антибиотиками тетрациклинового ряда, в 2016 году 13 (40%) больных, что на 3 случая больше, чем в 2015 году – 10 (36,6%) больных.

Противопаразитарную терапию получили 23 (76.6%) больных, в 2015 году 10 (30%) женщин и 2 (6.6%) мужчин, в 2016 году 9 (27.7%) женщин и 2 (6.6%) мужчин. Физиопроцедуры всего получили 16 (53.3%) больных (табл.5).

Таблица 5. Распределение больных по полу и виду терапии.

Лечение	2015 год			2016 год			Всего Абс./%
	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	Всего Абс./%	
Анти- бактериальная Макролиды	2 (6,6%)	8 (30%)	10 (36,6%)	3 (10%)	10 (30%)	13 (40%)	23 (76,6%)
Ретиноиды	-	2 (6,6%)	2 (6,6%)	-	1 (3,3%)	1 (3,3%)	3 (10%)
Противопарази- тарная терапия	2 (6,6%)	10 (30%)	12 (36,6%)	2 (6,6%)	9 (27,7%)	10 (30%)	23 (76,6%)
Наружная терапия	2 (6,6%)	10 (30%)	12 (39,6%)	3 (10%)	15 (50%)	18 (60%)	30 (100%)
Физиопроцеду- ры	1 (3,3%)	8 (26,6%)	9 (29,9)	2 (6,6%)	5 (16,6%)	7 (23,2)	16 (53,3%)

Выводы

Выявленные особенности могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адашкевич В.П. Акне вульгарные и розовые (иллюстрированное руководство). – М.: Медицинская книга, 2003. – 160 с.
2. Коган Б.Г., Степаненко В.И. Розацеа, Демодекоз, дерматит периоральный – обоснование стандартных подходов к диагностике и рациональной терапии // Дерматология, Косметология, Сексопатология. – 2003. - № 1-4 (6). – С. 57-70.
3. Потекаев Н.Н. Розацеа: этиология, клиника, терапия. – М., 2000.-143 с.
4. Потекаев Н.С. Современные представления об этиологии, клинике и терапии розацеа // Кометика&Медицина.-2001.-№6-С. 15-21.

5. Черкасова М.В., Сергеев Ю.В. Актуальные аспекты патогенеза и терапии розацеа // Российский журнал кожных и венерических болезней.-1998.-№6.-С. 59-64.

6. Abram K., Silm H., Maaroos H. I. et al. Risk factors associated with rosacea. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010; 24 (5): 565—571.

7. Steinhoff M., Buddenkotte J., Aubert J. et al. Clinical, cellular, and molecular aspects in the pathophysiology of rosacea. J Investig Dermatol Symp Proc 2011; 15 (1): 2—11.

8. Halder R. M., Brooks H. L., Callender V. D. Acne in ethnic skin. Dermatol Clin 2003; 21 (4): 609—615.

9. Khaled A., Hammami H., Zeglaoui F. et al. Rosacea: 244 Tunisian cases. Tunis Med 2010; 88 (8): 597—601.

10. Spoenclin J., Voegel J. J., Jick S. S. et al. A study on the epidemiology of rosacea in the U. K. Br J Dermatol 2012; 167: 598—605.

Amelkovich A.A.

Features of epidemiology, clinic and course of rosacea (by analysis of case history epicrisis RKDVD during 2015 - 2016 years).

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to identify clinical and epidemiological features of rosacea in patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years.

Materials and methods. Made the analysis of 1474 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Were analyzed 30 epicrisis of patients with rosacea - 25 (83.4%) women and 5 (16.6%) men aged from 18 to 85 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, forms of dermatosis, the presence of comorbidity, and kind of treatment.

Conclusions. The obtained data can be used to optimize the health facility.

Keywords: rosacea, clinic, epidemiology.

Афанасьева Е.С., Чузуй Е.В.

КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ПОРИСТЫМИ НИКИЛИД ТИТАНОВЫМИ АППЛИКАТОРАМИ

*НИИ травматологии и ортопедии ДонНМУ им. М. Горького, г. Донецк
Республиканский клинический дерматовенерологический центр, г. Донецк*

Резюме

Цель исследования – изучить эффективность криовоздействия при кожном роге различного генеза и локализации.

Материалы и методы исследования. За период с 1996 по 2015 г.г. (20 лет) под наблюдением находилось 1056 пациентов с диагнозом кожный рог. Для криовоздействия использовали, жидкий азот (температура - 196⁰С) и аппликаторы из пористого никелида титана. Гистопатологическое исследование было проведено у 274 (26%). Статистическая обработка проводилась по стандартным программам с помощью персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение. Среди 1056 пациентов кожный рог был у 562 (53%), женщин и у 494 (47%) мужчин. При этом во всех возрастных группах преобладали женщины.

Чаще наблюдали одиночную форму кожного рога - у 919 (87%), реже встречались множественные очаги – у 137 (13 %). В 32% случаев имели место воспалительные явления у основания образования. Кожный рог на щеках был у 315 (29,8%), на лбу – у 253 (23,9 %), на веках – у 189 (18%), на ушных раковинах – у 74 (7%), в области волосистой части головы – у 34 (3,2%), на спине – у 31 (2,9%), на конечностях – у 22 (2,1%), в паховой и подмышечной областях – у 21 (2%).

Первичная форма кожного рога была у 465 (44,1%) пациентов, вторичная – у 591 (55,9%) пациента, одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. У пациентов 40 - 95 лет кожный рог развился на фоне сенильного кератоза – у 106 (18%), бородавок – у 65 (11%), папиломатоза – у 59 (10%). В возрасте 16 - 40 лет после избыточной инсоляции – у 53 (9%), травматического повреждения инфицированием – у 47 (8%).

Выводы. Криовоздействие при «кожном роге» различного генеза и локализации является эффективным способом лечения, позволяет предупредить рецидивирующее течение заболевания.

Ключевые слова: криовоздействие, «кожный рог», аппликаторы из никелида титана.

Кожный рог – редко встречающееся заболевание, которое наиболее часто диагностируется у людей пожилого возраста, которое приносит массу негативных ощущений больному [3].

В последнее время термин «кожный рог» рассматривают как собирательное понятие, так как он может развиваться при доброкачественных новообразованиях кожи, таких как бородавки, папиллом, кератоакантомы, но чаще всего он наблюдается при актиническом кератозе и начальных стадиях плоскоклеточного рака [1,2]. Принимая во внимание тот факт, что кожный рог может быть связан с раком кожи, при его удалении, удаляют часть тканей вокруг образования, в которых могут быть атипичные клетки[1].

Большое значение имеет выбор способа удаления кожного рога. Лазерное и радиоволновое удаление обеспечивают более лучшее и быстрое заживление, так как они, осуществляя разрез тканей, одновременно коагулируют все повреждённые сосуды, что обеспечивает практически бескровное проведение операции[1]. Однако захват прилежающих к новообразованию тканей ограничен, что не позволяет полностью исключить оставшиеся патологические клетки[2]. В связи с этим криовоздействие является выбором терапии при кожном роге, так как она может быть проведена в достаточно широком и глубоком объёме вокруг новообразования [4].

Цель исследования – изучить эффективность криовоздействия при кожном роге различного генеза и локализации.

Материалы и методы исследования

За период с 1996 по 2015 г.г. (20 лет) под наблюдением находилось 1056 пациентов с диагнозом кожный рог. Для криовоздействия использовали, жидкий азот (температура - 196⁰С) и аппликаторы из пористого никилида титана. Криовоздействие кожного рога проводили с помощью оригинальных инструментов – пористых металлических инструментов из никилида титана (криоаппликаторов), наполненных жидким азотом. Использовалась модификация криоаппликатора в виде пинцета с двумя металлическими «телами» степень криовоздействия определялась по визуальному признаку. Время

удержания замораживания зависило от размеров кожного рога. Гистопатологическое исследование было проведено у 274 (26%). Статистическая обработка проводилась по стандартным программам с помощью персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

В наших наблюдениях кожный рог представлял собой плотное новообразование, от темно-желтого до коричневого цвета, размером от 1 до 10 см. расположенное на видимо неизменной коже, в редких случаях отмечал воспалительный венчик по периферии.

Среди 1056 пациентов с кожным рогом чаще встречались женщины – 562 (53%), чем мужчины – 494 (47%) (рис. 1).

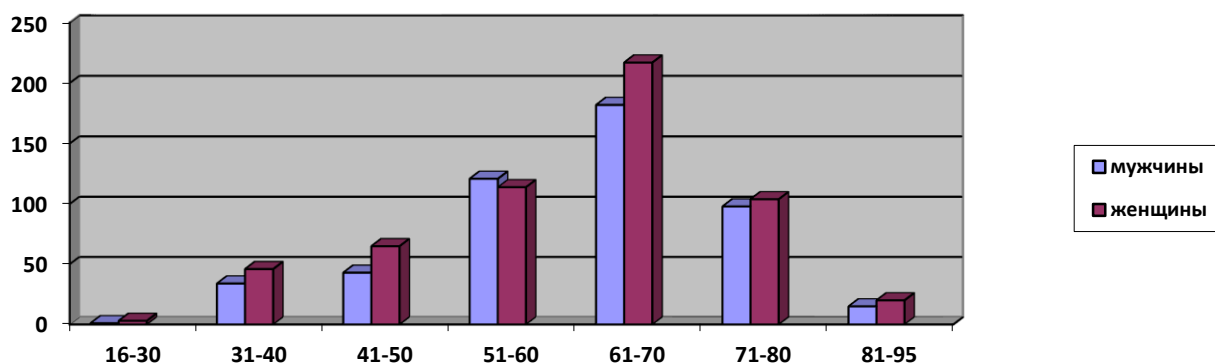


Рис. 1. Гендерно-возрастное распределение больных с кожным рогом

При анализе возрастных групп отмечалось преимущественно поражения лиц в возрасте 51-80 лет – 634 (60%), особенно в возрастной группе 61-70 лет – 399 (37, 8%). При гендерно-возрастном анализе обращало внимание, что во всех возрастных группах преобладали женщины, особенно в возрасте 61-70 лет – 217 (38,6%), в то время как в возрасте 51-60 лет, несколько больше мужчин – 121 (24,5%).

Наиболее частая локализация кожного рога на лице в области щек – 315 (29,8%), на лбу – 253 (23,9 %), на веках – 189 (18%), при этом гендерных различий не выявлено. В то время при локализации в области грудной клетке кожный рог встречался у мужчин -107 (10,1%) (рис.2.)

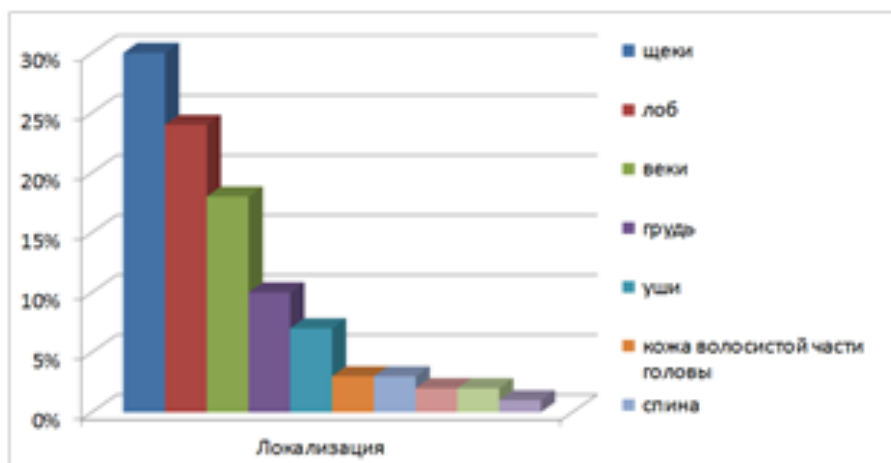


Рис. 2. Распределение больных в зависимости от локализации процесса

Более редкой локализацией кожного рога была кожа ушных раковин - 74 (7%), кожа волосистой части головы – 34 (3,2%), спины – 31 (2,9%), конечностей – 22 (2,1%), паховой и подмышечной областей – 21 (2%). Редкой локализацией кожного рога была слизистая полости рта, в основном, у лиц, которые много курят – 10 (1%).

У большинства пациентов кожный рог, был одиночным - 919 (87 %), реже встречались множественные очаги - 137 (13 %). (рис. 3).

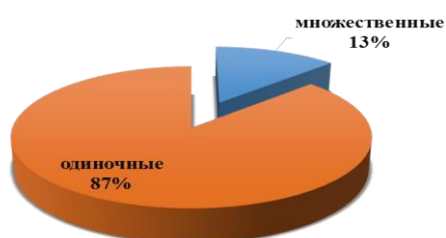


Рис. 3. Количество очагов кожного рога

В 32% случаев имели место воспалительные явления у основания образования.

Выделено 2 формы кожного рога: первичную, или истинную и вторичную, или ложную [2].

К первичной (истинной) форме заболевания относят грубые цилиндрические разрастания, которые развиваются на здоровой коже без видимых причин. Считают, что эта форма имеет доброкачественный характер [2].

В наших наблюдениях первичная форма кожного рога у 465 (44,1%) пациентов, одинаково часто как у мужчин, так и у женщин (рис. 4).

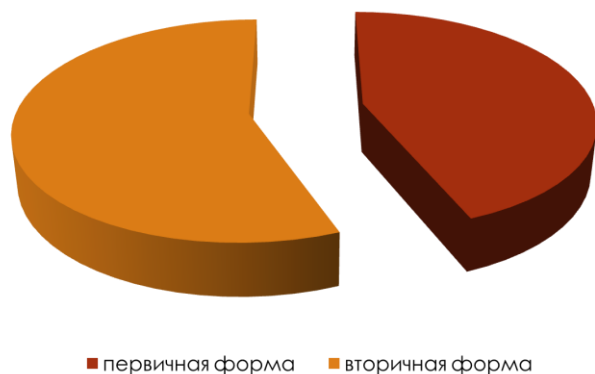


Рис. 4. Формы кожного рога

Вторичная (ложная) форма кожного рога развивалась на фоне предшествующего патологического процесса (травмы, воспалительный процесс, туберкулез, красная волчанка или др.). Вторичная форма кожного рога считается более опасной, так как велик риск перехода в злокачественное новообразование [2].

В наших наблюдениях вторичная форма кожного рога была у 591 (55,9%) пациентов, одинаково часто у мужчин, так и у женщин.

Чаще всего кожный рог развивался на фоне сенильного кератоза – у 106 (18%) больных, бородавок – у 65 (11%), папилломатоза – у 59 (10%), в возрастной группе – от 40 до 95 лет, одинаково часто как у мужчин, так и у женщин (рис. 5).

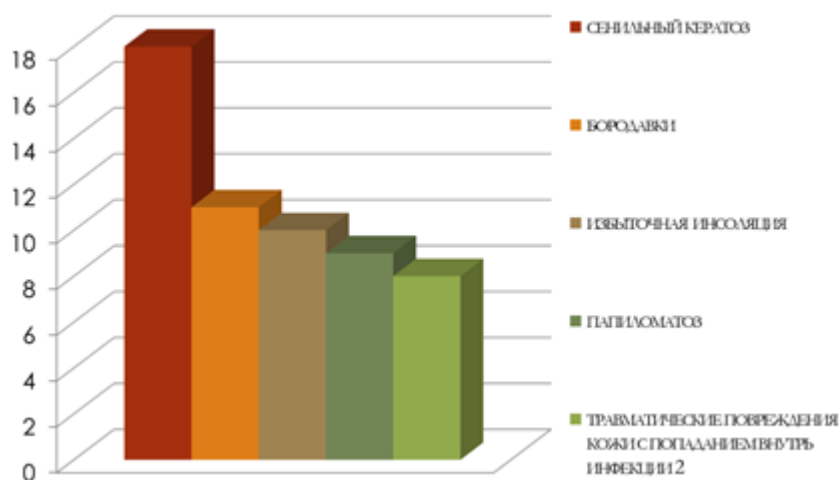


Рис. 5. Предшествующие кожному рогу изменений кожи

В более молодом возрасте (от 16 до 40 лет) причиной появления кожного рога являлась избыточная инсоляция – у 53 (9%) больных, травматические повреждения кожи со вторичным инфицированием – у 47 (8%).

Криовоздействие заключалось в холодной обработке кожного рога образования с помощью оригинальных инструментов – пористых металлических инструментов из никелида титана (криоаппликаторов), наполненных жидким азотом. [4]. Использовалась модификация криоаппликатора в виде пинцета с двумя металлическими «телами», между которыми помещалось новообразование. Степень криовоздействия определялась по визуальному признаку: вокруг кожного рога образовывалось стойкое белое побледнения кожи, диаметр которого в 2-2,5 раза превышал диаметр самого образования. Время удержания замораживания зависело от размеров кожного рога. Использовалась тактика чередующихся замораживания и оттаивания. [4]. Обезболивания процедура криолечения не требовала, для гистологического исследования срезались замороженные ткани.

Гистопатологическое исследование кожного рога было проведено в особо крупных размеров образования – 211 (20%) и при появлении признаков распада - 63 (6%). При гистологическом исследовании был выявлен резко выраженный гиперкератоз, незначительно выраженный папилломатоз и акантоз из пролиферирующих шиповатых клеток эпидермиса. [3]. У 219 (80%) пациентов нес доброкачественный характер новообразования.

После криовоздействия при кожном роге спустя 40-60 сек. после криовоздействия развился отек, более выраженная реакция прослеживалась в зонах с избыточной подкожно-жировой клетчаткой; затем через 2-5 ч. образовывался пузырь с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, которая вскрывалась на 2-5 день, образуя раневую поверхность. Отечность в течение первых 5 дней постепенно регрессирует. К 3-7 дню образуется плотная корка, заживление идет под струпом от периферии к центру. К концу 3-4 недели струп отторгается, оставляя после себя нормотрофический рубец.

Наблюдение пациентов проводилось в течение 2х лет рецидивов не отмечено ни в одном из 1056 случаев криовоздействия.

Таким образом, криовоздействию при кожном роге происходит полная элиминация патологического новообразования кожи с хорошими ближними и отдаленными результатами.

Выводы

Криовоздействие при «кожном роге» различного генеза и локализации является эффективным способом лечения, позволяет предупредить рецидивирующее течение заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубанова А.А., Кисина В.И., Блатун Л.А., Вавилов А.М. Рациональная фармакотерапия заболевания кожи и инфекций, передаваемых половым путем // М.: Изд-во. «Литтерра», 2007. – 882 с.
2. Скрипкин Ю. К. Бутова Ю.С., Иванова О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство // М.: Изд-во. «Геотар – Медиа», 2014. – 1021 с.
3. Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи // М.: Бином.- Лаборатория знаний, 2006. – 166 с.
4. Чугуй Е.В., Мельник Д.Д., Гюнтер В.Э., Фисталь Э.Я., Мельник П.В. Методология криологии с использованием инструментов из пористого никелида титана // – Томск: STT, 2010. - 272 с.

Afanasyeva E.S., Chuguy E.V.

Cryogenic treatment of precancerous diseases porosity of the skin NIKILID titanium applicator

Research Institute of Traumatology and Orthopedics Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Dermatovenerologic Republican Clinical Center, Donetsk

Aim of the study – to study the effectiveness of cryotherapy in cutaneous horn of different origin and localization.

Materials and methods. During the period from 1996 to 2015 (20 years) were observed in 1056 patients with a diagnosis of cutaneous horn. To use liquid nitrogen (temperature - 196°C) and

applicators nikilida porous titanium. Histopathological examination was performed in 274 (26%). Statistical processing was performed by standard programs with a personal computer.

Results and discussion. Among the 1056 patients cutaneous horn was in 562 (53%) women and 494 (47%) men. In all age groups dominated by women.

Most watched a single form of cutaneous horns - from 919 (87%), rarely encountered multiple foci - in 137 (13%). In 32% of cases occurred inflammation at the base of the formation. Cutaneous horn on the cheeks - from 317 (30%), on the forehead - in 253 (24%), the centuries - in 190 (18%), on the ears - in 74 (7%), in the area of the scalp - in 32 (3%) on the back - 32 (3%), the extremities - 21 (2%) in inguinal and axillary areas - 21 (2%).

The primary form of cutaneous horn was in 465 (44%) patients, the secondary - in 591 (56%) patients, equally in both men and women. In patients 40 - 95 years has developed cutaneous horn on the background of senile keratosis - in 106 (18%), warts - in 65 (11%), papilomatoza y 59 (10%). At age 16 - 40 years of excessive sun exposure - 53 (9%), traumatic injury infektsirovaniem - 47 (8%).

Conclusions. Cryogenic treatment at the "cutaneous horn" of different origin and localization is an effective treatment, can prevent recurrent course of the disease.

Keywords: cryotherapy, "cutaneous horn" applicators titanium nikilida.

Бондолетова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ СКЛЕРОДЕРМИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – оценить клинические и эпидемиологические особенности склеродермии за период 2015-2016гг. на примере крупного медицинского учреждения.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) по анализу 1474 выписных эпикризов из историй болезни за период с 2015-2016 гг.

Результаты и их обсуждение. Всего было обработано 1474 выписных эпикриза из них 36 (2,4%) случаев склеродермии. Наибольшая частота встречаемости склеродермии наблюдается в 2015году – 22 (61,1%). При гендерно-возрастном анализе, выявлено, что чаще всего патология встречалась у женщин - 18 (81,8%), преимущественно старше 50 лет – 12 (55%). Проводя анализ встречаемости заболевания в зависимости от форм, выявлено, что за период с 2015 по 2016гг. преобладает бляшечная форма склеродермии – 26 (72,2%) больных, из них мужчин – 6 (16,8%), женщин – 20 (55,6%). По частоте первичных обращений и рецидивов за период 2015-2016 гг. преобладают рецидивы: склеродермии при длительности болезни от 2 до 9 лет – 21 (58,4%). Впервые выявленных случаев склеродермии всего – 2 (5,5%). При исследовании наличия сопутствующей патологии у больных склеродермией установлено, что чаще всего встречались патологии желудочно-кишечного тракта – 25 (23,36%), патологии эндокринной системы – 21 (19,7%) и патологии сердечно-сосудистой системы – 19 (17,8%).

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при планировании и проведении лечебных мероприятий.

Ключевые слова: склеродермия, эпидемиология, клиника.

Ограниченная склеродермия (ОС) представляет собой аутоиммунное заболевание, характеризующееся склерозом кожи, подкожной жировой клетчатки, а иногда и подлежащих тканей и отличающееся от системного склероза отсутствием признаков акросклероза, специфических для системности антител, и вовлечением в патологический процесс внутренних органов [2]. В

последнее десятилетие отмечается тенденция к возрастанию числа больных ОС и более агрессивному течению болезни [1]. Случаи склеродермии регистрируют во всех регионах мира, однако распространенность заболевания в различных географических зонах и этнических группах неодинакова [3]. Заболеваемость локализованной склеродермией составляет 2,7 на 100 000 населения [5]. По другим данным, это заболевание встречается преимущественно у молодых лиц и детей с частотой 0,4—1,0 на 100 000 населения или 25 на 1 000 000 населения. В Российской Федерации заболеваемость локализованной склеродермией в 2015 г. составила 16 140 случаев: взрослых больных зарегистрировано 13 885, подростков 15—17 лет — 690, детей в возрасте 14 лет и моложе — 1565 [1].

ОС является редким заболеванием, которое наиболее часто поражает лиц европеоидной расы, но также может встречаться у представителей любой другой расы [4]. Существует весьма ограниченное количество эпидемиологических исследований, по данным которых распространенность ОС составляет от 0,3 до 3 случаев на 100 000 человек [1,3]. Очаговая склеродермия чаще встречается у женщин [3]. Начало болезни может приходиться на любой возраст, но при различных формах склеродермии пик заболеваемости существенно различается [1]. Наиболее распространенная форма ОС – бляшечная склеродермия, – как правило, возникает у взрослых пациентов (от 40 до 50 лет), в то время как линейная склеродермия (ЛС) развивается преимущественно у детей (в 90% случаев в возрасте 2–14 лет) [2]. При других, более редких формах ЛС пик заболеваемости приходится на 3-е и 4-е десятилетия жизни [3]. Заболеваемость склеродермией в Российской Федерации в 2015 г. незначительно возросла по сравнению с 2014 г. и составила 3,9 случая на 100 000 населения. Первичная заболеваемость составляет от 3,7 до 20,0 случаев на 1 млн населения. Распространенность в среднем 240-290 на 1 млн населения. В Российской Федерации первичная заболеваемость составляет 0,39 на 1000 населения, по Москве - 0,02 случая на 1000 населения [1].

По статистике население США страдает этим заболеванием чаще, чем жители Японии или стран Европы. Первичная заболеваемость в США составляет 12 случаев на 1 млн населения в год [3]. На данный момент с болезнью борются примерно 300 тысяч американцев [3]. Объяснение этому ещё не найдено, но установлено, что раса и этнос не влияют на вероятность заболеть, в то время как пол человека играет большую роль [3]. Женщины болеют склеродермией чаще, чем мужчины [1-3]. Например, на одного мужчину с ограниченной формой болезни, приходится три женщины, у которых также обнаружено данное заболевание [1-3].

Цель исследования – оценить клинические и эпидемиологические особенности склеродермии за период 2015-2016 гг. на примере крупного медицинского учреждения.

Материал и методы исследования

В исследование было обработано 1474 выписных эпикризов за период с 2015 по 2016гг. из которых 36 (2,4%) случаев склеродермии. Для того, чтобы можно было сделать обоснованные заключения, уделяли внимание систематизации полученных данных (пол, возраст, диагноз, продолжительность, распространенность, активность, системность, сопутствующей патологии).

Статистическая обработка результатов проводилась классическими методами с использованием пакета анализа программы «Microsoft Excel 2013» на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Под наблюдением за период 2015-2016гг. находилось 36 пациентов в возрасте от 3 до 80 лет: женщин – 28 (78%), мужчин – 8 (22%) (табл.1).

Таблица 1. Частота встречаемости склеродермии в зависимости от гендерно-возрастного распределения больных за 2015-2016гг.

Возраст	Мужчины n = 8 (22,3%)	Женщины n =28 (77,7%)	Всего n = 36 (100%)
0-20 лет	1	2	3 (9%)

21-50 лет	7	7	14 (38,3%)
51 и более	0	19	19 (52,7%)

Анализ гендерно-возрастного распределения показал преобладание женщин - 28 (77,7%), мужчин было лишь – 8 (22,3%). При анализе возрастной категории от 0 до 20 лет зарегистрировано 3 (9%) случая, 21-50 лет – равное количество мужчин и женщин – всего 14 (38,3%) случаев, 51 и старше – 19 (52,7%) пациентов, только женского пола (таб.1).

В 2015 году зарегистрировано 22 (61%) случая склеродермии – мужчин 4 (18,2%), женщин 18 (81,8%)

Таблица 2. Частота встречаемости склеродермии в зависимости от гендерно-возрастного распределения больных за 2015.

Возраст	Мужчины n = 4 (18,2%)	Женщины n =18 (81,8%)	Всего n = 22 (100%)
0-20 лет	0	2	2 (9%)
21-50 лет	4	4	8 (36%)
51 и более	0	12	12 (55%)

В возрасте от 0 до 20 лет было 2 (9%) случаев только у женщин; в возрасте от 21 до 50 лет было 8 (36%) пациентов, как мужчин, так и женщин; в возрасте от 51 и более – 12 (55%) пациентов, только женщин (табл.2).

В 2016 г. всего было зафиксировано 14 (39%) больных, из которых 4 (26,8%) мужчин и 10 (71,4%) женщин (табл.3).

Таблица 3. Частота встречаемости склеродермии в зависимости от гендерно-возрастного распределения больных за 2016.

Возраст	Мужчины n = 4 (28,6%)	Женщины n= 10 (71,4%)	Всего n = 14 (100%)
0-20 лет	1	0	1 (7%)
21-50 лет	3	3	6 (43%)
51 и более	0	7	7 (50%)

Установлено, что в возрасте от 0 до 20 лет был 1 (7%) пациент, в возрасте от 21 до 50 лет было 6 (43%) пациентов, в возрасте от 51 и более было 7 (50%) пациентов. При гендерно-возрастном анализе в 2016г. установлено преобладание женщин - 10 (71,4%), преимущественно старше 50 лет – 7 (50%) (таб.3).

Продолжительность заболевания у больных склеродермией в 2015-2016 гг. варьировала от нескольких месяцев до 28 лет.

Таблица 4. Длительность заболевания у больных склеродермией (по анализу выписных эпикризов РКДВД за 2015-2016гг.)

Длительность	2015	2016	Всего %
Впервые	1	1	2 (5,5%)
От 0 до 1 года	5	1	6 (16,7%)
От 2 до 9 лет	11	10	21 (58,4%)
Более 10 лет	5	2	7 (19,4%)
Всего	22 (61,1%)	14 (38,9%)	36 (100%)

Впервые установлен диагноз склеродермии у 2 (5,5%) больных, длительность болезни от 0 до 1 года - у 6 (16,7%) больных, от 2 до 9 лет - у 21 (58,4%) больных, более 10 лет - у 7 (19,4%) больных. Следовательно, преобладание пациентов с длительностью заболевания от 2 до 9 лет – 21 (58,4%) (таб.4).

По формам заболевания 26 (72,2%) больных бляшечной склеродермией (БС), установлено, что ограниченная форма была у 12 (33,3%), а распространенная форма – у 14 (38,9%). Линейная форма была в 1 (2,8%) случае в 2016г.; белый лишай Цумбуша – у 5 (13,9%) больных; идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини – у 4 (11,1%) (табл.5).

Таблица 5. Частота встречаемости различных форм склеродермии в зависимости от пола за 2015-2016 гг.

Формы	Бляшечная склеродермия				Линейная форма		Болезнь белых пятен (белый лишай Цумбуша)		Атрофо-дермия идиопатическая Пазини-Пьерини		Системная	
	Ограниченна я бляшечная		Распространен ная бляшечная									
Год/ пол	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
2015	2	6	1	4	-	-	-	5	-	4	-	-
2016	1	3	2	7	1	-	-	-	-	-	-	-
Всег о 36	3 (8,4%)	9 (25 %)	3 (8,4%)	11 (30,6 %)	1 (2,8%)	0	0	5 (13,9 %)	0	4 (10,9%)	0	0
	12 (33,4%)		14 (39%)		1 (2,8%)		5 (13,9%)		4 (10,9%)		0	

Среди обследованных 36 больных с ограниченной формой было 3 (8,4%) мужчин и 9 (25%) женщин, с распространенной формой было 3 (8,4%) мужчин и 11 (30,6%) женщин; с линейной формой был 1 (2,8%) мужчина; с болезнью белых пятен (белый лишай Цумбуша) было 5 (13,9%) женщин; с идиопатической атрофодермией Пазини-Пьерини было 2 (10,9%) женщины. При анализе частоты встречаемости различных форм склеродермии в 2015-2016гг. установлено преобладание распространенной бляшечной формы – 14 (39%) больных преимущественно среди женщин – 11 (30,6%) (табл.5).

Проанализирована сопутствующая патология у больных склеродермией (табл.6).

Таблица 6. Сопутствующая патология у больных склеродермией (по анализу выписных эпикризов РКДВД за 2015-2016гг.)

Сопутствующая патология	Количество пациентов
Патология желудочно-кишечного тракта	
1. Хронический панкреатит	6

2. Хронический гепатит	4
3. Хронический гастродуоденит	7
4. Хронический холецистит	5
5. Хронический гастрит	1
6. Дисбактериоз кишечника	1
7. Желчекаменная болезнь	1
Всего : 25 (23,36%)	
Патология сердечно-сосудистой системы	
1. Ишемическая болезнь сердца	6
2. Гипертоническая болезнь	3
3. Кардиопатия	4
4. Сердечная недостаточность	4
5. Варикозная болезнь	1
6. Хроническая венозная недостаточность	1
Всего : 19 (17,8%)	
Патология эндокринной системы	
1. Хронический тиреоидит	6
2. Гипотиреоз	8
3. Эутиреоз	3
4. Узловатый зоб	3
5. Сахарный диабет	1
Всего : 21 (19,7%)	
Патология мочеполовой системы	
1. Лейомиома матки	3
2. Аденомиоз	3
3. Вульвовагинит	1
Всего : 7 (6,5%)	
Патология нервной системы	
1. Энцефалопатия	5
Всего : 5 (4,7%)	
Патология опорно-двигательной системы	
1. Остеохондроз	1
2. Остеоартроз	1

Всего : 2 (1,8%)	
Патология глаз	
1. Катаракта	1
Всего : 1 (0,93%)	
Дерматологическая патология	
1. Витилиго	2
2. Отрубевидный лишай	3
3. Микоз гладкой кожи	3
4. Онихомикоз	4
5. Алопеция	1
6. Кандидоз	1
7. Гарднереллез	1
Всего : 15 (14,01%)	
Инфекционная патология	
1. Боррелиоз	3
Всего : 3 (2,8%)	
Без сопутствующей патологии	9
Всего : 9 (8,4%)	

Наиболее частой сопутствующей патологией при склеродермии была патология желудочно-кишечного тракта – у 25 (23,36%) больных, патология эндокринной системы – у 21 (19,7%) и патология сердечно-сосудистой системы – 19 (17,8%) (таб.6).

Выводы

Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы медицинских учреждений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутов Ю.С, Скрипкин Ю.К., Иванова О.Л. Системная склеродермия, системный склероз; Локализованная склеродермия//Дерматовенерология национальное руководство краткое издание-2013. - 505-507, 507-513.

2. Кулага В.В., Лемешко В.А. Склеродермия//Кожные и венерические болезни- 2009. – 159-166.

3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Ограниченная склеродермия, Склероатрофический лишай// Дерматология атлас-справочник-1999. – 282-286, 286-290.

4. Горланов И.А, Заславский Д.В., Милявская И.Р. Склеродермия, Склероатрофический лишай// Детская дерматовенерология-2012. – 2007-2012, 2012-2013.

5. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение// Росс. журнал кожных венерических болезней-2002 – С. 5-15.

Bondoletova E.A.

Features of epidemiology, clinic and current scleroderma

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – estimate the clinical and epidemiology features of scleriosis for period of 2015-2016 years. On the example of large medical establishment.

Materials and methods. Study is undertaken on the base of the Republican clinical dermatovenereological dispensary (RCDVD) on the analysis of 1474 discharge summaries from case histories for period with 2015-2016 years.

Results and discussion. Were analyzed 1474 case history epicrisis of patients, 36 (2,4%) epicrisis of scleriosis. Most frequency of scleriosis met is observed in 2015 year - 22 (61,1%). At an age-dependent analysis, was found, that mostly pathology met for women - 18 (81,8%), mainly older 50 - 12 (55%). Conducting of analysis was from disease depending on forms, it is educed, that for period from 2015 to 2016 years. Predominant patchy form of scleriosis is - 26 (72.2%) patients, including men - 6 (16.8%), and women's -20 (55.6%). According to the frequency of relapses and primary applications for the period 2015-2016 is dominated by relapses: scleriosis during the duration of the disease from 2 to 9 years - 21 (58.4%). First of all diagnosed cases of scleriosis - 2 (5.5%). In investigating the presence of comorbidity scleriosis patients determined that disease most commonly encountered gastrointestinal - 25 (23.36%), endocrine pathology - 21 (19.7%) and pathologies of the cardiovascular system - 19 (17 8%).

Conclusions. The identified clinical and epidemiological features of scleriosis. The frequency and type of concomitant diseases at different ages. The data obtained can be used in the planning and execution of therapeutic measures.

Keywords: scleriosis, epidemiology, clinic.

Дудник Т.А.

**ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ
АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ
ЭПИКРИЗОВ РКДВД ЗА 2015 – 2016 гг.)**

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

ДонНМУ им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности атопического дерматита у больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 52 эпикриза больных атопическим дерматитом – 28 (53%) женщин и 24 (47%) мужчин в возрасте от 2 до 56 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза, наличия сопутствующей патологии и проводимого лечения.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

Ключевые слова: атопический дерматит, клиника, эпидемиология.

За последние десятилетия аллергические заболевания приобрели достаточно широкое распространение. По современным данным, около 30-40% населения земного шара страдают аллергией, что представляет большую социальную и экономическую проблему. А в общей структуре заболеваемости все большее место занимает атопический дерматит. За последние 20 лет, несмотря на все усилия врачей, заболеваемость атопическим дерматитом выросла вдвое [3]. В индустриально развитых странах данная патология часто встречается и у детей, и у взрослых. Особую озабоченность вызывает рост заболеваемости в детском возрасте, а также появление тяжелых, нетипичных форм аллергических заболеваний, торпидных к обычным видам терапии. По

данным эпидемиологических исследований от 10 до 30% детского населения страдает этой патологией [1].

По данным глобального международного исследования астмы, а также исследования «Аллергические заболевания у детей», 12-месячная распространенность атопического дерматита среди 11-летних детей составляет от 1 до 20%, при этом наивысший показатель зарегистрирован в странах Северной Европы [5]. У 45% детей первый эпизод атопического дерматита происходит в первые 6 месяцев жизни, у 60% - в течение первого года жизни. До 5-летнего возраста, по крайней мере, 85% детей имеют в анамнезе эпизоды атопического дерматита [4]. Если заболевание начинается до 2-летнего возраста, его симптомы персистируют у 20% детей, у 17% таких детей наблюдаются интермиттирующие симптомы до 7-летнего возраста [5].

Атопический дерматит – важная медикосоциальная проблема, его распространенность неуклонно увеличивается во всех странах мира, существенно изменился патоморфоз атопического дерматита, который проявляется: очень ранней манифестацией (в 47% случаев на 1-м месяце жизни), увеличением частоты тяжелого течения, расширением площади поражения кожи; повышением доли осложненных инфекцией форм болезни, а также весьма обременительным влиянием болезни на экономический и семейный статус [2].

Учитывая изложенное актуальным остается вопрос выявления клинико-эпидемиологических особенностей данного дерматоза.

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности атопического дерматита у больных, получивших лечение в РКДВД в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно проанализированы 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в период с 2015 по 2016 год. Статистическая обработка результатов исследования проведена

классическими методами вариационной статистики с применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2013 на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Проведен анализ 1474 эпикризов за 2015-2016 год, выбрано 52 (3,5%) эпикриза больных атопическим дерматитом в возрасте от 2 до 56 лет.

При анализе по возрасту больных установлено, что большая часть пациентов была до 13 лет – 26 (45%) как в 2015, так и в 2016 году; меньше всего было пациентов в возрасте от 20 до 30 лет – 8 (10%) как в 2015, так и в 2016 году. Однако при этом пациентов активного репродуктивного возраста было – 17 (33%). При гендерном анализе отмечалось, что в 2015 и 2016 году было больше мужчин – 18 (35%), чем женщин – 19 (37%) больных (табл.1).

Таблица 1. Гендерно – возрастной анализ больных атопическим дерматитом.

Год	2015		2016		Всего абс./%
	М абс./%	Ж абс./%	М абс./%	Ж абс./%	
2 –8 лет	2 (4%)	5 (10%)	6 (12%)	5 (10%)	18 (35%)
8 – 13 лет	-	2 (4%)	4 (8%)	2 (4%)	8 (10%)
13 – 20 лет	3 (6%)	4 (8%)	1 (1%)	1 (1%)	9 (17%)
20-30 лет	7 (13%)	1 (1%)	-	-	8 (10%)
30 и старше	3 (6%)	4 (8%)	2 (4%)	-	9 (17%)
Всего	15 (29%)	16 (31%)	13 (25%)	7 (13%)	52

При анализе по формам выявлено, что форма диффузного нейродермита была у выявлена у большего числа больных – у 26 (50%) больных, немного реже встречалась эритематозно–сквамозная форма атопического дерматита – у

25 (48%) больных, форма детской экземы у – 11 (22%) больных, форма микробной экземы лишь у 2 (4%) больных (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных по полу и формам атопического дерматита.

Форма заболевания	2015		2016		Всего абс./%
	М абс./%	Ж абс./%	М абс./%	Ж абс./%	
Диффузный нейродермит форма	7 (13%)	7 (13%)	9 (17%)	3 (6%)	26 (50%)
Эритематозно-сквамозная форма	2 (4%)	3 (6%)	-	1 (2%)	6 (12%)
Детской экземы форма	5 (10%)	4 (2%)	4 (8%)	3 (6%)	11 (21%)
Микробная экзема форма	3 (6%)	2 (4%)	-	-	4 (8%)
всего	17 (33%)	16 (31%)	13 (25%)	7 (13%)	52

Среди всех сопутствующих заболеваний преобладали заболевания пищеварительной системы – у 19 (37%) больных; у мужчин – 8 (16%) случаев, у женщин 11 (21%) случаев. Патология эндокринной системы отмечена у 12 (23%) больных, одинаково часто как у мужчин, так и у женщин – по 6 (12%) больных. Микоз гладкой кожи также отмечен у 12 (23%) больных, немного чаще у мужчин – у 7 (13%) больных, чем у женщин – 5 (10%) больных (табл.3).

Таблица 3. Распределение больных по полу и сопутствующей патологии.

Сопутствующая патология	2015		2016		Всего абс./%
	М абс./%	Ж абс./%	М абс./%	Ж абс./%	
Эндокринная система	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	12 (23%)
Пищеварительная система	5 (10%)	7 (13%)	3 (6%)	4 (8%)	19 (37%)

Микоз гладкой кожи	3 (6%)	2 (4%)	4 (8%)	3 (6%)	12 (23%)
Всего	12 (23%)	12 (23%)	10 (19%)	10 (19%)	52

Анализ назначенной терапии показал, что все больные получали комплексную терапию с использованием десенсибилизирующих, антигистаминных препаратов, сорбентов и топических кортикостероидов. Так, наиболее часто назначали антигистаминные препараты – 48 (92%) больных, чаще женщинам – 26 (50%) больным, чем мужчинам – 22 (46%) больным. Также активно использовались топические кортикостероидные гормоны, с целью оборвать остроту процесса: 43 (86%) больных (20 (38%) мужчин и 23 (44%) женщины).

Таблица 4. Распределение больных по полу и виду терапии.

Базисная терапия	2015		2016		Всего абс./%
	М абс./%	Ж абс./%	М абс./%	Ж абс./%	
Антигистаминная терапия	10 (19%)	12 (23%)	12 (23%)	14 (27%)	48 (92%)
Десенсибилизирующая терапия	8 (15%)	12 (23%)	10 (19%)	15 (29%)	45 (87%)
Сорбенты	9 (17%)	13 (25%)	7 (13%)	11 (21%)	40 (50%)
Топические кортикостероиды	12 (23%)	13 (25%)	8 (15%)	10 (19%)	43 (86%)
Всего	39 (75%)	50 (96%)	37 (71%)	50 (96%)	52

Выводы

Выявленные клинико-эпидемиологические особенности могут быть использованы для оптимизации в данном учреждении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров / под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова. – М.: «Союз педиатров России», 2008.
2. Балаболкин И.И. Атопия и аллергические заболевания у детей // Педиатрия. – 2003. – №6. – С. 1-4.
3. Галямова Ю.А., Чернышева М.П. Распространенность атопического дерматита среди детей Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 2. – С. 122-123.
4. Advances in allergic skin disease, anaphylaxis, and hypersensitivity reactions to foods, drugs, and insects // The Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2005. – Online/July. – Volume 116. – Number 1.
5. Bjorksten B. Prevalence of childhood asthma, rhinitis and eczema in Scandinavia and Eastern Europe / B. Bjorksten, D. Dumitrascu, T. Foncarl // Eur Resp J. – 1997. – № 10. – P. 743–749.

Dudnik T.A.

Features of epidemiology, clinic and course of atopic dermatitis (by analysis of case history epicrisis RKDVD during 2015 - 2016 years).

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to identify clinical and epidemiological features of atopic dermatitis in patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years.

Materials and methods. Made the analysis of 1474 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Were analyzed 30 epicrisis of patients with atopic dermatitis - 28 (53%) women and 24 (47%) men aged from 2 to 56 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, forms of dermatosis, the presence of comorbidity, and kind of treatment.

Conclusions. The obtained data can be used to optimize the health facility.

Keywords: atopic dermatitis, clinic, epidemiology.

Зубаревская О.А.

**ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ
ПСОРИАЗА (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ РКДВД
ЗА 2015 – 2016 гг.)**

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

ДонНМУ им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности псориаза у больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 166 эпикризов больных псориазом – 97 (58,4%) мужчин и 69 (41,6%) женщин в возрасте от 15 до 86 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза, наличия сопутствующей патологии.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

Ключевые слова: псориаз, клиника, эпидемиология.

Псориаз является хроническим дерматозом мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, в патогенезе которого важную роль играют иммунные нарушения. Он представляет собой одну из наиболее тяжелых болезней кожи, распространенность которой достаточно велика и составляет в среднем 3% от всех заболеваний кожи и подкожной клетчатки, в связи с чем в настоящее время уделяется особое внимание ведению, наблюдению и терапии больных с данной патологией [1].

По данным зарубежных исследований, распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%, составляя в среднем 3%. В рамках проведенного

в университете Мельбурна обзора данных эпидемиологических исследований псориаза было установлено, что заболеваемость псориазом (по данным когортного исследования) составляет в среднем 60,4 на 100 000 населения [4].

Основными факторами риска развития заболевания являются наследственная предрасположенность (наличие заболеваний псориазом в семейном анамнезе), инфекционные заболевания, травмы, стресс, употребление алкоголя и курение. Выделяют три возрастных периода максимальной вероятности возникновения заболевания: пубертатный период, возраст около 30 и 50 лет [7]. Медиана возраста начала заболевания составляет 28 лет. Средний возраст возникновения заболевания у детей 10-11 лет. Позднее начало заболевания (в возрасте старше 60 лет) встречается у 3,2% пациентов, при этом заболевание имеет более благоприятное течение [6]. Гендерное соотношение больных псориазом (мужчины : женщины), по разным данным, составляет 1,1:1 - 1,8:1. Частота встречаемости псориатического артрита в популяции больных псориазом достигает 30-40% [5].

В 2011 г. на территории России распространенность псориаза достигла 217,4 на 100 000 населения, что несколько выше по сравнению с предыдущим годом. Анализ данных заболеваемости псориазом в Российской Федерации раскрывает некоторые ее закономерности. Заболеваемость псориазом в целом по Российской Федерации сохранилась на уровне 2010 г. и в расчете на 100 000 населения составила 69,6. частота встречаемости псориаза в возрастных категориях неоднозначна и отличается от среднероссийского показателя [2]. Если, как указывалось выше, среднероссийский показатель заболеваемости псориазом всей популяции равен 69,6 на 100 000 населения, то у взрослых он составляет 75,2, в детской возрастной группе 0-14 лет - 28,0, а у подростков в возрасте 15-17 лет - 126,7 на 100 000 соответствующего населения [3].

Наибольшую долю больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, в основном составляют лица в возрасте от 15 до 25 лет, в частности

подростки 15-17 лет, среди которых заболеваемость псориазом в 1,8 раза выше, чем у взрослых [8].

В 2011 г. в Российской Федерации приблизительно 6% из числа новых случаев заболевания возникло у детей в возрасте до 14 лет, а в 5% случаев - в возрасте 15-17 лет. Это связано с тем, что толчком к развитию псориаза послужили такие факторы, как половое созревание, когда происходит гормональная перестройка организма, инфекционные заболевания, наследственная предрасположенность, стрессы, экология, выявленные в анамнезе пациентов [2].

Эпидемиологическая оценка динамики заболеваемости псориазом в целом по Российской Федерации во всех возрастных категориях не выявила существенных колебаний показателей за последние 3 года [3].

Заболевание протекает длительно, что зачастую приводит к длительной потере трудоспособности, нарушает социальную адаптацию больных. Всё выше сказанное доказывает необходимость изучения данной патологии.

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности псориаза у больных, получавших лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере с 2015 по 2016 гг.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно проанализировано 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Статистическая обработка результатов исследования проведена классическими методами вариационной статистики с применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2013 на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Проведен анализ 1474 эпикризов за 2015-2016 год. Из 1474 эпикризов больных псориазом было 166 (11,3%). Распределение больных по возрасту, полу, годам представлено в таблице 1. При анализе по возрасту больных установлено, что большая часть больных была в возрастной группе старше 50 лет – 69 (41,6%), меньше всего больных было в возрастной группе до 20 лет –

10 (6%). Однако при этом больных активного репродуктивного возраста (20 – 50 лет) было 97 (58,4%), а в группе старше 50 лет лишь 69 (41,6%). При гендерном анализе отмечалось, что в 2015 и 2016 году было больше мужчин – 97 (51,8%), чем женщин – 69 (48,1%).

Таблица 1. Гендерно-возрастной анализ случаев псориаза в период с 2015 по 2016 год.

Год Возраст	2015		Всего Абс./%	2016		Всего Абс./%	Всего Абс./%
	М Абс./%	Ж Абс./%		М Абс./%	Ж Абс./%		
До 20 лет	3 (1,8%)	2 (1,2%)	5 (3%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)	5 (3%)	10 (6%)
20-30 лет	9 (5,4%)	8 (4,8%)	17 (10,2%)	7 (4,2%)	7 (4,2%)	14 (8,4%)	31 (18,6%)
30-40 лет	7 (4,2%)	4 (2,4%)	11 (6,6%)	7 (4,2%)	5 (3%)	12 (7,2%)	23 (13,8%)
40-50 лет	11 (6,6%)	7 (4,2%)	18 (10,8%)	10 (6%)	5 (3%)	15 (9%)	33 (19,8%)
старше 50	21 (12,6%)	14 (8,4%)	35 (21%)	18 (10,8%)	16 (9,6%)	34 (20,4%)	69 (41,6%)
Всего	51 (30,7%)	35 (21,1%)	86 (51,8%)	46 (27,7%)	34 (20,4%)	80 (48,1%)	166 (100%)

Распределение больных по локализации, полу, годам представлено в таблице 2.

При анализе данных по локализации дерматоза выявлено, что поражение волосистой части головы было у – 29 (15,2%) больных, но преимущественно у лиц старше 50 лет – 12 (6,2%) больных; поражение туловища было у – 67 (35%)

больных, преимущественно у лиц старше 50 лет; поражение верхних и нижних конечностей было у – 97 (50,7%) больных.

Таблица 2. Распределение больных по полу и локализации высыпаний.

Возраст Локали- зация	До 20 лет		20-30лет		30-40лет		40-50лет		Старше 50		Всего
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	Абс./ %	
Волосистая часть головы	1 (0,5%)	-	4 (2,1%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	4 (2,1%)	2 (1%)	7 (3,6%)	5 (2,6%)	29 (15,2%)
Туловище	4 (2,1%)	3 (1,6%)	6 (3,1%)	5 (2,6%)	5 (2,6%)	3 (1,6%)	7 (3,6%)	6 (3,1%)	15 (7,8%)	13 (6,8%)	67 (35%)
Верхние и нижние конечности	6 (3,1%)	4 (2,1%)	9 (4,7%)	7 (3,6%)	7 (3,6%)	7 (3,6%)	9 (4,7%)	8 (4,2%)	21 (10,9%)	19 (9,9%)	97 (50,7%)
Всего	11 (5,7%)	7 (3,6%)	19 (9,9%)	14 (7,3%)	14 (7,3%)	12 (6,3%)	18 (9,4%)	16 (8,4%)	43 (22,5%)	37 (19,4%)	191 (100%)

Распределение больных по сопутствующим заболеваниям, полу, годам представлены в таблице 3. Среди всех сопутствующих заболеваний преобладали заболевания эндокринной системы – 55 (42,9%); у мужчин – 29 (22,6%) случаев, у женщин 28 (20,3%) случаев.

Таблица 3. Распределение больных по полу и сопутствующей патологии.

Год Сопут. заболевания	2015		Всего Абс./%	2016		Всего Абс./%	Всего Абс./%
	М	Ж		М	Ж		
	Абс./%	Абс./%		Абс./%	Абс./%		
Заболевания сердечной сосудистой системы	8 (6,2%)	7 (5,5%)	15 (11,7%)	6 (4,7%)	9 (7%)	15 (11,7%)	30 (23,4%)

Заболевания пищеварительной системы.	9 (7%)	6 (4,7%)	15 (11,7%)	7 (5,5%)	8 (6,2%)	15 (11,7%)	30 (23,4%)
Заболевания эндокринной системы.	13 (10,1%)	12 (9,4%)	25 (19,5%)	16 (12,5%)	14 (10,9%)	30 (23,4%)	55 (42,9%)
Заболевания нервной системы.	2 (1,6%)	4 (3,1%)	6 (4,7%)	3 (2,3%)	4 (3,1%)	7 (5,4%)	13 (10,1%)
Всего	32 (25%)	29 (22,6%)	61 (47,6%)	32 (25%)	35 (27,3%)	67 (52,3%)	128 (100%)

Распределение форм псориаза по возрастным группам представлены в таблице 4. Согласно документации выделяли 4 формы псориаза: бляшечный, каплевидно-монетовидный, ладонно-подошвенный, псориатическая эритродермия. Среди всех форм псориаза наиболее часто встречался бляшечный псориаз – 129 (77,7%) больных, преимущественно у лиц старше 50 лет - 59 (35,5%) больных, меньше всего больных было в возрастной группе до 20 лет – 10 (6%) больных.

Таблица 4. Распределение больных по полу, возрасту и форме дерматоза.

Форма Возраст	Бляшечный		Каплевидно-монетовидный псориаз		Ладонно-подошвенный		Псориатическая эритродермия	
	М Абс./%	Ж Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%	М Абс./%	Ж Абс./%
До 20 лет	7 (4,2%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	-	-	-	-
20-30 лет	12 (7,2%)	11 (6,6%)	6 (3,6%)	5 (3%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	-	-

30-50 лет	24 (14,5%)	13 (7,8%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	-
50 и старше	36 (21,7%)	23 (13,8%)	1 (0,6%)	3 (1,8%)	-	4 (2,4%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)
Всего	79 (47,6%)	50 (30,1%)	10 (6%)	11 (6,6%)	2 (1,2%)	9 (5,4%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)

Выводы

Выявленные клинико-эпидемиологические особенности, могут быть использованы для оптимизации работы в данном учреждении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дерматовенерология, 2010 / Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс, 2010. 428 с. (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
2. Олисова О. Ю. Псориаз: эпидемиология, патогенез, клиника, лечение // Дерматология.-2010.-№ 4.- С. 3-8.
3. Владимиров В.В., Владимирова Е.В. /Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика // Качество жизни.- Медицина.- Болезни кожи.-2006.- Т.6, № 17.- С. 38-44.
4. Iskandar, I. Y., Ashcroft, D. M., Warren, R. B., Yiu, Z. Z., McElhone, K., Lunt, M., et al. (2015) /Demographics and disease characteristics of patients with psoriasis enrolled in the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register. Br. J. // Dermatol, 173(2), 510–8. doi: 10.1111/bjd.13908.
5. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database / K. Kubota, Y. Kamijima, T. Sato et al. //An Bras.Dermatol. – 2015. – Vol. 5(1). – e006450.

6. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis / C.J. Espinoza Hernández et al. // Gac. Med. Mex. – 2014. – Vol. 150(4). – P. 311–6.

7. Langley R.G.B., Krueger G.G., Griffiths C.E.M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005;64:ii18-ii23 doi:10.1136/ard.2004.033217.

8. Huerta C., Rivero E., Rodríguez L.A.. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol.* 2007 Dec; 143 (12): 1559—65.

Zubarevskaya O.A.

Features of epidemiology, clinic and course of psoriasis (by analysis of case history epicrisis RKDVD during 2015 - 2016 years).

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to identify clinical and epidemiological features of psoriasis in patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years.

Materials and methods. Made the analysis of 1474 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Were analyzed 166 epicrisis of patients with psoriasis - 97 (58,4%) men and 69 (41,6%) women aged from 15 to 86 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, forms of dermatosis, the presence of comorbidity.

Conclusions. The obtained data can be used to optimize the health facility.

Keywords: psoriasis, clinic, epidemiology.

Колосовская В.А.

КЛИНОКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

ДонНМУ им. М.Горького

Резюме

Цель исследования - выявить клинико-эпидемиологические особенности красного плоского лишая (КПЛ) у больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 1474 выписных эпикриза из них 51 (3,45%) эпикриз больных с КПЛ – 31 (67%) женщина и 20 (34%) мужчин в возрасте от 20 до 70 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза и длительности заболевания. Выявлено, что чаще всего патология встречалась в возрасте старше 50 лет - 33 (64,7%) случаев. Среди всех форм преобладала типичная форма КПЛ - у 45 (88,2%) пациентов, из них 18 (35,2%), мужчин, 27 (53%) женщин. При анализе длительности заболевания за 2015-2016гг. выявлено, что длительность заболевания до 1 года была у 17 (33,3%) больных, до 5 лет – у 30 (58,8%) и более 5 лет – у 4 (7,9%) больных.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

Ключевые слова: красный плоский лишай, клиника, эпидемиология.

Красный плоский лишай (КПЛ) до настоящего времени остается актуальной проблемой дерматологии в связи с неясностью этиопатогенеза, многообразия триггерных факторов, поражением, наряду с кожей и слизистыми оболочками, внутренних органов. В общей структуре дерматологической заболеваемости КПЛ по данным различных авторов занимает от 0,5 до 2,5 % [1]. Заболевание может возникнуть в любом возрасте и среди представителей всех рас. Женщины составляют 60-75% пациентов с КПЛ слизистой оболочки

полости рта (СОПР) [2, 3] и около 50% случаев изолированных кожных форм [4]. Средний возраст больных КПЛ варьирует от 50 до 60 лет при поражении СОПР [2, 3] и от 40 до 45 лет при вовлечении в процесс только кожных покровов [4]. Дерматоз редко отмечается у пожилых и молодых людей (менее 5% от всех случаев) [5], причем частота встречаемости зависит от определенных географических регионов. Сочетанное поражение кожных покровов и слизистых оболочек при этом заболевании выявляется у 45-75% больных [1, 6]. Чаще регистрируется изолированное поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, оно составляет до 35% среди терапевтической патологии полости рта [2] и в основном встречается у людей зрелого возраста (40-60 лет). Изолированное поражение ногтевых пластин при КПЛ по данным различных авторов варьирует от 1 до 13% [7]. Область гениталий у мужчин поражается при КПЛ в 25% всех случаев, известны семейные случаи КПЛ [8]. КПЛ оказывает негативное влияние на психологический статус и качество жизни пациентов. К факторам, оказывающим неблагоприятное воздействие, относятся зуд, болезненность и дискомфорт во время еды, половые дисфункции. Впервые это заболевание было описано Э. Уильсоном еще в 1869 году, но до настоящего времени нет единого взгляда на природу и механизмы формирования КПЛ. Существует несколько теорий этиопатогенеза КПЛ: наследственная, инфекционная, нейрогенная, иммунологическая, интоксикационная, теория эндокринных и метаболических нарушений [1, 6, 8, 9]. В настоящее время иммунным нарушениям при КПЛ уделяется особое внимание. По современным данным, в иммунопатогенезе КПЛ могут участвовать следующие механизмы: активация иммунной системы (чаще Т1-хелперами, реже Т2-хелперами), аутоиммунные механизмы, аллергические реакции; у 2 части больных КПЛ выявляется недостаточность некоторых звеньев иммунитета (сниженные фагоцитоз и функциональная активность Т-лимфоцитов). Диагностика КПЛ основана на клинической картине и данных биопсии. Гистологическое исследование кожи и слизистых показано для подтверждения диагноза при атипичных формах

заболевания, а также для дифференциальной диагностики идиопатического КПЛ и лихеноидных реакций, которые возникают в результате приема внутрь, вдыхания или местного воздействия различных химических веществ, или лекарств [3].

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности КПЛ у больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования

В исследования было обработано 1474 выписных эпикризов РКДВД за период с 2015 по 2016 гг. из которых 51 (3,45%), случай КПЛ 31 (60,7%) женщин и 20 (39,3%) мужчин в возрасте от 20 до 70 лет. Для получения обоснованных заключений, уделялось внимание четкой систематизации полученных данных (пол, возраст пациентов, диагноз, продолжительность, активность и системность заболевания). Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью лицензионной программы «Microsoft Excel», «Microsoft Word» (USA).

Результаты и их обсуждение

В 2015 году зарегистрировано 37 (72,5%) случаев КПЛ – 16 (43,2%) мужчин и 21 (56,8%) женщина.

Таблица 1. Частота встречаемости КПЛ в зависимости от гендерно-возрастного распределения пациентов за 2015 г.

Возраст	Мужчины n=16 Абс./%	Женщины n=21 Абс./%	Всего n=37 Абс./%
до 20 лет	-	-	-
21-50 лет	9 (24,3%)	6 (16,2%)	15 (40,5%)
51 и более	7(18,9%)	15 (40,5%)	22 (59,4%)

В возрастной категории до 20 лет за 2015гг. не было зафиксировано ни одного случая КПЛ, в то время как в категории 21-50 отмечено 15 (40,5%) случаев КПЛ: мужчин - 9 (24,3%), женщин – 6 (16,2%), в возрастной категории

51 и старше выявлено 22 (39,5%) случая КПЛ из них мужчин – 7 (18,9%), женщин – 15 (40,5%) (табл.1).

В 2016г. всего было зафиксировано 14 (27,5%) пациентов, из которых 4 (28,5%) мужчины и 10 (71,5%) женщин (табл.2).

Таблица 2. Частота встречаемости КПЛ в зависимости от гендерно-возрастного распределения больных за 2016.

возраст	Мужчины n=4 Абс./%	Женщины n=10 Абс./%	Всего n=14
до 20 лет	-	-	-
21-50 лет	2 (14,2%)	1 (7,4%)	3 (21,4%)
51 и более	2 (14,2%)	9 (64,2%)	11 (78,6%)

В возрастной категории до 20 лет за 2016 г. не было зафиксировано ни одного случая КПЛ, а в категории 21-50 было 3 (21,4%) больных 2 (14,2%) мужчин, 1 (7,4%) женщин случая КПЛ. В возрастной категории 51 и старше выявлено наибольшее количество 11 (78,6%) пациентов - 2 (14,2%) мужчин, 9 (64,2%) (табл.2).

При анализе частоты встречаемости форм КПЛ за 2015-2016гг. преобладает типичная форма КПЛ - 45 (88,2%) больных, с преимущественным поражением женщин - 27 (60%) больных (табл.3).

Таблица 3. Частота встречаемости различных форм красной волчанки в зависимости от пола.

ФОРМЫ	Типичная форма		Веррукозная		Эрозивно-язвенная		кольцевидная		Буллезная		Пигментная		Атрофическая	
Год/пол	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
2015	14	19	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2016	4	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Всего 51 (100%)	18	27	4 (7,8%)		-		-		-		1		1	
	45 (88,2%)		4 (7,8%)		-		-		-		-		-	

Анализ частоты встречаемости форм КПЛ за 2015-2016гг. показал, что преобладала типичная форма КПЛ у 27 (53%) женщин, 18 (35,2%) мужчин. На втором месте, по частоте встречаемости, находилась веррукозная форма КПЛ у

2 (3,9%) женщин и 2 (3,9%) мужчин. На третьем и четвертом месте пигментная и атрофическая форма КПЛ, которая была зарегистрирована лишь у 1 (5,8%) больных (табл.3).

Длительность заболевания у больных с КПЛ варьировала от нескольких месяцев до 10 лет.

Таблица 4. Длительность заболевания у больных КПЛ.

Длительность	2015 год	2016 год	Всего
До 1 года	14	3	17(33,3%)
От 1 до 5 лет	19	11	30(58,8%)
Больше 5 лет	4	-	4(7,9%)
Всего Абс./%	37 (72,5%)	14 (27,5%)	51 (100%)

При анализе 51 выписного эпикриза длительность заболевания до 1 года – у 17 (33,3%) больных, до 5 лет - у 30 (58,8%) больных, более 5 лет - у 4 (7,9%) больных.

Выводы

Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы медицинского учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Арунов Т. И. Влияние электрохимических факторов гальваноза на течение КПЛ слизистой оболочки полости рта [Электронный ресурс] : дис. ... канд. мед. наук / Арунов Т. И. – М., [2010]. – 130 с. – Режим доступа : локальная сеть СОУНБ им. Белинского, зал ЭИ.

2.Ганковская Л. В. Факторы врожденного иммунитета в патогенезе КПЛ// Вестн. РГМУ. – 2012. - N 1. - С. 71-74.

3.Гилева О. С. Эффективность применения новых многокомпонентных схем терапии КПЛ слизистой оболочки полости рта у больных с различной системной патологией // Проблемы стоматологии. - 2011. - № 5. - С. 24-29.

4.Загородняя Е. Б. Патоморфологический, иммуногистохимический и цитологический анализ КПЛ слизистой оболочки полости рта [Электронный

ресурс] : дис. ... канд. мед. наук / Загородняя Е. Б. – Новосибирск, [2010]. – 199 с. – Режим доступа : локальная сеть СОУНБ им. Белинского, зал ЭИ.

5.Загородняя Е.Б. Иммуногистохимический анализ КПЛ слизистой оболочки полости рта // Фундам. исслед. – 2011. - N 10. - Ч. 3. - С. 495-497.

6.Зюбр Т. П. Оптимизация и технология зверобоя продырявленного экстракта сухого для лечения КПЛ экссудативно-гиперемической формы // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции : сборник научных трудов. - Пятигорск. – 2009. - С. 422-423.

Kolosovskaya V.A.

Features epidemiology, clinic and current of lichen planus

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Aim of the study – to identify clinical and epidemiological features of lichen planus in Republican clinical dermatovenereological dispensary patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years.

Materials and methods. Made the analysis of 1474 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Were analyzed 1474 case history epicrisis of patients, 17 (1.15%) epicrisis patients with lichen planus - 31 (67%) of women and 20 (34%) of men aged 20 to 70 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, form of dermatosis and duration of the disease. It was revealed that most of the pathology encountered in the age of 50 - 33 (64.7%) cases. Among all the typical form lichen planus - 45 (88,2%) patients, including males 18 (35,2%) women 27 (53%) from all patients. In the analysis of the duration of the 2015-2016 disease. revealed that up to a year - 17 (33,3%), up to 5 years - 30 (58,8%), more than five years - 4 (7,9%) patients.

Conclusions. The obtained data can be used to optimize the health facility.

Keywords: lichen planus, clinical, epidemiology.

Лифинцова Э.В.

**ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ (ПО АНАЛИЗУ ВЫПИСНЫХ ЭПИКРИЗОВ
РКДВД ЗА 2015 – 2016гг.)**

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

ДонНМУ им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности экземы у больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2015-2016 гг. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 188 эпикризов больных экземой – 72 (38,2%) женщины и 106 (56,3%) мужчин в возрасте от 16 до 82 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза, наличия сопутствующей патологии и проводимого лечения.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

Ключевые слова: экзема, клиника, эпидемиология.

За несколько последних десятилетий во всём мире отмечено значительное увеличение распространения аллергических заболеваний, особенно у детей. По данным эпидемиологических исследований, 25–30% населения развитых промышленных стран имеют различные аллергические проявления. Наиболее распространены атопические заболевания: 10–15% населения страдает аллергическим ринитом, 10% – атопическим дерматитом, 5–10% – аллергической астмой, 2% – пищевой аллергией. В детском возрасте чаще встречаются пищевая аллергия и атопический дерматит, в подростковом и взрослом – аллергический ринит и аллергическая бронхиальная астма, в пожилом возрасте выраженность аллергических заболеваний снижается [2].

По данным ВОЗ, аллергическими заболеваниями страдает до 35% населения земного шара. На рубеже XX и XXI в. аллергические заболевания стали не только медицинской, но и социальной проблемой, поскольку они осложняют течение многих соматических, инфекционных и дерматологических заболеваний, нередко приводят к инвалидности и летальному исходу [1, 3]. Одной из ведущих причин широкой распространенности аллергодерматозов является экологическое состояние окружающей среды. К хроническим рецидивирующим кожным заболеваниям из группы аллергодерматозов относится экзема. Экзема - воспалительное заболевание кожи (эпидермиса и дермы) нейроаллергической природы, патогномичным признаком которого являются серозные (экзематозные) колюды; клинически экзема характеризуется рецидивирующим хроническим течением и эволюционным полиморфизмом [4]. Несмотря на достаточно высокий интерес к изучению этиологии и патогенеза экземы, многие вопросы остаются до конца не раскрытыми и спорными. На развитие экземы оказывает влияние сложный комплекс этиологических и патогенетических факторов. В основе ее патогенеза лежит поливалентная сенсibilизация, обусловленная главным образом нейрогенными и аллергическими реакциями [5].

Несмотря на достаточно высокий интерес к изучению этиологии и патогенеза экземы, многие вопросы остаются до конца не раскрытыми и спорными.

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности экземы у больных, получавших лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере (РКДВД) с 2015 по 2016 гг.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе РКДВД по анализу 1474 выписных эпикризов из историй болезни за период с 2015 по 2016 гг. Статистическая обработка результатов исследования проведена классическими методами вариационной статистики с применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2013 на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Ретроспективно проанализированы 1474 выписных эпикриза из которых 188 (12,7%) эпикризов больных экземой: 72 (38,2%) женщины и 106 (56,3%) мужчин в возрасте от 16 до 82 лет.

Гендерный анализ показал, что среди больных преобладали мужчины – 116 (61,7%), преимущественно старше 60 лет – 28 (14,8%). В группе от 20 до 30 лет – 42 (22,3%) больных; в группе 30-40 лет – 32 (17,0%) больных; 40-50 лет – 19 (10,1%); 50-60 лет – 31 (16,4%). В срезе заболеваемости экземы по годам выявлено, что максимальное количество больных зарегистрировано в 2015 г. – 100 (53,1%), а в 2016 г. – 88 (46,8%) больных. В 2015 году среди больных преобладали мужчины – 63 (33,5%) больных, преимущественно старше 60 лет. В 2016 году также преобладали мужчины – 53 (28,2%) больных (табл.1).

Таблица 1. Распределение больных экземой в зависимости от пола и возраста.

Год Возраст	2015		Всего за 2015 год абс./%	2016		Всего за 2016 год абс./%	Всего за 2015-2016гг. абс./%
	М абс./%	Ж абс./%		М абс./%	Ж абс./%		
До 20 лет	5 (2,6%)	2 (1,06%)	7 (7%)	7 (3,7%)	4 (2,1%)	11 (12,5%)	18 (9,6%)
20-30 лет	10 (5,3%)	6 (3,2%)	16 (16%)	11 (5,8%)	15 (8%)	26 (29,5%)	42 (22,3%)
30-40 лет	11 (5,8%)	6 (3,2%)	17 (17%)	10 (5,3%)	5 (2,6%)	15 (17,0%)	32 (17,0%)
40-50 лет	8 (4,2%)	3 (1,6%)	11 (11%)	5 (2,6%)	3 (1,6%)	8 (9,0%)	19 (10,1%)
50-60 лет	14 (7,4%)	6 (3,2%)	20 (20%)	7 (3,7%)	4 (2,1%)	11 (12,5%)	31 (16,4%)
Старше 60	15 (8%)	14 (7,4%)	29 (29%)	13 (7,0%)	4 (2,1%)	17 (19,3%)	46 (24,2%)
Всего	63 (33,5%)	37 (20,0%)	100 (100%)	53 (28,2%)	35 (19%)	88 (100%)	188 (100%)

В ходе проведенного исследования было установлено, что больше больных поступали с острым началом заболевания – 95 (50,5%), чем с хроническим 93 (49,4%) больных. За 2015 год больных с экземой с острой

стадией, поступало больше, чем с хронической, с преобладанием мужчин. И за 2016 год больше поступало с острой стадией заболевания (табл.2).

Таблица 2. Распределение больных по полу и стадии заболевания.

Стадия заболевания	2015		Всего за 2015год абс./%	2016		Всего за 2016 год абс./%	Всего за 2015- 2016гг.
	М абс./%	Ж абс./%		М абс./%	Ж абс./%		
Острая стадия	37 (19,6%)	14 (7,4%)	51 (50,5%)	21 (11,1%)	23 (12,2%)	44 (50,6%)	95 (50,5%)
Хроническая стадия	26 (14%)	24 (13%)	50 (50%)	23 (12,2%)	20 (10,6%)	43 (50%)	93 (49,4%)
Всего	63 (33,5%)	38 (30,2%)	101 (100%)	44 (23,4%)	43 (23%)	87 (100%)	188 (100%)

Среди всех форм экзем наиболее часто встречается микробная – 148 (79%) больных. При анализе по годам выявлено, что в 2015 году больных микробной экземой было – 64 (74,4%), мужчин больше, чем женщин. В 2016 году больных микробной экземой было – 84 (82,3%), мужчин больше, чем женщин. Вторую позицию частоты встречаемости занимает дисгидротическая экзема - 8 (4,2%) больных и истинная экзема – 8 (4,2%) больных (табл.3).

Таблица 3. Распределение больных по полу и форме экземы.

Форма заболевания	2015		Всего за 2015год абс./%	2016		Всего за 2016 г абс./%од	Всего за 2015-2016 гг. абс./%
	М абс./%	Ж абс./%		М абс./%	Ж абс./%		
Микробная	37 (20,0%)	27 (14,3%)	64 (74,4%)	48 (25,5%)	36 (19,1%)	84 (82,3%)	148 (79%)
Дисгидроти-	5	-	5	-	3	3	8

ческая	(2,6%)		(6,0%)		(1,6%)	(3,0%)	(4,2%)
Варикозная	1 (0,53%)	2 (1,06%)	3 (3,5%)	1 (0,53%)	2 (1,06%)	3 (3,0%)	6 (2,0%)
Герпетическая	-	1 (0,53%)	1 (1,2%)	1 (0,53%)	-	1 (0,98%)	2 (1,06%)
Истинная	4 (2,1%)	1 (0,53%)	5 (6,0%)	2 (1,06%)	1 (0,53%)	3 (3,0%)	8 (4,2%)
Паратравматическая	2 (1,06%)	2 (2,06%)	4 (5,0%)	2 (1,06%)	1 (0,53%)	3 (3,0%)	7 (3,7%)
Себорейная	-	3 (1,6%)	3 (3,5%)	2 (1,06%)	1 (0,53%)	3 (3,0%)	6 (2,0%)
Атопическая	-	1 (0,53%)	1 (1,2%)	1 (0,53%)	-	1 (0,98%)	2 (1,06%)
Актиническая	-	-	0	-	1 (0,53%)	1 (0,98%)	1 (0,53%)
Всего	49 (26%)	37 (19,6%)	86 (100%)	57 (30,3%)	45 (24%)	102 (100%)	188

Наличие сопутствующих заболеваний выявлено у – 128 больных. На первом месте преобладала патология сердечно-сосудистой системы – 71 (55,4%) больного (ИБС). Вторую позицию занимает патология пищеварительной системы – у 40 (32,1%) больных (хронические гастриты, холециститы), третью – эндокринная патология – 17 (13,3%) больных (диффузный узловатый зоб) (табл.4).

В срезе сопутствующей патологии по годам выявлено, что максимальное количество больных с сопутствующей патологией составило в 2015 году – 71 больных, с преобладанием мужчин – 44 (62%). В 2016 году - 57 (30,3%) больных.

Таблица 4. Распределение больных по полу и сопутствующей патологии.

Год Сопут. заболевания	2015		Всего за 2015 год абс./%	2016		Всего за 2016 год абс./%	Всего за 2015- 2016 гг. абс./%
	М абс./%	Ж абс./%		М абс./%	Ж абс./%		
Заболевания сердечной сосудистой системы	28 (39,4%)	15 (21,1%)	43 (61%)	17 (30,0%)	11 (19,2%)	28 (49,1%)	71 (55,4 %)
Заболевания пищеварительной системы	10 (14,1%)	12 (17 %)	22 (31%)	10 (17,5%)	8 (14,0%)	18 (31,5%)	40 (31,2%)
Заболевания эндокринной системы	6 (8,4%)	-	6 (8,4%)	4 (7,0%)	7 (12,2%)	11 (19,2%)	17 (13,3%)
Всего	44 (62%)	27 (38,0 %)	71 (100%)	31 (54,2%)	26 (46,0%)	57 (100%)	128

Выводы

Выявленные клинико-эпидемиологические особенности могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусова, Т.А. Аллергодерматозы – болезни современной цивилизации / Т.А. Белоусова // РМЖ. – 2004. – Т.11, №27. – С.1538-1542.
2. Данилова, А.А. Экзема / А.А. Данилова // Consilium medicum. – 2000. – Т.1, №4. – С.165-168.
3. Маркова, О.Н. Микробная экзема: клиника, патогенез и принципы лечения // Военно-мед. журнал. – 2004. – №7. – С.23-25.
4. Юцковский, А.Д. Экзема, этиологически связанная с грибковой инфекцией (иммунные механизмы развития, диагностика, прогнозирование, особенности корригирующей терапии, диспансенризация и реабилитация больных) / А.Д. Юцковский: автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 2000. – 31 с.
5. Lin X.R. Discussion on integrative medical research of treatment of eczema. ZhongguoZhong Xi Yi Jie He ZaZhi, 2008; Aug; 28(8): 678-80.

Lifintsova E.V.

Features of epidemiology, clinic and course of allergic dermatoses (by analysis of case history epicrisis RKDVD during 2015 - 2016 years).

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to identify clinical and epidemiological features of eczema in patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years.

Materials and methods. Made the analysis of 1474 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Were analyzed 188 epicrisis of patients with eczema - 72 (38,2%) women and 106 (56,3%) men aged from 16 to 82 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, forms of dermatosis, the presence of comorbidity, and kind of treatment.

Conclusions. The obtained data can be used to optimize the health facility.

Keywords: eczema, clinic, epidemiology.

Лукьянченко Е.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – оценить эффективность лечения поздних акне у женщин различного репродуктивного возраста с применением биоревитализации.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 женщин с поздними акне в возрасте от 20 до 55 лет общеклинически и инструментально. Биофизические параметры кожи (жирность, влажность, эластичность, эритема) определяли с помощью диагностического комплекса Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage – Khazaka electronic GmbH, Германия). Больные были разделены на 2 группы: основная (30 чел.)- получали традиционную терапию в сочетании с криотерапией и биоревитализацией и группа сравнения (30 чел.) получали только традиционную терапию. Результаты обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. проведенный анализ показал, что у всех больных основной группы, независимо от репродуктивного возраста, в отличие от группы сравнения, улучшились биофизические свойства кожи: жирность снизилась от 21 до 33,3% в зависимости от возраста (в группе сравнения от 12 до 19% соответственно), размер и количество пор уменьшились от 1, 25 до 1,5 раз в 100% (в группе сравнения лишь у 65% пациенток), увеличение увлажненности в среднем до 2,7 раз (в группе сравнения в 0,7 раза), эластичность повысилась от 10 до 37,5% (в группе сравнения от 2 до 3,5 %; у пациенток ПМП эластичность не изменилась), уменьшение эритемы от 1,2 до 2,8 раз и в группе сравнения от 0,4 до 1,9 раза.

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что применение биоревитализации способствовало более быстрому клиническому и биофизическому улучшению структуры кожи.

Ключевые слова: поздние акне, лечение, биоревитализация.

Существующие стандарты терапии акне не учитывают возрастных особенностей изменений кожи, обусловленных гормональной эволюцией организма у женщин в различные периоды репродуктивного возраста, что и объясняет неудовлетворенность пациентов эстетическими результатами лечения [2,3,5].

Цель исследования – оценить эффективность лечения поздних акне у женщин различного репродуктивного возраста с применением биоревитализации.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 60 женщин с поздними акне в возрасте от 20 до 55 лет. Контрольную группу составили 15 условно здоровых женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Все пациенты прошли общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Биофизические параметры кожи (жирность кожи, влажность, эластичность и степень эритемы) определяли с помощью приборно-диагностического комплекса для исследования состояния кожи Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage –Khazaka electronic GmbH, Германия). В зависимости от метода терапии больные были разделены на 2 репрезентативные группы: 1я группа – основная (30 чел.), которые получали традиционную терапию в сочетании с криотерапией и биоревитализацией, 2я - группа сравнения (30 чел.) - только традиционную терапию. Криотерапия проводилась по схеме: 12 сеансов 1 раз в 3 дня [4]. Для проведения биоревитализации использовался препарат на основе гиалуроновой кислоты биотехнологического происхождения в концентрации 1.8% с размером молекулы 3 млн.Да, частично ретикулированной глицеролом в концентрации 2% Genyallift (производства Швейцария). Методика биоревитализации осуществлялась по схеме: 6 сеансов с периодичностью 1 раз в 14 дней. [1]. Эффективность терапии оценивали по динамике регресса сыпи и биофизических параметров кожи.

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики и применением пакета анализа программы Microsoft Excel 2007 на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных результатов лечения в двух группах сравнения показал, что сочетанное применение криотерапии и биоревитализации способствовало более быстрому как клиническому, так и биофизическому улучшению кожи, чем только традиционная терапия. Так, жирность кожи у пациенток АРВ снизилась на 33,3% , в отличие от группы сравнения (на 19 %); у пациенток ПРВ - на 23 % и 14% соответственно и у пациенток ПМП - на 21% и 12% в группе сравнения (рис.1)

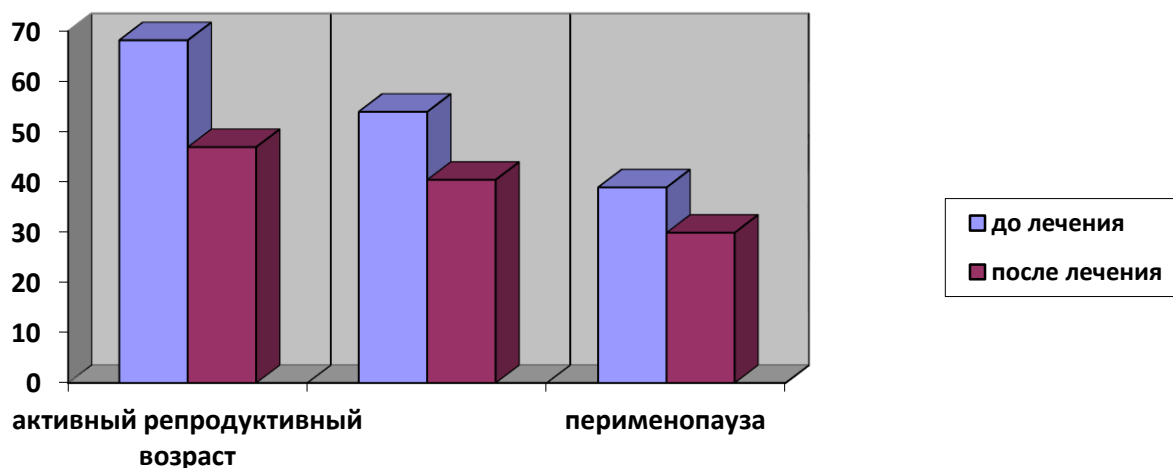


Рис. 1. Уровень жирности кожи в условных единицах в выделенных возрастных группах до лечения и после.

Количество и размер пор в основной группе уменьшились в среднем в 1,5 раза в 100% случаев у пациенток АРВ и ПРВ и лишь у 55 % женщин аналогичного возраста в группе сравнения; у всех женщин ПМП в 1,25 раза в основной группе и только у 65% женщин в группе сравнения (рис.2).

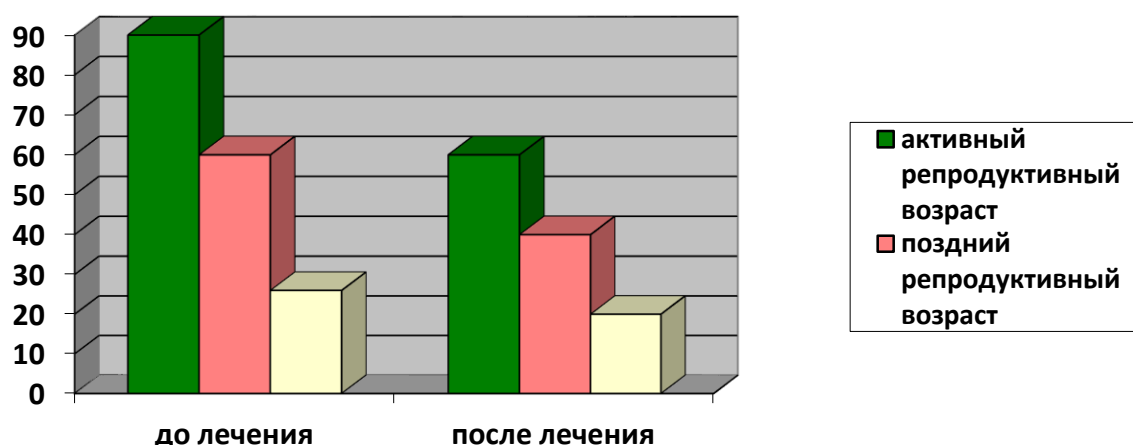


Рис. 2. Количество и размер пор в условных единицах в выделенных возрастных группах до и после лечения.

У всех пациенток основной группы уровень гидратации повысился в среднем в 2,7 раза, в т.ч. у пациенток ПРВ и ПМП в 1,67 раза больше, по сравнению с группой пациенток АРВ. В группе сравнения увлажненность увеличилась в среднем в 0.7 раза в различных возрастных группах.

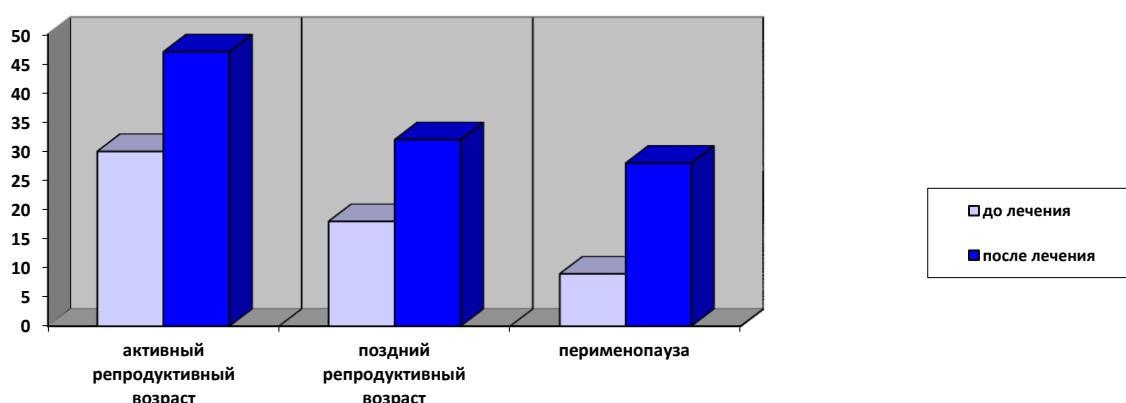


Рис. 3. Уровень увлажненности в условных единицах в выделенных возрастных группах до лечения и после.

У пациенток АРВ на фоне проводимой терапии эластичность повысилась на 10% в основной группе и только на 2% в группе сравнения, у пациенток ПРВ - на 15,8% и 3,5% соответственно, а у пациенток ПМП повышение эластичности кожи было отмечено в среднем на 37,5% в основной группе и не изменилась в группе сравнения (рис.4).

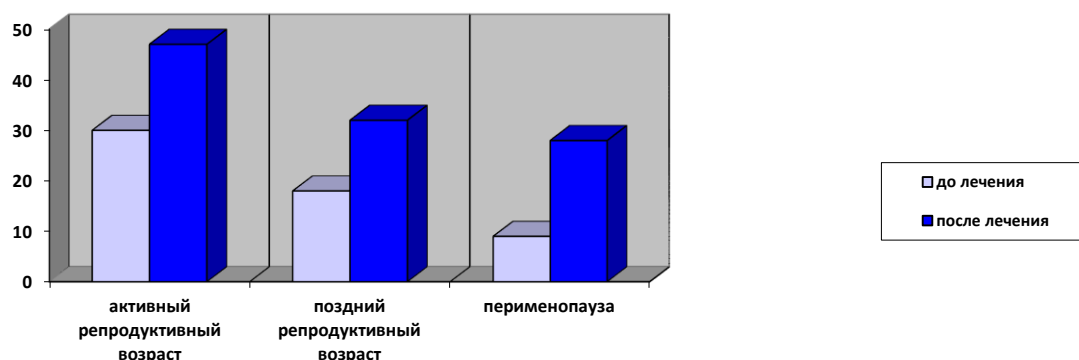


Рис. 4. Уровень эластичности в условных единицах в выделенных возрастных группах до и после лечения.

Степень эритемы у женщин АРВ, больных поздними акне, была снижена на 1,2 раза в основной группе и в группе сравнения лишь на 0,4 раза; у пациенток ПРВ в 1,7 раза, у пациенток аналогичного возраста в группе сравнения в 1,1 раза и у пациенток ПМП – в 2,8 раза, а в группе сравнения в 1,9 раза.

Таким образом, проведенный анализ показал, что у всех больных поздними акне улучшились биофизические свойства кожи: жирность снизилась от 21 до 33,3%, в зависимости от возраста, размер и количество пор уменьшились от 1,25 до 1,5 раз, увеличение увлажненности от 1,67 до 2,7 раз, эластичность повысилась от 10 до 37,5%, а также наблюдалось уменьшение эритемы от 1,2 до 2,8 раз.

Выводы

Анализ полученных результатов лечения показал, что сочетанное применение криотерапии и биоревитализации способствовало более быстрому клиническому улучшению структуры кожи и ее биофизических свойств, чем традиционная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волкова Е.Н. Наружная патогенетическая терапия больных акне и постакне/ Е.Н. Волкова, Н.К. Осипова // Клиническая дерматология и венерология. -М., 2010, N N2.-С.72-76.
2. Федорич Л.Я. Медицинские аспекты угревой болезни и розацеа/Л. Я. Федорич//Therapia. Украинский медицинский вестник. -К., 2011, N N 2.-С.15-19.

3. Самцов А.В. Современные средства лечения акне / А.В. Самцов // Вестник дерматологии и венерологии. - М, 2010, N N5. - С. 108-111.

4. Проценко Т.В. Эффективность аэрокриотерапии в комплексном лечении больных с ранними, поздними акне / Т.В. Проценко, В.Б. Андрийчук // Дерматология и венерология. – 2012. – №1. – С. 79-83.

5. Радионов В.Г. Этиология, патогенез и современные методы терапии акне / В. Г. Радионов, А. Л. Высоцкая, Е. М. Хайминов // Дерматология та венерология, 2011, N N 2. - С. 142-143.

Lukyanchenko E.N.

Results of treatment of late acne in women of different reproductive age with biorevitalization in complex therapy

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to evaluate the effectiveness of the treatment of advanced acne in women various reproductive age with biorevitalization.

Materials and methods. The study included 60 women with advanced acne between the ages of 20 to 55 years of clinical, instrumental to consult a gynecologist endocrinologist. Biophysical parameters of the skin (fat content, moisture, elasticity, erythema) were determined by diagnostic system Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Sourage -Khazaka electronic GmbH, Germany). The patients were divided into 2 groups: primary (30 pers.) - Received traditional therapy combined with cryotherapy, and the comparison group (30 pers.) Received only traditional therapy. Results processed statistically.

Results and discussion. The analysis showed that all the patients of the group, regardless of reproductive age, in contrast to the comparison group had improved biophysical properties of the skin: the fat content decreased from 21 to 33.3% depending on the age (in the control group of 12 to 19%, respectively), the size and number of pores is decreased by 1 to 1.5 times 25% B100 (comparison group in only 65% of patients), an increase in the average moisture content to 2.7 times (in the control group of 0.7 times), elasticity It rose from 10 to 37.5% (comparison group of from 2 to 3.5% in patients PMP elasticity is not changed), reduction in erythema of 1.2 to 2.8 times and in the control group of 0.4 to 1,9 times.

Conclusions. Analysis of the results showed that the use of biorevitalization to a more rapid clinical improvement of the structure and biophysical skin.

Keywords: late acne, treatment, biorevitalization.

Махниборода А.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

ДонНМУ им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – выявить клинико-эпидемиологические особенности красной волчанки (КВ) у больных, получавших лечение в стационаре Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 1474 выписных эпикризов историй болезни больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015-2016 гг. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 1474 выписных эпикриза из них 17 (1,15%) эпикризов больных с КВ – 11 (64%) женщин и 6 (36%) мужчин в возрасте от 20 до 70 лет. При анализе выявлены особенности распределения больных в зависимости от пола, возраста, формы дерматоза и длительности заболевания. Выявлено, что чаще всего патология встречалась в возрасте старше 50 лет - 11 (64%) случаев. Среди всех форм преобладала хроническая диссеминированная КВ - всего 13 (76,4%) пациентов, из них 5 (38%), мужчин, 8 (61,6%) женщин. При анализе длительности заболевания за 2015-2016гг. выявлено, что длительность заболевания до 1 года была у 3 (17,6%) больных, до 5 лет – у 5 (29,4%), более 5 лет – у 9 (53%) больных.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы лечебного учреждения.

Ключевые слова: красная волчанка, клиника, эпидемиология.

КВ является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний соединительной ткани [3].

Распространенность КВ в различных регионах мира довольно широко варьирует — от 12,5 случая на 100 000 населения в Англии до 39 и 40 на 100 000 в Швеции и США соответственно. Среди лиц женского пола в возрасте от 18 до 65 лет КВ наблюдается в 200 случаях на 100 000 человек [2].

Так, М. Urowitz и D. Gladman (2008 г.) отметили повышение распространенности КВ более чем в 3 раза за последние 4 десятилетия. В возрастных группах от 15 до 64 лет заболеваемость КВ у женщин в 6–10 раз превышает таковую у мужчин. В то же время у лиц младше 15 лет и старше 65 лет половые различия в заболеваемости нивелируются [1,2].

Заболеваемость КВ в общей популяции варьирует от 1 : 10 000 до 1 : 1 000 населения, то у родственников первой степени родства она составляет от 1 : 250 до 1 : 20. Заболеваемость КВ у монозиготных близнецов достигает $\geq 60\%$, а у дизиготных приближается к таковой у родственников первой степени родства. У лиц негроидной расы заболеваемость КВ в 3 раза выше, чем у лиц европеоидной расы [5].

В последние три десятилетия отмечено существенное увеличение выживаемости больных КВ: — 1940–1960 гг. — 5- и 10-летняя выживаемость составила соответственно $< 50\%$ и $< 10\%$; — 1990–2000 гг. — 10- и 20-летняя выживаемость — 75–85 % и 70 %. По данным крупных перспективных исследований конца XX века — европейского (1000 больных СКВ) и канадского (644 больных), 5-летняя выживаемость составила 95 и 93 %[4].

Цель исследования — выявить клинико-эпидемиологические особенности КВ у больных, получавших лечение в стационаре РКДВД в 2015 - 2016 гг.

Материалы и методы исследования

В исследовании было обработано 1474 выписных эпикризов РКДВД за период с 2015 по 2016гг. Для получения обоснованных заключений, уделялось внимание четкой систематизации полученных данных (пол, возраст пациентов, диагноз, продолжительность, активность и системность заболевания). Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью лицензионной программы «Microsoft Excel», «Microsoft Word» (USA).

Результаты и их обсуждение

Было проанализировано 17 историй болезни пациентов с КВ, получавших лечение в стационаре РКДВД, в возрасте от 21 до 79 лет: женщин – 11 (64,7%) мужчин – 6 (35,3%) (табл.1).

Таблица 1. Частота встречаемости КВ в зависимости от гендерно-возрастного распределения больных за 2015-2016гг.

Возраст	Мужчины n = 6 Абс./%	Женщины n = 11 Абс./%	Всего n = 17 Абс./%
до 20 лет	-	-	-
21-50 лет	1 (5,8%)	5 (29,1%)	6 (35,3%)
51 и более	5 (29,1%)	6 (35,4%)	11(64,7%)

Анализ гендерно-возрастного распределения показал, что из 17 (1,15%) случаев КВ преобладали женщины – 11 (64,7%), мужчин было лишь – 6 (35,3%). В возрастной категории до 20 лет не зарегистрировано ни одного случая, в то время как в группе 21-50 лет отмечено 6 (35,3%) случаев КВ из них женщин - 5 (29,1%), мужчин – 1 (5,8%). При анализе в возрастной категории 51 и старше выявлено наибольшее количество зарегистрированных случаев КВ - 11(64,7) из них женщин - 6 (35,4%), мужчин – 5 (29,1%) (табл.1).

В 2015 году зарегистрировано 10 (58,8%) случаев КВ – 3 (30%) мужчин, 7 (70%) женщин.

Таблица 2. Частота встречаемости КВ в зависимости от гендерно-возрастного распределения пациентов за 2015 г.

Возраст	Мужчины n = 3 Абс./%	Женщины n = 7 Абс./%	Всего n = 10 Абс./%
до 20 лет	-	-	-
21-50 лет	1 (10%)	3 (30%)	4 (40%)
51 и старше	2 (20%)	4 (40%)	6 (60%)

В возрастной категории до 20 лет за 2015гг. не было зафиксировано ни одного случая КВ, в то время как в категории 21-50 в отмечаено 4 (40%) случая

КВ: мужчин - 1 (10%), женщин – 3 (30%), в возрастной категории 51 и старше выявлено 6 (60%) случаев КВ из них мужчин – 2 (20%), женщин – 4 (40%) (таб.2).

В 2016г. всего было зафиксировано 7 (41,2%) пациентов с КВ, из которых 3 (46%) мужчин и 4 (54%) женщины (табл.3).

Таблица 3. Частота встречаемости КВ в зависимости от гендерно-возрастного распределения больных за 2016.

Возраст	Мужчины n = 3 Абс./%	Женщины n = 4 Абс./%	Всего n = 7 Абс./%
до 20 лет	-	-	-
21-50 лет	-	2 (28,5%)	2 (28,5%)
51 и старше	3 (46%)	2 (28,5%)	5 (71,5%)

В возрастной категории до 20 лет за 2016 г. как и за 2015 г. не было зафиксировано ни одного случая КВ, а в категории 21-50 было 2 (28,5%) случая КВ 2 (28,5%) пациента. В возрастной категории 51 и старше выявлено наибольшее количество 5 (71,5%) пациентов - 3 (46%) мужчин, 2 (28,5%) женщины (табл.3).

При анализе по формам заболевания установлено, что дискоидная форма КВ была у 3 (17,6%) больных, хроническая диссеминированная КВ у 13 (76,4%) больных, системная КВ у 1(5,8%)больных. Пациентов с центробежной эритемой Биета и глубокой КВ Капоши – Ирганга выявлено не было (табл.4).

Таблица 4. Частота встречаемости различных форм красной волчанки в зависимости от пола.

ФОРМЫ	Дискоидная		Центробежная эритема Биетта		Хроническая диссеминированная		Глубокая Капоши - Ирганга		Системная	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
2015	1	2	0	0	2	4	0	0	0	1

2016	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0
Всего17 Абс./%	3 (17,8%)		0 (%)		13 (76,4%)		0 (0%)		1 (5,8%)	

При анализе частоты встречаемости форм КВ за 2015-2016гг. выявлено, что преобладала хроническая диссеминированная форма КВ у 2 (61,6%) женщин и 1 (5,8%) мужчина. На втором месте, по частоте встречаемости, находилась дискоидная форма КВ у 8 (61,6%) женщин, 5 (38,4%) мужчин), также отмечено преимущественное поражение женщин. На третьем месте системная КВ, которая была зарегистрирована лишь у 1 (5,8%) больного (табл.4).

Длительность заболевания у больных с КВ варьировала от нескольких месяцев до 28 лет.

Таблица 5. Длительность заболевания у больных красной волчанки

Длительность	2015	2016	Всего Абс./%
До 1 года	2	1	3 (17,6%)
От 1 до 5 лет	3	2	5 (29,4%)
Больше 5 лет	5	4	9 (53%)
Всего Абс./%	10 (58,8%)	7 (41,2%)	17(100%)

При анализе 17 выписных эпикризов выявлено, что длительность заболевания, до 1 года была у -3 (17,6%) больных, до 5 лет - у 5 (29,4%) больных, более 5 лет – у 9 (53%) больных (табл.5).

Выводы

Полученные данные могут быть использованы для оптимизации работы медицинского учреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Балабан С.Я.. Петрова В.И. Особенности течения системной красной волчанки у больных среднего и пожилого возраста. Ревматология 1985;1:30-2.

2.Иванова М.М. Эволюция методов лечения системной красной волчанки.

Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 2001:79-83.

3.Bertolli A.M., Alarcon G.S., Calvo-Alcn J. et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort. Clinical features, course and outcome in patients with late-onset disease. *Arthr Rheum* 2006;54(5):

4.Ward M.M., Studcnski S. Systemic lupus erythematosus in men: multivariate analysis of gender differences in clinical manifestations. *J. Rheum*

5.Swaak A.J.G., van den Brink H.G., Smcenk R.J.T. et al. Systcmic lupus erythematosus: clinical features in patients with disease duration of over 10 years, first evaluation. *J Rheum* 1999;38:953-8.

Makhniboroda A.V.

Features epedimiology, clinic and current of lupus erythematosus

Department of dermatology and cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to identify clinical and epidemiological features of lupus erythematosus in Republican clinical dermatovenereological dispensary patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years.

Materials and methods. Made the analysis of 1474 case history epicrisis of patients receiving hospital treatment at RKDVD in 2015 - 2016 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Were analyzed 1474 case history epicrisis of patients, 17 (1.15%) epicrisis patients with lupus erythematosus - 11 (64%) of women and 6 (36%) of men aged 21 to 78 years. When analyzing the features of patients distribution according to gender, age, form of dermatosis and duration of the disease. It was revealed that most of the pathology encountered in the age of 50 - 11 (64%) cases. Among all the chronic form predominates disseminated lupus erythematosus - only 13 (76.4%) patients, including 5 males (38%), 8 women (61.6%). In the analysis of the duration of the 2015-2016 disease. revealed that up to a year - 3 (17.6%), up to 5 years-5 (29.4%), more than five years 9 (53%) patients.

Conclusions. The obtained data can be used to optimize the health facility.

Keywords: lupus erythematosus, clinic, epidemiology.

Мельник А.В., Федорова А.В., Вертепная Е.Т., Мельник В.А., Смирнова Т.Я.

**О РЕЗУЛЬТАТАХ СКРИНИНГА МЕТОДОМ РЕАКЦИИ
МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ С ИНАКТИВИРОВАННОЙ СЫВОРОТКОЙ
ПО МАТЕРИАЛАМ УНЛК (УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА)**

Кафедра физиологии и клинической лабораторной диагностики

ДонНМУ им.М.Горького

*Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранения и
эпидемиологии ДонНМУ им.М.Горького*

Резюме

Целью исследования стало изучение эффективности проведения реакции микропреципитации при проведении профилактических осмотров по обращаемости различных профессиональных и социальных групп населения в лабораторном отделении УНЛК (Университетская клиника) на протяжении 2015-2016 гг.

Материалы и методы исследования. в качестве скрининга проводилось исследование макроскопическим тестом быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagents, RPR) с кардиолипновым антигеном. Оценка результатов реакции микропреципитации проводилась невооруженным глазом.

Результаты и их обсуждение. В лабораторном отделении УНЛК (Университетская клиника) методом микропреципитации было обследовано на сифилис с 11.01.2015г. по 17.11.2016 г. было обследовано 2065 человек. Из них, положительных результатов было выявлено 2: за 30.03.16 г. реакция 4+, титр антител 1:8 и за 31.05.2016 г. реакция 4+ , титр антител 1:8. У выявленных пациентов с положительной реакцией в тесте микропреципитации в анамнезе не было упоминания на заболевание сопутствующими инфекциями. При повторном тестировании на сифилис, у них также было проведено исследование методом ИФА на антитела к вирусам гепатита В и С и хламидиям.

Повторное исследование крови реакцией микропреципитации подтвердило предварительный диагноз, а исследование на наличие антител к возбудителей других инфекций дало отрицательные результаты.

Выводы. Применение реакции микропреципитации для скринингового исследования различных категорий населения на сифилис показывает, что данная реакция при соблюдении тщательного отбора пациентов с различным состоянием здоровья для исследования и соблюдении всех необходимых условий для ее проведения позволяет получать приемлемые результаты обнаружения этого заболевания.

Ключевые слова: реакция микропреципитации, сифилис, скрининг, ранняя диагностика

Анализ современной эпидемической ситуации по сифилису на территории Донецкой Народной Республики показывает, что имеет место тенденция к росту заболеваемости этой инфекцией [1]. Это требует дальнейшего совершенствования ранней лабораторной диагностики сифилиса, в частности, тестов на скрининг. Заболеваемость сифилисом среди населения ДНР за 2014-2015 гг. представлена в таблице 1.

В практике здравоохранения в качестве скринингового исследования на сифилис при массовых исследованиях широко используется реакция микропреципитации или микрореакция преципитации. Это исследование является нетрепонежным тестом, основанным на иммунологической реакции антиген-антитело. Свое название этот тест получил от того, что для исследования необходимо незначительное количество исследуемого материала и реагентов, а в результате реакции антиген-антител комплекс выпадает в осадок (преципитация) с образованием хлопьев.

В Донецкой Народной Республике тестирование с помощью реакции микропреципитации возможно применение как одного из скрининговых методов при проведении профилактических осмотров сотрудников учреждений в различных сферах обслуживания населения (медицина, образование, общественное питание и т.п.).

Целью исследования стало изучение эффективности проведения реакции микропреципитации при проведении профилактических осмотров по обращаемости различных профессиональных и социальных групп населения в лабораторном отделении УНЛК (Университетская клиника) на протяжении 2015-2016 гг.

Материалы и методы исследования

В качестве скрининга проводилось исследование макроскопическим тестом быстрых плазменных реагенов (Rapid Plasma Reagents, RPR) с

кардиолипидным антигеном. Оценка результатов реакции микропреципитации проводилась невооруженным глазом. Для подсчета использовались так называемые визуализирующие агенты, вовлекающиеся в комплекс антиген-антитело (частицы угля и частицы толуидинового красного).

В связи с тем, что проводилось массовое обследование определенных групп населения, для этого скрининга применялись дешевые, простые и быстрые по исполнению тест системы, основанные на микрореакции преципитации.

Результаты и их обсуждение

Реакция микропреципитации определяет в крови так называемые реагиновые антитела, которые организм вырабатывает против липидов поврежденных бледной трепонемой клеток организма и липопротеинов мембраны спирохет [2]. Антилипидные антитела могут вырабатываться при многих заболеваниях и состояниях организма, сопровождающихся разрушением тканей, поэтому микрореакция преципитации является отборочным, а не подтверждающим сифилис тестом [2].

Скрининг на сифилис был проведен у следующих категорий населения: беременных женщин, доноров крови, работников питания, образования, здравоохранения, военнослужащих, больных, готовящихся к оперативному хирургическому вмешательству и лиц, поступающих на стационарное лечение.

Все работники, выполняющие реакцию микропреципитации в лабораторном отделении, УНЛК (Университетская клиника), прошли 2-х недельное обучение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере.

Материал для исследования - венозная кровь, бралась натощак.

Для проведения реакции использовался классический VDRL-антиген (кардиолипид+лецитин+холестерин) с добавлением частиц угля для визуальной оценки результатов теста. Исследуемая сыворотка крови перемешивалась на стекле с антигеном. В случае обнаружения в сыворотке реагиновых антител в субстрате образуются чёрные хлопья (флоккулянты), которые являются

признаком положительной реакции. При отсутствии реагиновых антител в сыворотке образования хлопьев (флоккуляции) не происходило.

Результаты реакции учитывали невооруженным глазом над искусственным источником освещения. В лунках с плазмой и сывороткой крови при положительном результате на сифилис оседали различные по размерам хлопья. Появление крупных хлопьев расценивалось как положительный результат (4+, 3+), средней величины и мелких – как слабоположительный (2+, 1+). При отрицательном результате хлопья не образовывались. В сомнительном случае мы ориентировались на контроль отрицательной сыворотки крови. Если в нем хлопья отсутствовали, а в образцах плазмы или сыворотки крови образовывались мелкие хлопья, результат в этом случае считали сомнительным.

При обнаружении антилипидных антител реакция считалась положительной при титрах от 1/2 до 1/320 и выше (при количественной интерпретации). При отсутствии антилипидных антител реакция считалась отрицательной. При низких титрах антител реакция считалась сомнительной.

В лабораторном отделении УНЛК (Университетская клиника) методом микропреципитации было обследовано на сифилис с 11.01.2015г. по 17.11.2016 г. было обследовано 2065 человек. Из них, положительных результатов было выявлено 2: за 30.03.16 г. реакция 4+ , титр антител 1:8 и за 31.05.2016 г. реакция 4+ , титр антител 1:8.

Учитывая, что при проведении массовых скрининговых исследований обычно используются дешевые тест-системы с высокой чувствительностью и низкой избирательностью, при учете результатов необходимо помнить о возможных ложноположительных и ложноотрицательных результатах.

Во-первых, реакция микропреципитации не применяется для подтверждающей диагностики сифилиса, так как кроме антител к липидным антигенам бледной трепонемы, в этих реакциях определяются антитела к липидам и липопroteинам, образовавшимся в результате повреждения клеток организма. Поэтому положительные результаты нетрепонемных

серологических реакций могут не быть связаны с сифилисом, являются результатом неспецифических повреждений тканей. К ложноположительным и ложноотрицательным результатам могут приводить нарушения при проведении этого теста.

Этими нарушениями при проведения исследования могут стать: исключение из постановки реакции контрольных сывороток крови, в частности, слабopоложительных; неравномерная концентрация антигена в эмульсии вследствие недостаточного перемешивания ее перед использованием; бактериальное загрязнение эмульсии; нарушение сроков и условий хранения плазмы и сыворотки крови, антигена и его эмульсии, растворов; замена трехзамещенного цитрата натрия двухзамещенным; использование при постановке реакций загрязненных пробирок, пипеток, пластинок, растворов.

Ложноположительное срабатывание этого теста может быть обусловлено наличием у пациента антифосфолипидного синдрома, беременности, сахарного диабета, туберкулеза, инфекционного мононуклеоза, вирусных гепатитов, пневмонии, онкологических заболеваний, аутоиммунных заболеваний (системная красная волчанка, дерматомиозит и.т.д.), подагры, хронического алкоголизма и наркомании.

В связи с вышесказанным, перед проведением тестирования на сифилис у пациентов тщательно собирался анамнез с учетом возможного инфицирования другими заболеваниями, которые могут исказить результаты реакции микропреципитации.

У выявленных пациентов с положительной реакцией в тесте микропреципитации в анамнезе не было упоминания о заболевании сопутствующими инфекциями. При повторном тестировании на сифилис, у них также было проведено исследование методом ИФА на антитела к вирусам гепатита В и С и хламидиям.

Повторное исследование крови реакцией микропреципитации подтвердило предварительный диагноз, а исследование на наличие антител к возбудителям других инфекций дало отрицательные результаты.

Для подтверждения диагноза сифилис пациенты с положительным результатом теста микропреципитации были направлены в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер для постановки реакции Вассермана.

Ложноотрицательные реакции в реакции микропреципитации встречаются довольно редко и связаны с так называемым эффектом "прозоны" при очень высоком содержании антител в крови.

Тест проведения реакции микропреципитации на сифилис при высокой чувствительности отличается его невысокой ценой, что является существенным плюсом для здравоохранения Донецкой Народной Республики в современных условиях дефицита финансирования.

Выводы

Применение реакции микропреципитации для скринингового исследования различных категорий населения на сифилис показывает, что данная реакция при соблюдении тщательного отбора пациентов с различным состоянием здоровья для исследования и соблюдении всех необходимых условий для ее проведения позволяет получать приемлемые результаты обнаружения этого заболевания.

По существующим требованиям к проведению профилактических осмотров для диагностики сифилиса используется реакция Вассермана, которая проводится только в одном ЛПУ г. Донецка – в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере. Поэтому высокочувствительный метод микропреципитации следует включить в качестве скринингового, вместо реакции Вассермана, в перечень необходимых исследований для проведения профилактических осмотров, оставив последнюю в качестве подтверждающей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики за 2014-2015 года

(статистические материалы) / Под ред. А.Б. Федосеева А.Б. – Донецк, 2016. – С.85-87.

2. Обрядина А.П., Чепурченко Н.В., Фриго Н.В. и др. Диагностика сифилиса (информационные материалы). - Нижний Новгород, 2007. – 44 с.

Melnik A.V., Fedorova A.V., Vertepnaya E.T., Melnik V.A., Smirnova T.I.

The results of the screening method of the reaction of microprecipitation with inactivated serum on materials unlc (university hospital)

The Department of physiology and clinical laboratory diagnostics of the Donetsk National Medical University named from M.Gorky

The Department of higher education, health management and epidemiology, Donetsk National Medical University named from M.Gorky

Aim of the study was to investigate the efficiency of the reaction of microprecipitation during routine inspections on applications of various professional and social groups in the laboratory Department UNLC (University hospital) for 2015-2016.

Materials and methods. Macroscopic test of rapid plasma reagin (Rapid Plasma Reagins, RPR) with cardiolipin antigen was conducted as a screening study. Evaluation of the results of the reaction of microprecipitation was conducted with the naked eye.

Results and discussion. In laboratory UNLC office (University hospital) 2065 patients were examined for syphilis with the method of microprecipitation in the period from 11.01.2015 to 17.11.2016. Among them, the positive results in the routine examination revealed in 2: 30.03.16 - reaction of 4+ , titer 1:8 and 31.05.2016 - reaction of 4+ , titer 1:8. We have identified that patients with a positive reaction in the test of microprecipitation did not have mention on history of the disease any related infections. During the re-testing for syphilis, they have also been studied by ELISA for antibodies to hepatitis B and C and chlamydia.

Re-examination of blood by reaction of microprecipitation confirmed the preliminary diagnosis, and the study for the presence of antibodies to pathogens of other infections gave negative results.

Conclusions. The use of microprecipitation reaction to a screening study of various categories of the population for syphilis shows that this reaction is subject to a careful selection of patients with a variety of health conditions for the study and observance of all the conditions necessary for its implementation allows to obtain acceptable results of detection of the disease.

Keywords: reaction of microprecipitation, syphilis, screening, early diagnosis.

Мельник В.А., Мельник К.В., Беседин И.Е., Мельник Ал.В., Мельник А.В.

**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПУТЯХ И
ФАКТОРАХ ПЕРЕДАЧИ, МЕРАХ ЗАЩИТЫ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ (СПИДА) У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И УЧАЩИХСЯ
ДОНЕЦКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЛИЦЕЯ**

*Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранения и
эпидемиологии ДонНМУ им.М.Горького*

*Кафедра физиологии и клинической лабораторной диагностики ДонНМУ
им.М.Горького Донецкий медицинский лицей*

Резюме

Целью исследования было изучение состояния информированности преподавателей и учащихся Донецкого медицинского лицея относительно мер профилактики и защиты от ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Была разработана анкета-опросник, состоящая из 15 вопросов, отражающих наиболее существенные знания относительно профилактики и средств защиты от ВИЧ-инфекции (СПИДа), которыми должны владеть подростки и взрослые.

Результаты и их обсуждение. В целом, и преподаватели, и учащиеся Донецкого медицинского лицея были достаточно осведомлены относительно мер профилактики и защиты от ВИЧ-инфекции. Однако, учащиеся были недостаточно информированы о факторах передачи ВИЧ-инфекции и возможности анонимного обследования на СПИД.

Выводы. Указанные пробелы в информированности относительно путей заражения и факторов передачи ВИЧ-инфекции необходимо ликвидировать путем проведения обзорной лекции или семинара на тему «Пути и факторы передачи ВИЧ-инфекции».

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, профилактика, информированность, пути и факторы передачи.

Согласно статистическим данным, приведенным в [1], обнаружение ВИЧ-инфекции среди населения Донецкой области в 2014 г. составило 2176 случаев из 130922 обследованных, а в 2015 г. – 1967 из 94940 обследованных. При этом, среди подростков в возрасте 15-17 лет в текущем году было выявлено 232 случая инфицирования ВИЧ, что составило 0,98% от общего количества

населения ДНР, показатель на 100 тыс. населения - 377,5. Общий показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией, в целом по ДНР, составил в текущем году 1026,4 на 100 тыс. населения. Приведенные цифры свидетельствуют о высокой распространенности ВИЧ в регионе и достаточно высоком риске заболевания этой инфекцией среди учащихся школ и взрослых.

Для изучения состояния проблемы, в частности, информирования населения относительно мер профилактики и защиты от ВИЧ-инфекции, было проведено анкетирование преподавателей и учащихся Донецкого медицинского лицея на знание путей и факторов передачи, а также мер защиты и профилактики ВИЧ-инфекции (СПИДа).

Материалы и методы исследования

Была разработана анкета-опросник, состоящая из 15 вопросов, отражающих наиболее существенные знания относительно профилактики и средств защиты от ВИЧ-инфекции (СПИДа), которыми должны владеть подростки и взрослые. Было проведено анкетирование преподавателей и учащихся Донецкого медицинского лицея. Результаты анкетирования подвергнуты математической обработке с применением специальной программы по статистике (MedStat).

Результаты и их обсуждение

С целью изучения степени осведомленности относительно проблемы ВИЧ-инфекции (СПИДа) взрослых и подростков была разработана анкета-опросник, состоящая из 15 вопросов, отражающих необходимые знания относительно ВИЧ-инфекции (СПИДа), средствах борьбы и профилактики этой инфекции. В анкету входили следующие вопросы:

- Слышали ли Вы о ВИЧ-инфекции?
- ВИЧ и СПИД - это одно и то же?
- Можно ли отличить по внешнему виду здорового человека от человека, инфицированного ВИЧ?
- Поражается ли при ВИЧ/СПИДе иммунная (защитная) система организма человека?

- Возможно ли вылечить больного СПИДом?
- Может ли человек заразиться при прикосновении к больному, инфицированному ВИЧ?
- Возможно ли заразиться, пользуясь общим стаканом, расческой, тарелкой или ложкой с ВИЧ-инфицированным?
- Возможно ли заразиться ВИЧ в бассейне?
- Возможно ли заражение, если вы обнимаетесь с человеком, инфицированным ВИЧ?
- Передается ли ВИЧ/СПИД половым путем?
- Возможно ли заразиться ВИЧ через укусы насекомых?
- Возможно ли заразиться ВИЧ при переливании крови?
- Возможно ли заразиться ВИЧ при поцелуях?
- Относятся ли наркоманы к «группе риска»?
- Знаете ли вы, где можно пройти анонимное обследование на ВИЧ/СПИД?

На поставленные в анкете вопросы необходимо было ответить «да» или «нет». Анкетирование проводилось анонимно.

Было проанкетировано 22 преподавателя и 91 учащихся Донецкого медицинского лица. Всего было роздано 113 анкет, собрано 113 анкет.

Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

На вопрос «Слышали ли Вы о ВИЧ-инфекции?» положительно ответили все преподаватели и учащиеся Медицинского лица. Это свидетельствует о том, что большинство респондентов достаточно информировано о ВИЧ-инфекции (СПИДе).

На вопрос «ВИЧ и СПИД - это одно и то же?» правильно ответили 81% преподавателей и 78% учащихся. Это свидетельствует о том, что имеются определенные пробелы у респондентов в знании отличий между ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

На вопрос «Можно ли отличить по внешнему виду здорового человека от человека, инфицированного ВИЧ?» правильно ответили все преподаватели и 71% учащихся. Последнее свидетельствует о существенном пробеле в знаниях

учащимися внешними признаках ВИЧ-инфекции, в частности, о возможности кожных проявлений болезни у ВИЧ-инфицированного.

На вопрос «Поражается ли при ВИЧ/СПИДе иммунная (защитная) система организма человека?» правильно ответили все преподаватели и 84% учащихся. Не исключено, что отрицательно ответившие на это вопрос респонденты недостаточно владеют знаниями об иммунной системе человека.

На вопрос «Возможно ли вылечить больного СПИДом?» правильно ответило 72% преподавателей и 71% учащихся. Это свидетельствует о недостаточной осведомленности респондентов о современных возможностях в лечении этого заболевания и прогнозе выздоровления.

На вопрос «Может ли человек заразиться при прикосновении к больному, инфицированному ВИЧ?» правильно ответили 100% преподавателей и 97% учащихся. Это свидетельствует о достаточной информированности респондентов в этом вопросе.

На вопрос «Возможно ли заразиться, пользуясь общим стаканом, расческой, тарелкой или ложкой с ВИЧ-инфицированным?» правильно ответили всего лишь 90% преподавателей и 54% учащихся. Это один из самых низких показателей правильного ответа из всех 15 вопросов. Поэтому на занятиях в Медицинском лицее следует поработать над устранением имеющего пробела знаний о путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции.

На вопрос «Возможно ли заразиться ВИЧ в бассейне?» правильно ответили 90% преподавателей и 60% учащихся. Этот показатель свидетельствует о недостаточной информированности респондентов относительно путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции и требует коррекции их знаний.

На вопрос «Возможно ли заражение, если вы обнимаетесь с человеком, инфицированным ВИЧ?» правильно ответило 100% преподавателей и 93% учащихся, информированность респондентов – достаточно высока.

На вопрос «Передается ли ВИЧ/СПИД половым путем?» правильно ответило 100% преподавателей и 97% учащихся, что также свидетельствует о достаточной информированности респондентов

На вопрос «Возможно ли заразиться ВИЧ через укусы насекомых?» правильно ответили 81% преподавателей и 21% учащихся. Это самый низкий показатель правильных ответов из всех 15 вопросов. Здесь также имеется недостаток информированности респондентов относительно путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции.

На вопрос «Возможно ли заразиться ВИЧ при переливании крови?» правильно ответили 100% преподавателей и 97% учащихся. Это говорит о высокой информированности респондентов.

На вопрос «Возможно ли заразиться ВИЧ при поцелуях?» правильно ответили 54% преподавателей и 47% учащихся. Это также один из самых низких показателей правильного ответа из всех 15 вопросов. Информированность относительно путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции явно недостаточна.

На вопрос «Относятся ли наркоманы к «группе риска?»» правильно ответили 100% преподавателей и 91% учащихся. Знание респондентов среди учащихся в данном вопросе желает лучшего.

На вопрос «Знаете ли вы, где можно пройти анонимное обследование на ВИЧ/СПИД?» правильно ответили 65% преподавателей и 54% учащихся. Это так же один из самых низких показателей правильного ответа из всех 15-ти вопросов. Информированность респондентов в данном вопросе явно недостаточна и нуждается в коррекции.

Выводы

В целом, в результате проведенного анализа анкет, можно сделать вывод, что преподаватели медицинского лица более хорошо информированы относительно ВИЧ-инфекции (СПИДа) по сравнению с учащимися, но по ряду вопросов, отраженных в анкете, имеется четкая корреляция низкой осведомленности у всех групп респондентов. Это, в первую очередь, касается

путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции. Также имеет место недостаточная информированность всех групп респондентов о том, где можно анонимно обследоваться на ВИЧ-инфекцию.

Указанные пробелы в информированности относительно ВИЧ-инфекции и СПИДа необходимо ликвидировать путем проведения обзорной лекции или семинара на тему «Пути и факторы передачи ВИЧ-инфекции».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики за 2014-2015 года (статистические материалы)/Под ред. А.Б. Федосеева А.Б. – Донецк, 2016. – С.77-81.

Melnik V.A., Melnik K.V., Besedin I.E., Melnik Al.V., Melnik A.V.

Analysis of the state of knowledge about the ways and factors of transmission, protection and prevention of hiv-infection (aids) among teachers and students of donetsk medical lyceum

The Department of higher education, health management and epidemiology, Donetsk

National Medical University named after M.Gorky

The Department of physiology and clinical laboratory diagnostics of the Donetsk National

Medical University named from M.Gorky Donetsk Medical Lyceum

Aim of the study was to examine the awareness of teachers and students of Donetsk medical Lyceum regarding prevention and protection from HIV infection.

Materials and methods. We developed a questionnaire consisting of 15 questions that represent the most basic knowledge regarding the prevention and protection against HIV-infection (AIDS), which required of teenagers and adults.

Results and discussion. In general, the teachers and students of Donetsk medical Lyceum were aware enough regarding prevention and protection from HIV-infection. However, students were not sufficiently informed about the factors of HIV transmission and possibilities for anonymous AIDS testing.

Conclusions. These gaps in knowledge regarding the ways of infection and HIV transmission factors need to be eliminated by a review lecture or seminar on the topic "Ways and factors of transmission of HIV-infection".

Keywords: HIV-infection, AIDS, prevention, awareness, ways and factors of transmission.

Проценко Т.В., Заблоцкая А. Г., Боряк С.А.

ОПЫТ UVA ФОТОТЕРАПИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель работы – изучить эффективность локальной UVA-фототерапии в комплексном лечении больных ладонно-подошвенным псориазом.

Материал и методы исследования. 52 больных ладонно-подошвенным псориазом разделены на 2 группы сравнения: основная (41чел.), комплексная терапия которых включала локальную UVA-фототерапию; группа сравнения (11чел.), леченных традиционно. Эффективность терапии оценивали по анализу ближайших и отдаленных результатов лечения. Результаты исследования обработаны статистически на персональном компьютере по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение. При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения отмечен лучший результат у тех пациентов, комплексная терапия которых включала UVA-фототерапию. Полная ремиссия в конце курса лечения достигнута у 32 (61,5%) больных псориазом, в т.ч. у 28 (68,3%) больных основной группы и у 4 (36,4%) – в группе сравнения. Стойкий клинический результат в течение 1 года наблюдали у 41 (78,8%) больных, в т.ч. у 32 (78,0%) пациентов основной группы и лишь у 6 (54,5%) – в группе сравнения. Рецидивы в течение года наблюдения были у 11 (21,5%) больных, в т.ч. у 9 (21,9%) пациентов основной группы и у 6 (54,5%) – в группе сравнения.

Выводы. UVA-фототерапия ладонно-подошвенного псориаза существенно повышает эффективность лечения, увеличивает продолжительность ремиссии, отличается хорошей переносимостью и может быть использована в амбулаторной практике лечения больных.

Ключевые слова: ладонно-подошвенный псориаз, UVA-фототерапия.

Поиск путей повышения эффективности терапии псориаза остается актуальной проблемой дерматологии из-за распространенности дерматоза, хроническим рецидивирующим течением, недостаточной эффективностью терапии, особенно атипичных и редких вариантов заболевания, к которым относят ладонно-подошвенные формы [3,5,6,7].

Ладонно-подошвенная форма псориаза объединяет 2 клинических варианта дерматоза: обычный, или вульгарный и пустулезный псориаз (форма Барбера) [1,2].

Частота встречаемости ладонно-подошвенного псориаза колеблется от 1% до 31% среди всех клинических форм дерматоза, но при этом обуславливает до 15% случаев потери трудоспособности от кожных заболеваний в целом [3, 5]. Несмотря на ограниченный характер поражения, даже при отсутствии псориатических высыпаний другой локализации, эта форма дерматоза ограничивает социальную активность пациента, резко снижает личностную самооценку, способствует развитию депрессивных изменений, еще больше усугубляющих течение заболевания.

На эффективность лечения ладонно-подошвенного псориаза влияют и особенности данного топографического региона, отличающегося более выраженным роговым слоем, многочисленностью эккринных потовых желез, склонностью к активации условно-патогенных микроорганизмов и инфицированности патогенами, что необходимо учитывать в лечебно-профилактической тактике [1, 5].

В лечение псориаза последние десятилетия широко используют физиотерапевтические методы, среди которых наибольшую эффективность продемонстрировали фототехнологии нового поколения: UVB с длиной волны 311 нм, UVA в диапазоне длины волны 320-400 нм, эксимерный лазер с длиной волны 308 нм [4, 6, 7].

Особое место среди всех технологий фотовоздействия занимает UVA-фототерапия, обладающая выраженным противовоспалительным, антипролиферативным действием, подавляющая каскад псориатического воспаления в дерме и нормализующая пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов [6,7]. Тем не менее лишь единичные работы до настоящего времени посвящены изучению эффективности UVA-фототерапии в комплексном лечении больных ладонно-подошвенным псориазом.

Цель исследования – изучение эффективности UVA-фототерапии в комплексном лечении больных ладонно-подошвенным псориазом.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 52 больных ладонно-подошвенным псориазом в возрасте от 38 до 56 лет, с давностью заболевания от 3 до 18 лет, в т.ч. 36 (69,3%) женщин и 16 (30,7%) мужчин. 26 (50%) больным диагноз был подтвержден гистологически. Степень выраженности симптомов псориаза определяли по системе PASI [5]. Избыточная масса тела (ИМТ свыше 26) была у 21 (40,4%).

До начала терапии всех пациентов обследовали с определением общего клинического развернутого анализа крови, билирубина, трансаминаз, глюкозы, С-реактивного белка, креатинина, общего анализа мочи, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза и брюшной полости; по показаниям – консультировали у смежных специалистов.

В зависимости от метода терапии больные были разделены на 2 группы сравнения: основная - 41 чел., в т.ч. 15 – с избыточной массой тела, комплексная терапия которых включала применение UVA-фототерапии; группа сравнения – 11 чел., в т.ч. 6 – с избыточной массой тела, леченных традиционно. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам.

Традиционная терапия включала седативные, вазоактивные препараты, гепатопротекторы, наружную противовоспалительную и рассасывающую терапию [3, 6, 7]. Больные с избыточной массой тела получали метформин по 1000 мг 1 р в день вечером в течение 3 месяцев.

UVA-фототерапия была в виде фотованн с наружным фотосенсибилизатором. Режим лечения – 3-4 процедуры в неделю, на курс 18-20 процедур.

Эффективность лечения оценивали по анализу ближайших (переносимость, динамика индекса PASI) и отдаленных результатов лечения (наличие и количество рецидивов в течение 1 года наблюдения).

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами по общепринятым программам с помощью персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Проведенный клинико-anamnestический и гендерный анализ выявил некоторые особенности ладонно-подошвенного псориаза у мужчин и женщин (табл.1). Так, дебюту или обострению псориаза предшествовал стресс – у 41 (78,8%) больных, несколько чаще у мужчин, чем у женщин: у 13 (81,3%) и у 28 (77,8%) больных соответственно.

Таблица 1. Гендерные клинико-anamnestические особенности у больных пустулезным псориазом.

Показатель	Всего, абс/% n =52	Женщины, абс/% n =36	Мужчины, абс/% n=16
Стресс как фактор дебюта/обострения	41/78,8	28/77,8	13/81,3
ХВГС	3/9,4		3/18,8
Климактерический синдром		23/88,5	
Токсический гепатит	1/1,9		1/6,25
Аутоиммунный тиреоидит	15/28,8	11/30,6	4/25,0

Обращало внимание, что ладонно-подошвенный псориаз развивался на фоне климактерического синдрома у 23 (88,5%) женщин, аутоиммунного тиреоидита – у 15 (28,8%) больных, в т. ч. у 4 (25%) мужчин и у 11 (30,6%) женщин. Эндокринные нарушения отмечены у 48 (92,3%) больных, наиболее часто у женщин, чем у мужчин – у 34 (94,4%) и 4 (25,0%) больных соответственно. Избыточную массу тела (ИМТ свыше 26) имели 21 (40,4%) больных, чаще женщины, чем мужчины – 19 (73,1%) и 2 (33,3%) больных соответственно.

Поражения печени были у 4 (7,7%) больных, только у мужчин, при этом у 3 (18,8%) из 16 мужчин был впервые выявленный хронический вирусный гепатит С (ХВГС) вне стадии репликации вируса.

Анализ клинических проявлений дерматоза также выявил некоторые гендерные особенности (табл.2). Так, изолированное поражение ладоней и подошв было у 41 (78,8%) больных, при этом у женщин чаще, чем у мужчин – 30 (83,3%) и 11 (68,8%) больных соответственно.

Таблица 2. Гендерные особенности клинических проявлений пустулезного псориаза.

Признак	Всего, абс/% n =52	Женщины, абс/% n =36	Мужчины, абс/% n=16
Изолированное поражение ладоней и подошв	41/78,8	30/83,3	11/68,8
Сочетанное, с поражением псориазом типичных мест	11/21,2	6/16,7	5/31,3
Поражение суставов	12/23,1	8/22,2	4/25,0
Поражение ногтевых пластинок	18/34,6	13/36,1	5/31,3

У мужчин почти в 2 раза чаще отмечалось сочетание поражения ладоней и подошв с псориазическими бляшками типичных мест – у 5 (31,3%) больных, в то время как у женщин таких было лишь 6 (16,7%).

Индекс PASI в среднем составил $8,9 \pm 1,23$, в том числе $8,69 \pm 0,92$ – у женщин и $9,2 \pm 1,41$ – у мужчин, больных псориазом.

Переносимость лечения у всех пациентов была удовлетворительной.

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения отмечен лучший результат у тех пациентов, комплексная терапия которых включала UVA-фототерапию.

Регресс клинических симптомов псориаза (PASI 75%) наблюдали у всех больных в группах сравнения, однако более отчетливым он был у пациентов

основной группы, комплексная терапия которых включала применение UVA-фототерапию. Полная ремиссия в конце курса лечения достигнута у 32 (61,5%) больных псориазом, в т.ч. у 28 (68,3%) больных основной группы и у 4 (36,4%) – в группе сравнения (табл. 3).

Таблица 3. Ближайшие результаты лечения у больных псориазом в группах сравнения.

Результат	Всего, абс/%, n = 52	Основная группа, абс/%, n =41	Группа сравнения, абс/%, n =11
Клиническая ремиссия	32/61,5	28/68,3	4/36,4
Значительное улучшение	12/23,2	9/21,9	3/27,3
Улучшение	8/15,3	4/9,8	4/36,3

Однако наиболее значимые отличия отмечены при анализе отдаленных результатов лечения. Так, ремиссию более 1 года наблюдали у 41 (78,8%) больных, в т.ч. у 32 (78,0%) пациентов основной группы и лишь у 6 (54,5%) – в группе сравнения. Рецидивы в течение года наблюдения были у 11 (21,5%) больных, в т.ч. у 9 (21,9%) пациентов основной группы и у 6 (54,5%) – в группе сравнения.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных ладонно-подошвенным псориазом показал хорошую переносимость и эффективность UVA-фототерапии в комплексной терапии дерматоза.

Выводы

Включение UVA-фототерапии в комплексную терапию ладонно-подошвенного псориаза существенно повышает ее эффективность, увеличивает продолжительность ремиссии и снижает число рецидивов в 1,5-2 раза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Дерматология Фицпатрика в клинической практике/Под ред. А.А.Кубановой и др.- Перевод с англ.В.П.Адаскевич. – М.: Изд-во «Бином», 2012. – С. 180-206.
- 2.Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориатическая болезнь. Саратов:Изд-во ун-та, 1992. – 175 с.
- 3.Клинические рекомендации. Дерматовенерология /Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143-153.
- 4.Кондратьева Н.Н., Рассказов Я.А., Бакулев А.Л. и др. Эффективность узкополосной средневолновой фототерапии в сочетании с цитостатической терапией при псориазе//Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т.8, №2. – С.627-630.
- 5.Практическая дерматология/Под ред. проф. Л. А. Болотной. – ХМАПО, 2015. – 272 с.
- 6.Fouere S., Adjadj L., Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey// JEADV. – 2005. – Vol. 19, N 3. – P. 2-6.
- 7.KatsambasA.D., LottiT.M. European Handbook of Dermatological Treatments. - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1999. - 384 p.

Protsenko T.V., Zablotskaya A.G., Boryak S.A.

Experience of UVA phototherapy palmoplantar psoriasis

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to study the effectiveness of UVA-local phototherapy in treatment of patients with palmar-plantar psoriasis.

Materials and methods. 52 patients with palmar-plantar psoriasis are divided into two comparison groups: primary (41 people), Complex therapy which included local-of UVA phototherapy; comparison group (11 people), treated traditionally. Treatment efficacy was assessed by the analysis of short - and long-term results of treatment. The study results are statistically processed on a PC with standard programs.

Results and discussion. In the analysis of short- and long-term results of treatment recorded the best score in those patients complex therapy which includes UVA-phototherapy. Complete remission at the end of treatment was achieved in 32 (61.5%) of psoriasis patients, including in 28

(68.3%) patients of the main group and in 4 (36.4%) - in the comparison group. Persistent clinical outcome at 1 year was observed in 41 (78.8%) patients, including in 32 (78.0%) patients of the main group and only in 6 (54.5%) - in the comparison group. Relapses during the year of observation were 11 (21.5%) patients, including in 9 (21.9%) patients of the main group and 6 (54.5%) - in the comparison group.

Conclusions. UVA phototherapy of palmoplantar psoriasis significantly increases the effectiveness of treatment, increases the duration of remission, characterized by good tolerability and can be used in outpatient treatment.

Keywords: palmoplantar psoriasis, UVA-phototherapy.

Проценко О.А., Мехова Г.А., Проценко О.И.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПРИ СЕБОРЕИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – изучить состояние кожи волосистой части головы у лиц с различными формами себореи.

Материалы и методы исследования. Изучены клинические и биофизические особенности кожи волосистой части головы у 30 человек, в т.ч. 10 пациентов с сухой себореей, 10 – с жирной себореей, 10 человек без себореи. Биофизические параметры кожи волосистой части головы оценивали с помощью «Многофункционального портативного анализатора для диагностики поверхности кожи Soft Plus» (Callegari S.p.A. Italy). Статистическую обработку материала проводили с помощью персонального компьютера IBN PC/AT и использования лицензионного пакета Statistica 6 (Stat Soft Rus).

Результаты и их обсуждение. Проведен сравнительный анализ состояния кожи по показателям гидратации и вискоэластичности.

Выявлено снижение показателей гидратации кожи до $(19,3 \pm 1,47)$ у.е. у больных с сухой себореей и до $(19,8 \pm 1,35)$ у.е. у больных с жирной себореей, при показателях гидратации в контрольной группе – $(41,7 \pm 1,86)$ у.е.

Показатели вискоэластичности, косвенно отражающее состояние волокнистого каркаса дермы и воспалительной инфильтрации, также были сниженными и составили $(20,6 \pm 1,47)$ у.е. у больных с сухой себореей $(21,5 \pm 1,09)$ у.е. – при жирной себорее, а в контрольной группе здоровых лиц – $(32,1 \pm 0,97)$ у.е.

Выводы. Выявлены особенности состояния кожи волосистой части головы у лиц с различными формами себореи. Полученные данные необходимо учитывать при планировании лечебной тактики и мер профилактики у таких больных.

Ключевые слова: себорея, биофизические и клинические особенности кожи.

Себорея (Сб) является одним из наиболее часто встречаемых дерматологическим косметологическим и эстетическим дефектом, поражающим лиц активного трудоспособного возраста [8].

Условием развития себореи является одновременное сочетанное

воздействие эндогенных и экзогенных факторов, при этом особое место занимает активация несовершенных дрожжеподобных липофильных грибов рода *Mallassezia* spp. [1,4]. Считают, что в ходе своей жизнедеятельности *Mallassezia* продуцируют свободные жирные кислоты, в частности, олеиновую, которая оказывает локально раздражающее действие, общетоксическое и сенсибилизирующее действие, способствуя воспалению и аллергическим реакциям [2,9].

Доказано, что состояние равновесия между организмом и сапрофитной флорой регулируется факторами естественной резистентности, к которым относят интактный кожный барьер, косвенным подтверждением которого является отсутствие шелушения и эритемы [3,5]. Известно, что первыми признаками себореи является избыточное чешуйкообразование и нарушение функционирования кожи волосистой части головы, что нередко воспринимается как косметологическая проблема и побуждает к обращению за медицинской помощью в эстетические центры [6,7].

Цель исследования – выявить характерные особенности кожи волосистой части головы у лиц с различными формами себореи.

Материалы и методы исследования

Изучены клинические и биофизические особенности кожи волосистой части головы у 30 человек в трех группах сравнения: 10 пациентов с сухой себореей (первая группа), 10 – с жирной себореей (вторая группа), 10 человек без себореи (третья, или контрольная группа).

При клинической оценке состояния кожи волосистой части головы определяли следующие симптомы: эритему, чешуйкообразование, корки, которые оценивали в баллах от 0 до 3, где 0 баллов – отсутствие признака; 1 балл – слабо выраженный; 2 балла – умеренно выраженный; 3 балла – резко выраженный.

Оценивали состояния кожи волосистой части головы и волос на многоканальном видеоанализаторе (Video Hair Analyser, Paris) с определением степени эритемы, шелушения, чешуйко-образования, выраженность

дистрофических изменений.

Статистическую обработку проводили с использованием стандартных статистических критериев и методов оценки с помощью персонального компьютера IBM PC/AT и использования лицензионного пакета Statistica 6 (Stat Soft Rus). Биофизические параметры кожи волосистой части головы определяли с помощью «Многофункционального портативного анализатора для диагностики поверхности кожи Soft Plus» (Callegari S.p.A. Italy).

Статистическую обработку материала проводили с помощью персонального компьютера IBM PC/AT и использования лицензионного пакета Statistica 6 (Stat Soft Rus).

Результаты и их обсуждение

Себорейный дерматит у пациентов в наблюдаемой группе поражал типичные участки кожи и проявлялся клинически шелушением, воспалением кожи, сопровождался зудом. Высыпания были симметричными, с вовлечением в патологический процесс кожи волосистой части головы, границы роста волос, бровей, ресниц, области усов и бороды, носогубных складок, кожи наружных слуховых проходов, у части больных – с поражением складок заушной области, паховых, бедренных, реже – подмышечных, шейных. Себорейный дерматит туловища занимал себорейные зоны и, как правило, локализовался в области грудины, плечевого пояса, верхней трети спины. Себорейного дерматита в форме эритродермии мы не наблюдали.

В зависимости от тяжести выделяли легкую, средне-тяжелую и тяжелую форму заболевания. При легкой форме поражения кожи были с умеренной эритемой, иногда – незначительной инфильтрацией, покрытой отрубевидными чешуйками. На коже волосистой части головы у части больных было различной степени выраженности напластование мелких муковидных белых чешуек, хотя в ряде случаев шелушение имело крупнопластинчатый характер, в этих случаях островоспалительные изменения на коже были минимальным. Больные предъявляли жалобы на кожный зуд. В анамнезе эти пациенты отмечали постоянную перхоть, что связывали с сухостью кожи, поэтому они

предпочитают реже мыть голову, что на самом деле способствовало дальнейшему накоплению чешуек и увеличению перхоти и в дальнейшем заканчивалось появлением воспалительных изменений кожи.

При средне-тяжелой форме себорейного дерматита кожа в местах поражения была ярко гиперемирована, более выраженной была инфильтрация иногда были заметны участки мацерации, более выраженное скопление чешуек, вплоть до формирования корковых наслоений.

При тяжелой форме себорейного дерматита характерным было распространенное поражение кожи, с выраженной гиперемией и инфильтрацией, покрытой отрубевидными чешуйками, скопления корко-чешуек, на волосистой части головы – иногда до формирования резко-выраженной «коры» из чешуйко-корок, при этом в ряде случаев воспалительная эритема не определялась визуально из-за массивного наслоения чешуек.

Очаги себореи представляли собой сквамозные элементы с мелкопластинчатым шелушением (сухая себорея) или жирными чешуйками или чешуйко-корками (жирная себорея). Некоторые элементы за счет периферического роста формировали гирляндобразные структуры с разрешением в центре. Наслоение чешуек и чешуйко-корок достаточно часто располагались на эритематозном фоне различной интенсивности, иногда цвет кожи варьировал от желтовато-розового или розовато-красного цвета до нормального.

Большая часть пациентов отмечали ухудшение кожного процесса после психо-эмоционального напряжения, при перегревании, пищевых погрешностях, а иногда – и без видимой причины.

Для унификации степени выраженности симптомов (эритема, шелушение, инфильтрация) интенсивность проявлений оценивали по 4-х балльной шкале: где 0 баллов – отсутствие признака; 1 балл – легкая степень выраженности признака; 2 балла – умеренная степень выраженности; 3 балла – значительная степень выраженности признака.

При легкой форме себореи средний балл составил – $1,9 \pm 0,76$; при средне-тяжелой – $2,6 \pm 0,93$; при тяжелой – $2,9 \pm 1,12$. В наших наблюдениях легкая форма чаще была при сухой себорее (у 6 из 10 пациентов), чем при жирной (у 4 из 10 больных).

При оценке состояния кожи волосистой части головы и волос отмечено снижение густоты волос во всех исследуемых зонах у больных с себореей. Так, в лобной зоне количество волос на 1 см^2 было ниже нормы на 14,5 %, в теменной – на 4,6 %, в височных – на 3,3 %. Число волос, растущих из одного фолликула, в среднем составило 1-2 волоса, что свидетельствовало о слабости волосяных луковиц.

Проведен сравнительный анализ состояния кожи по показателям гидратации и вискоэластичности.

Выявлено снижение показателей гидратации кожи до $(19,3 \pm 1,47)$ у.е. у больных с сухой себореей и до $(19,8 \pm 1,35)$ у.е. у больных с жирной себореей, при показателях гидратации в контрольной группе – $(41,7 \pm 1,86)$ у.е.

Показатели вискоэластичности, косвенно отражающее состояние волокнистого каркаса дермы и воспалительной инфильтрации, также были сниженными и составили $(20,6 \pm 1,47)$ у.е. у больных с сухой себореей $(21,5 \pm 1,09)$ у.е. – при жирной себорее, а в контрольной группе здоровых лиц – $(32,1 \pm 0,97)$ у.е.

Проявления себорейного дерматита на лице определялось в виде эритематозно-шелушащихся очагов, иногда с фолликулярно расположенными воспалительными папулами с чешуйко-корками на поверхности, сопровождающихся зудом, иногда – ощущением жжения.

На волосистой части головы у ряда пациентов отмечали поредение волос, а пациенты жаловались на усиление выпадения волос в местах себорейного дерматита.

Выводы

Выявлены особенности состояния кожи волосистой части головы у лиц с различными формами себореи. Полученные данные необходимо учитывать при

планировании лечебной тактики и мер профилактики у таких больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новоселов В.С., Новоселов А.В., Богадельникова А.Е. Себорейный дерматит как малассезиоз// Современная микология России: тез. докл. 2-го Съезда микологов России. — М. : Национальная академия микологии, 2008. — С. 442.
2. Черновол А.С., Богатырева И.Н., Борисенко А.В. Биофизические показатели кожи при некоторых хронических дерматозах в процессе фототерапии//Архив клинической и экспериментальной медицины. — 2014. — Т. 23, № 2. — С. 192 – 194.
3. Bikowski J. Facial seborrheic dermatitis: a report on current status and therapeutic horizons // J. Drugs Dermatol. — 2009. — Vol. 8, No. 2. — P. 125–133.
4. Bouwstra J.A., Ponc M. The skin barrier in healthy and diseased state// Biochim. Biophys. Acta. — 2006. — Vol. 1758. — P. 2080–2095.
5. Cogen A.L. Skin microbiota: a source of disease or defence / A.L. Cogen, V. Nizet, R.L. Gallo // Brit. J. Dermatol. — 2008. — Vol. 158. — P. 442–455.
6. Epidemiologic study of Malassezia Yeasts in Seborrheic dermatitis patients by Analysis of 26S rDNA PCR RFLP / B.H. Oh, Y.W. Lee, Y.B. Choe [et al.] // Ann. Dermatol. — 2010. — Vol. 22, No. 2. — P. 149–155.
7. Gupta A.K. Etiology and management of seborrheic dermatitis / A.K. Gupta, S.E. Madzia, R. Batra // Dermatology. — 2004. — Vol. 208, No. 2. — P. 89–93.
8. Katsambas A.D. European Handbook of Dermatological Treatments / A.D. Katsambas, T.M. Lotti. — Berlin : Springer, 2003. — P. 3–11.
9. Seborrheic dermatitis / A.K. Gupta, R. Bluhm, E.A. Cooper [et al.] // Dermatol. Clin. — 2003. — Vol. 21, No. 3. — P. 401–412.

Protsenko O.A., Mehova G.A., Protsenko O.I.

Especially conditions of the scalp with seborrhea

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to study condition of the skin of the scalp in patients with various forms of seborrhea.

Materials and methods. Have studied the clinical and biophysical features of the scalp in 30 people, including 10 patients with dry seborrhea, 10 - with oily seborrhea, 10 people without seborrhea. Biophysical parameters of scalp was evaluated using "multi-function portable analyzer to diagnose skin Soft Plus» (Callegari S.p.A. Italy). Statistic processing was made with the help of a PC IBN PC / AT and use of the license package Statistica 6 (Stat Soft Rus).

Results and discussion. A comparative analysis of the condition of the skin in terms of hydration and viscoelasticity.

Showed a reduction in skin hydration indicators to $(19,3 \pm 1,47)$ s.u. in patients with dry seborrhea and to $(19,8 \pm 1,35)$ s.u. in patients with oily seborrhea, when hydrated in the control group - $(41,7 \pm 1,86)$ s.u.

Indicators viscoelasticity, indirectly reflecting the state of the fibrous skeleton of the dermis and inflammatory infiltration were also reduced and amounted to $(20,6 \pm 1,47)$ s.u. in patients with dry seborrhea $(21,5 \pm 1,09)$ s.u. - for oily seborrhea, and in the control group of healthy individuals - $(32,1 \pm 0,97)$ s.u.

Conclusions. The features of the skin condition of the scalp in patients with various forms of seborrhea. The findings should be considered when planning treatment tactics and prevention in these patients.

Keywords: seborrhea, biophysical and clinical features of the skin.

Чайковская И. В., Строяковская О. Н., Грицкевич Н. Ю.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра
стоматологии ФИПО*

Резюме

Целью исследования – изучение клинической эффективности предложенных схем комплексного лечения тяжелых форм хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы исследования. Для клинических исследований были отобраны 25 пациентов – добровольцев обоего пола в возрасте от 18 до 38 лет. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Применение полиоксидония при первичном лечении не повлияло на частоту и продолжительность обострений при повторных рецидивах. В то же время, предложенная схема противорецидивного лечения приводит к достоверному снижению частоты рецидивов при протекании хронического рецидивирующего афтозного стоматита в более легких формах.

Выводы. Проведение противорецидивного лечения оказывает выраженный профилактический эффект, минимизируя частоту обострений и степень их тяжести.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки рта, характеризующееся возникновением афт (язв) и протекающее с периодическими обострениями и ремиссиями [1, 2, 3]. Поражение слизистой оболочки рта в виде рецидивирующих афт упоминалось еще в работах Гиппократов. Но лишь в 1894 г. хронический рецидивирующий афтозный стоматит был описан Я. И. Трусевичем как самостоятельное заболевание. В том же году сообщение о подобном поражении под названием «stomatitis neurotica chronica» (хронический некротический стоматит) сделал Якоби. Позднее, в 1898 г., заболевание описали Miculicz и Kummel. Этиология и патогенез ХРАС,

несмотря на многообразие проводимых исследований, остаются предметом дискуссий и до сих пор. Определенная роль в возникновении и развитии заболевания принадлежит наследственным и конституциональным факторам [4, 5]. К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно-кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминозы В1, В2, В6, В12, С, недостаток железа, цинка, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты). Окончательно не установлено, какие факторы доминируют в патогенезе ХРАС, а какие предрасполагают к заболеванию. И. М. Рабинович с соавт. (1998) считают, что в основе этиологии и патогенеза лежит аутоиммунная теория. Широко обсуждается вопрос об аллергическом генезе рецидивирующего афтозного стоматита. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, глисты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества. Значительную роль в патогенезе заболевания отводят именно бактериальной и вирусной аллергии. Определенную роль в развитии заболевания играют эндокринные нарушения. Кроме того, у пациентов, страдающих ХРАС более 5 лет, отмечается истинный иммунодефицит со снижением числа и функциональной активности Т-лимфоцитов, дизиммуноглобулинемией и угнетением фагоцитарной функции нейтрофилов, интерлейкинзависимый иммунодефицит. Сложный и многофакторный этиопатогенез ХРАС предполагает комплексный подход к патогенетической терапии этого заболевания [6, 7].

В настоящее время существует много методов и способов лечения ХРАС, но ни один из них не является максимально эффективным, приводящим к стойкой и продолжительной ремиссии. В связи с частым выявлением у больных иммунного дисбаланса считается обоснованным включение в комплексное лечение ХРАС препаратов, обладающих иммунокорригирующими свойствами. Исходя из данных о нарушении реактивности организма при ХРАС, в комплексной терапии применяли препараты, повышающие активность

неспецифических факторов резистентности, гистоглобулин, протидиозан, лизоцим [Лукиных Л. М., 2000; Рабинович И. М., Банченко Г. В., Безрукова И. В., 1997]. Эти препараты стимулируют фагоцитоз, опосредованно воздействуют на антимикробные факторы, стимулируют репаративные процессы в организме. Применение иммунокорректоров для лечения ХРАС оказывается высокоэффективным, что проявляется в положительной динамике клинического течения заболевания и нормализации иммунологических показателей. Вахрушиной Е. В. был предложен иммуномодулирующий препарат полиоксидоний в комплексной терапии. Основой механизма иммуномодулирующего действия полиоксидония является повышение способности лейкоцитов фагоцитировать микробы, стимулировать при исходно пониженных показателях продукцию цитокинов, активизирующих иммунитет, усиливать антителообразование к инфекционным агентам. Полиоксидоний активизирует фагоциты периферической крови и тканевые макрофаги, что способствует более быстрой элиминации возбудителя из организма при наличии очага инфекции. Кроме того, он активизирует лимфоидные клетки, находящиеся в регионарных лимфатических узлах, а именно, В - клетки, продуцирующие секреторный Ig А. При сублингвальном применении активируются бактерицидные свойства слюны и лимфоидные клетки, находящиеся в носовой полости, евстахиевых трубах, ротоглотке, бронхах. Наряду с иммуномодулирующим действием, полиоксидоний обладает выраженной дезинтоксикационной и антиоксидантной активностью, обладает способностью выводить из организма токсины, соли тяжелых металлов, ингибирует перекисное окисление липидов. Указанные свойства определяются структурой и высокомолекулярной природой полиоксидония. Препарат хорошо переносится, не обладает митогенной, поликлональной активностью, антигенными свойствами, не оказывает алергизирующего, мутагенного, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного действия [6, 8, 9, 10].

Целью исследования – изучение клинической эффективности предложенных схем комплексного лечения тяжелых форм хронического

рецидивирующего афтозного стоматита.

Материалы и методы исследования

Для клинических исследований были отобраны 25 пациентов – добровольцев обоего пола в возрасте от 18 до 38 лет, находящихся на диспансерном учете с диагнозом: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, тяжелая форма, частота рецидивов от 4 раз в год, по данным анамнеза. Для диагностики ХРАС использовали классификацию Рабиновича И. М. [4]. По степени тяжести мы подразделяли заболевание на легкую (1 - 2 малоблезненные афты), среднюю (несколько резко болезненных афт, регионарный лимфаденит) и тяжелую (множественные афты, регионарный лимфаденит, повышение температуры тела). Всем пациентам провели комплексное общее и местное лечение с соблюдением щадящей диеты. Пациентам контрольной группы № 1 (12 человек) были назначены - эриус по 5 мг 1 раз в сутки, 10 дней; флагил по 500 мг 2 раза в сутки, 3 дня. Пациенты исследуемой группы № 2 (13 человек), кроме этого, получали дополнительно полиоксидоний в виде сублингвальных таблеток по 12 мг дважды в день на протяжении 14 дней. Местно пациентам всех групп ежедневно в течение 3 дней после аппликационной анестезии обрабатывали слизистую оболочку полости рта 0,06 % раствором хлоргексидина, затем на поверхность афт апплицировали 1 % мазь гидрокортизона валериата на 15 минут (эквивалентная доза 25 мг) [3]. В домашних условиях пациенты использовали препарат «Гивалекс» (NORGINE PHARMA, Франция) в виде ротовых ванночек 2 - 4 раза в день после еды (доза одного полоскания – 10 мл на ¼ стакана воды) [9,10] и каротолин для смазывания афт [11,12]. Продолжительность периодов высыпаний и эпителизации фиксировались в амбулаторных картах, и в последующем эти данные использовались для сравнительного анализа. Всем пациентам проводили санацию полости рта, включая профессиональную гигиену. При необходимости, их направляли для углубленного обследования к врачам - интернистам и санации очагов хронической инфекции. В межрецидивный период пациентам назначали комплекс поливитаминов,

гипосенсибилизирующую терапию в виде препаратов 3 поколения (телфаст, эриус) в течение 10 дней, Имудон (Abbott Laboratories GmbH) и мультипробиотик системного действия Симбитер [13] в течение 20 дней, а также местно препарат «Генгигель» на протяжении 2 - 3 недель [8]. Плановые диспансерные осмотры выполняли 3 раза в год. Пациентов информировали, что при возникновении рецидива заболевания необходимо в первый день обострения обратиться к лечащему стоматологу. Оценка эффективности лечения проводили на основании болевых ощущений в полости рта, клинических признаков регионарного лимфаденита, продолжительности периодов высыпаний и эпителизации.

Результаты и их обсуждение

Во время проводимого нами первичного комплексного лечения все пациенты отметили значительное улучшение самочувствия, уменьшение болевых ощущений на 3 - 4 сутки и полное исчезновение на 5 сутки. Регионарный лимфаденит длился от 3 (группа № 2) до 5 (группа № 1) дней. Общая продолжительность заболевания составила: контрольная группа № 1 - $13,49 \pm 0,58$ дней; исследуемая группа № 2 - $11,23 \pm 0,47$ дней. Период эпителизации продолжался от $5,83 \pm 0,29$ дней (группа № 2) и $7,78 \pm 0,41$ дней (группа № 1). Эти данные показывают, что предложенные схемы комплексного лечения приводят к положительному результату, а включение полиоксидония в проводимые лечебные мероприятия достоверно способствовало повышению эффективности лечения.

В межрецидивном периоде все пациенты, вне зависимости от группы, прошли комплекс профилактических мероприятий. При этом было установлено следующее: частота рецидивов достоверно снизилась в обеих группах и составила не более 2 - 2,5 раз в год. Межрецидивные периоды не отличались в наблюдаемых группах и продолжались до 5 - 6 месяцев. При последующих обострениях у большинства пациентов заболевание протекало в более легкой форме, причем, достоверных различий между группами не было. Контрольная группа № 1: у 5 (41,7 %) пациентов ХРАС протекал в легкой форме, у 5 (41,7

%) - в среднем - тяжелой и только у 2 (16,7%) в тяжелой форме. Исследуемая группа № 2: легкая форма - 6 человек (46,1%), среднетяжелая - 4 человека (30,8%), тяжелая - 3 человека (23,1%). Комплексное лечение во время рецидивов по описанной схеме способствовало тому, что болевые ощущения значительно уменьшались на 2 сутки, а на 3 - 4 сутки исчезали. Регионарный лимфаденит длился от 2 (средняя степень тяжести) до 4 дней (тяжелая степень), продолжительность которого зависела только от степени тяжести заболевания, различия между группами при этом не было. Общая продолжительность заболевания достоверно снизилась ($p < 0,05$) в сравнении с первичными данными и длилось до $8,1 \pm 0,49$ дней (группа № 1) и $7,77 \pm 0,48$ дней (группа № 2) у пациентов со среднетяжелой формой ХРАС. В случаях тяжелого течения заболевание продолжалось до $10,2 \pm 0,54$ дней (группа № 1) и $9,98 \pm 0,58$ дней (группа № 2). Период эпителизации достоверно ($p < 0,05$) снизился по сравнению с первичным лечением в обеих группах и составил от $4,76 \pm 0,3$ дней (группа № 1) до $4,89 \pm 0,33$ дней (группа № 2).

Таким образом, применение полиоксидония при первичном лечении не повлияло на частоту и продолжительность обострений при повторных рецидивах. В то же время, предложенная нами схема противорецидивного лечения (комплекс поливитаминов, гипосенсибилизирующая терапия в виде препаратов 3 поколения (телфаст, эриус) в течение 10 дней, Имудон (Abbott Laboratories GmbH) и мультипробиотик системного действия Симбитер в течение 20 дней, а также местно препарат «Генгигель» на протяжении 2 - 3 недель) приводит к достоверному снижению частоты рецидивов при протекании ХРАС в более легких формах. Использование полиоксидония в комплексном лечении последующих обострений ХРАС, по данным проведенного нами исследования, не влияло на продолжительность заболевания и период эпителизации, в сравнении с контрольной группой. На наш взгляд, необходимо провести дальнейшие исследования по изучению целесообразности использования полиоксидония, т. к. при первичном его назначении отмечено достоверное повышение эффективности лечения и

отсутствие такого во время лечения рецидивов.

Анализ результатов данного клинического исследования по оценке эффективности предложенных схем комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита позволяет отметить, что данные подходы эффективны и могут быть рекомендованы для широкого клинического использования.

Выводы

1. Лечение тяжелых форм ХРАС необходимо проводить в комплексе общих (эриус по 5 мг 1 раз в сутки, 10 дней; флагил по 500 мг 2 раза в сутки, 3 дня; полиоксидоний в виде сублингвальных таблеток по 12 мг дважды в день на протяжении 14 дней) и местных мероприятий (аппликации в течение 3 дней 1 % мази гидрокортизона валериата на 15 минут (эквивалентная доза 25 мг), «Гивалекс» (NORGINE PHARMA, Франция) в виде ротовых ванночек 2 - 4 раза в день после еды, каротолин). Включение полиоксидония способствует сокращению продолжительности заболевания и времени эпителизации афт.

2. Проведение противорецидивного лечения (комплекс поливитаминов, гипосенсибилизирующую терапию в виде препаратов 3 поколения (телфаст, эриус) в течение 10 дней, Имудон (Abbott Laboratories GmbH) и мультипробиотик системного действия Симбитер в течение 20 дней, местно «Генгигель» на протяжении 2 - 3 недель) оказывает выраженный профилактический эффект, минимизируя частоту обострений и степень их тяжести.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. М. Ф. Данилевский, О. Ф. Несин, Ж. І. Рахній Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – Київ: „Здоров’я”, 1998. – 408 с.

2. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: від теорії до практики / Під редакцією А. В. Борисенка // Довідник лікаря „Стоматолог” – К.: ТОВ „Бібліотека „Здоров’я України”, 2013. – 548 с.

3. Дональд А. Фэлэйс Экстренная помощь в стоматологии. – Москва, 1999, с. 337 – 342.

4.Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит: классификация, клинические формы и лечение (часть II) // Стоматология. – 2010. – Т.89, № 3. – С. 76 - 80.

5.Рабинович О. Ф., Рабинович И. М. Рецидивирующий афтозный стоматит - этиология, патогенез (часть I) // Стоматология. - 2010. - Т. 89, № 1. - С. 71 - 74.

6.Вахрушина Е. В. Клинико-лабораторное обоснование иммунокорригирующей терапии больных с рецидивирующим афтозным стоматитом. 14.01.14 – Стоматология. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук - Москва, 2012. – 24 с.

7.Строяковская О. Н., Грицкевич Н. Ю., Юниченко С. В., Рубенко Е. Г. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит: современные тенденции в этиологии, патогенезе и лечении (литературный обзор) // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. - № 3. – С. 127 – 129.

8.Зорян Е. В. Современные направления фармакотерапии заболеваний слизистой оболочки полости рта // Клиническая стоматология. - 2009. - № 3. - С. 22 - 25.

9.Пинегин Б. В., Некрасов А. В., Хаитов Р. М. Иммуномодулятор полиоксидоний: механизмы действия и аспекты клинического применения // Цитокины и воспаление. - 2004. - Т. 3, № 3. - С. 41 - 47.

10.Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные представления о механизме действия полиоксидония // Иммунология. – 2005. - Т. 26. - № 4. - С. 197.

11.Савічук Н. О. Застосування препарату «Гівалекс» для місцевого лікування дітей із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота // Современная стоматология.- 2006.- № 3.- С.75 – 78

12. Мазур И. П., Леоненко П. В., Ступницкая Е. Н. Гивалекс в профилактике и лечении стоматологических заболеваний // Современная стоматология. - 2012. - № 1. - С. 42 – 48

13.Суржанский С. К., Строяковская О. Н., Грицкевич Н. Ю., Юниченко С. В., Рубенко Е. Г., Василенко О. Д. Клинические аспекты применения

мультипробиотика «Симбитер» в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Международный вестник медицины. - 2011. – Том 4, № 1-2. – С. 134 – 135.

Chaykovskaya I. V., Stroyakovskaya O. N., Gritskevich N. Yu.

Treatment of heavy forms of chronic recidivation aphthosis stomatitis

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – study of the clinical effectiveness of the proposed schemes for the integrated treatment of severe chronic recurrent aphthous stomatitis.

Materials and methods. For clinical studies, 25 patients were selected - volunteers of both sexes aged 18 to 38 years. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. Application of polyoxidonium during the initial treatment did not affect the frequency and Duration of exacerbations in repeated relapses. At the same time, the pro-tivoretsidivnogo proposed treatment regimen results in a significant reduction in relapse rate flow around chronic recidivation aphthosis stomatitis into lighter forms.

Conclusions. Conducting antirecive-treatment has a pronounced preventive ef-fect, minimizing the frequency of exacerbations and their severity.

Keywords: chronic recidivation aphthosis stomatitis, complex treatment of chronic recidivation aphthosis stomatitis.

Эйжвертин Д.Ю., Хавана Т.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЭКСТРАКТА СОСНОВОГО ДЕГТЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель исследования - изучить эффективность и переносимость препаратов приготовленных на основе соснового дегтя из Крымской сосны в лечении хронических дерматозов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 44 пациента в возрасте от 18 до 80 лет с хроническими дерматозами, в том числе: псориаз —16 пациентов, акне 2-3, 3-4 степени-11 пациента, кольцевидная гранулема -1, розацеа, папуло-пустулезная форма -2, панникулит -1, микоз гладкой кожи (рубромикоз) -1, вульгарная пузырчатка – 2, красный плоский лишай -2, трофическая язва голени -3, варикозная экзема голени -1, лихеноидный пигментно-пурпурозный дерматоз -1, ограниченная бляшечная склеродермия - 2, ламеллярный ихтиоз -1.

Лечение дерматозов проводили в соответствии с разработанными стандартами, в комплексную терапию включали препараты, полученные из соснового дегтя в виде экстракта соснового дегтя, сосновой воды и комбинированного препарата «Живица», в состав которого, помимо экстракта Крымской сосны, входит пчелиный воск и прополис. Результаты оценивались по переносимости, материалы и методы подвергались статобработке.

Результаты и их обсуждение. Переносимость лечения лишь у одного пациента (2,27%) была неудовлетворительной. У всех остальных пациентов переносимость препаратов была удовлетворительной.

У 17 (39%) динамика регресса дерматозов в целом соответствовала стандартным срокам, у 27 (61%) пациентов отмечалась выраженная положительная динамика кожного процесса. В том числе у 16 (36,4%) больных с ограниченными формами бляшечного псориаза, у 2 (4,54%) пациентов с диагнозом КПЛ с поражением слизистой полости рта, у 11 (25%) больных с акне.

Пациенты отмечали: при угревой болезни выраженный регресс воспалительной инфильтрации, более быстрый регресс пустулизации сыпи и рассасывание инфильтрации, при поражении слизистой полости рта при КПЛ снижение болезненности и эпителизацию эрозий в полости рта, использование аппликаций с сосновым дегтем для лечения ограниченных форм псориаза позволило ускорить регресс псориатических бляшек на 15-

25%, уменьшить объем системной медикаментозной терапии, сократить сроки лечения топическими глюкокортикостероидами при лечении застарелых, «дежурных» бляшек.

Выводы. 1. Показана хорошая переносимость и высокая эффективность препаратов полученных на основе экстракта соснового дегтя в лечении больных с ограниченными формами бляшечного псориаза, угревой болезни и КППЛ с поражением слизистой полости рта.

2. Показана целесообразность использования препаратов экстракта соснового дегтя в лечении хронических рецидивирующих дерматозов для повышения эффективности лечения и снижения медикаментозной терапии.

Ключевые слова. Экстракт соснового дегтя, лечение, хронические дерматозы.

Древесный дёготь – тёмнобурая густая жидкость, получаемая как продукт сухой перегонки древесины (преимущественно хвойных пород). Сосновый дёготь изготовлен из экологически чистого сырья - Крымской сосны, включает в свой состав поливитаминные комплексы, бициклические монотерпены, аскорбиновую кислоту, целого ряда микроэлементов, содержит бензол, ксилол, крезол, крезот, толуол, гваякол, фенол, смолы и другие вещества [3].

Действие дёгтя разнообразно и во многом обуславливается его концентрацией в применяемом препарате [1, 5]:

- наружно дёготь применяется при подострых и хронических дерматозах: хронической экземе, псориазе (в стационарной и регрессирующей стадиях псориаза в мази вводится 3-5% дёготь — как редуцирующее средство), себорее, чесотке, при кожном зуде (борно-дегтярная мазь, цинко-дегтярно-нафталановая паста и др.), как антисептическое средство;
- дёготь часто (особенно в народной медицине) применяется при микозах, так как обладает выраженными противогрибковыми свойствами (используется в 5-10% концентрации, иногда в сочетании с препаратами серы или салициловой кислотой);
- препараты дёгтя способствуют подавлению гноеродной флоры, часто не чувствительной к многим антибиотикам, как разрешающее средство дёготь чаще всего применяется в виде 10-20% мазей, паст или растворов.

Чаще всего применяются сосновый дёготь, берёзовый дёготь (Oleum Rusei),

буковый дёготь (*Oleum Fagi*), можжевельный дёготь (*Oleum Cadinum*), а также препараты каменноугольного дёгтя.

Дёготь является одним из компонентов мази Вишневского, которая применяется для лечения ран, язв, пролежней, обморожений, трофических язв, заболеваний сосудов нижних конечностей.

Очищенный каменноугольный дёготь входит в состав шампуня «Фридерм» применяемого для лечения себореи, себорейного дерматита и псориаза волосистой части головы.

Лечение препаратами дёгтя проводится под лабораторным контролем мочи, так при длительном нанесении дёгтя на большие площади кожи он может токсически действовать на почки. Следует также иметь в виду, что дёготь обладает фотосенсибилизирующим действием, поэтому применять его летом на открытых участках тела нельзя.

Сосновый деготь обладает сильными антисептическими, местнораздражающими, кератопластическими (3-5%), кератолитическими (30-50%), противовоспалительными, инсектицидными, противопаразитарными и дезинфицирующими свойствами, улучшает кровоснабжение тканей, умеренно раздражает чувствительные нервные окончания, стимулирует регенерацию эпидермиса поврежденных тканей, усиливает процесс ороговения, подсушивает раны и ускоряет их заживление. В слабых концентрациях активизирует рост грануляции, в крепких (выше 10 %) резко ослабляет.

Цель исследования – изучить эффективность и переносимость препаратов приготовленных на основе соснового дегтя из Крымской сосны в лечении хронических дерматозов.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 44 пациента в возрасте от 18 до 80 лет с хроническими дерматозами. Лечение дерматозов проводили в соответствии с разработанными стандартами [7], в комплексную терапию включали препараты полученные из соснового дегтя в виде экстракта соснового дегтя, сосновой воды и комбинированного препарата «Живица», в состав которого, помимо

экстракта Крымской сосны, входит пчелиный воск и прополис.

Экстракт соснового дегтя назначался на ограниченных участках, в виде аппликаций под повязку или компресс, начиная с экспозиции в 15 минут, постепенно увеличивая экспозицию до 40-60 минут, в зависимости от степени выраженности кожного процесса и месторасположения, индивидуальной переносимости. Кроме этого экстракт соснового дегтя применялся в комплексном лечении красного плоского лишая (КПЛ) при поражении слизистой полости рта в виде водного раствора (одна чайная ложка на 200 мл. воды) для полоскания полости рта (стакан водного раствора соснового дегтя в течение дня).

Сосновая вода применялась в виде примочек при трофических язвах голени, также для полоскания слизистой полости рта при эрозиях при КПЛ, в разведениях 1:2, 1:3.

Комбинированный препарат «Живица» назначался в виде аппликаций на эрозивную поверхность слизистой полости рта при КПЛ, также в виде аппликаций при трофических язвах бедра и голени.

Результаты лечения оценивались по переносимости, ближайшим и отдаленным результатам. Материалы исследования подвергали статистической обработке.

Результаты и их обсуждение

При гендерно-возрастном анализе наших пациентов установлено, что мужчин было 18 (40,9%) человек, женщин было 26 (59,1%) человек (табл 1).

Таблица 1. Гендерно-возрастное распределение больных хроническими дерматозами.

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Всего
От 1 до 20	7	4	11(25%)
От 21 до 30	1	3	4 (9,1%)
От 31 до 40	3	4	7 (15,9%)

От 41 до 50	1	1	2 (4,6%)
От 51 до 60	2	8	10 (22,7%)
От 61 до 80	4	6	10 (22,7%)

В наших наблюдениях преобладали пациенты в возрасте до 20 лет (25%), при гендерно-возрастном анализе установлено, что в возрастной группе от 1 до 20 лет было больше мужчин, в возрастной группе от 51 до 60 лет было больше женщин.

Среди 44 пациентов инфекционные дерматозы были у одного пациента (2,27%), у всех остальных были неинфекционные дерматозы - 43 (97,7%) пациента. Среди всех дерматозов преобладали пациенты с псориазом 16(36,4%) (табл 2) и угревой болезнью 11 (25%) человек.

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от диагноза.

Дерматоз	Мужчины	Женщины	всего
Псориаз	7	9	16 (36,4%)
Акне 2-3, 3-4 степени	7	4	11 (25%)
Розацеа, папуло-пустулезная форма	2	-	2(4,54%)
Панникулит	-	1	1 (2,27%)
Микоз гладкой кожи (рубромикоз)	-	1	1 (2,27%)
Вульгарная пузырчатка	1	1	2 (4,54%)
Красный плоский лишай с поражением слизистой полости рта	-	2	2 (4,54%)
Трофическая язва голени	1	2	3 (6,81%)
Варикозная экзема голени	-	1	1 (2,27%)

Лихеноидный пигментно-пурпурозный дерматоз	-	1	1 (2,27%)
Ограниченная бляшечная склеродермия	-	2	2 (4,54%)
Ламеллярный ихтиоз	-	1	1 (2,27%)
Кольцевидная гранулема	-	1	1 (2,27%)

Переносимость лечения лишь у одного пациента (2,27%) была неудовлетворительной, на второй день приема появилась эритема, возможно из-за неправильной технологии применения препарата, но он в последующем был отменен. У всех остальных пациентов переносимость препаратов была удовлетворительной.

У 17 (39%) динамика регресса дерматозов в целом соответствовала стандартным срокам, у 27 (61%) пациентов отмечалась выраженная положительная динамика кожного процесса. В том числе у 16 (36,4%) больных с ограниченными формами бляшечного псориаза, у 2 (4,54%) пациентов с диагнозом КПЛ с поражением слизистой полости рта, у 11 (25%) больных с акне.

Пациенты отмечали: при угревой болезни выраженный регресс воспалительной инфильтрации, более быстрый регресс пустулизации сыпи и рассасывание инфильтрации, при поражении слизистой полости рта при КПЛ снижение болезненности и эпителизацию эрозий в полости рта, использование аппликаций с сосновым дегтем для лечения ограниченных форм псориаза позволило ускорить регресс псориатических бляшек на 15-25%, уменьшить объем системной медикаментозной терапии, сократить сроки лечения топическими глюкокортикостероидами при лечении застарелых, «дежурных» бляшек.

Выводы

1. Показана хорошая переносимость и высокая эффективность препаратов полученных на основе экстракта соснового дегтя в лечении больных с ограниченными формами бляшечного псориаза, угревой болезни и КПЛ с поражением слизистой полости рта.
2. Показана целесообразность использования препаратов экстракта соснового дегтя в лечении хронических рецидивирующих дерматозов для повышения эффективности лечения и снижения медикаментозной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большая энциклопедия. Лекарственные растения в народной медицине. / гл. ред. Г.А. Непокойчицкий - М.: АНС: Астрель: АСТ, 2008. - 960 с.
2. Дмитрук С.И. Фармацевтическая и медицинская косметология: Учебник. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. - 184 с.
3. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2010. - 428 с. - (Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов)
4. Лукина О.Г., Альбанова В.И., Архапчев Ю.П. Эффективность применения высокоочищенного дегтя при хронических дерматозах. // В сб.: Мат. VI междунар. съезда (Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения), 4-6 июля 2002.- С.-Пб., 2002.-С.435-437.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства. - 15-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2006. - 1200 с.
6. Пьянкова З.П. Результаты лечения и некоторые общие реакции организма после местного применения дегтярных препаратов при экзематозных процессах: Дис. канд. мед. наук. – М., 1956. – 294с.

The experience of application of preparations of the extract of pine tar in the treatment of chronic dermatoses

Donetsk National Medical University named M. Gorky

Aim of the study - the purpose of the study was to study the efficacy and tolerability of drugs prepared on the basis of pine tar from the Crimean pine in the treatment of chronic dermatoses.

Materials and methods. The study included 44 patients aged from 18 to 80 years with chronic dermatoses, including psoriasis -16 patients, acne 2-3, grade 3-4-11 patient granuloma annulare -1, rosacea, papules-pustular form -2, -1 cellulitis, mycosis of a smooth skin (rubromikoz) -1, pemphigus vulgaris – 2, lichen planus -2, trophic ulcer of the Shin -3, varicose eczema lower leg -1, lichenoid pigmented dermatosis -1, limited patchy scleroderma -2, ihtios-1.

Treatment of dermatoses was carried out in accordance with the developed standards in the complex therapy included drugs derived from pine tar in the form of extract, pine tar, pine water and the combined preparation of "Oleoresin" in which, in addition to extract the Crimean pine, part of beeswax and propolis. The results were evaluated for portability, materials and methods were statsremote.

Results and their discussion. Tolerability only one patient (2,27%) were unsatisfactory. All other patients tolerability was satisfactory. 17 (39%) dynamics of regression of dermatoses, in General, were consistent with the standard terms, in 27 (61%) patients had pronounced positive dynamics of skin process. Including in 16 (36.4%) of patients with limited forms of plaque psoriasis in 2 patients (4,54%) patients with a diagnosis of LP with lesions of the oral mucosa, in 11 (25%) of patients with acne. Patients reported: acne marked regression of inflammatory infiltration, more rapid regression of postalisation rash and resorption of infiltration in lesions of the oral mucosa with the CPL reducing the pain and epithelialization of erosions in the oral cavity, the use of applications of pine tar for the treatment of limited psoriasis accelerated the regression of psoriatic plaques by 15-25%, to reduce the amount of systemic drug therapy, to reduce the treatment time of topical corticosteroids in the treatment of chronic, "duty" plaques.

Conclusions. 1. Shown good tolerability and high efficacy of preparations based on the extract of pine tar in the treatment of patients with limited plaque forms of psoriasis, acne and KPL with lesions of the oral mucosa; 2. The expediency of using medications extract pine tar in the treatment of chronic recurrent dermatoses to improve the effectiveness of treatment and reduce drug therapy.

Key words: extract pine tar, treatment of chronic dermatoses.

УДК 616-053.2(07.07)

Проценко Т.В., Проценко О.А.

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО
МЫШЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – провести сравнительный анализ оценочного уровня знаний у начинающих специалистов и врачей со стажем по результатам теоретической (компьютерное тестирование, ответ по билетам) и практической части экзамена.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты экзаменов 68 специалистов, в т.ч. 36 врачей-интернов и 32 врачей предаттестационных циклов (ПАЦ). В соответствие с разработанной на кафедре методикой экзамен включал 3 этапа: компьютерное тестирование, практическая часть с больными, билеты. Каждый из этапов экзамена оценивался по 5-ти балльной системе в соответствии с принятыми в университете стандартами. Результаты исследования обработаны статистически на персональном компьютере по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение. Выявлены особенности как в результатах различных этапов экзамена, так и их отличия у начинающих и врачей со стажем. При компьютерном тестировании отличный результат у врачей-интернов был в 3 раза чаще, чем у врачей со стажем – 6 (16,7%) и 2 (6,2%) соответственно; при ответах по билетам - у 14 (39,1%) и 10 (31,2%) экзаменуемых соответственно. В то же время практическую часть экзамена в четыре раза лучше сдали врачи ПАЦ, чем врачи интерны – 21 (65,6%) и 5 (14%) соответственно.

Выводы. Обоснована необходимость постоянного прерывистого повышения квалификации врачей с различным стажем работы по специальности. Предложены варианты оптимизации последипломного обучения врачей.

Ключевые слова: последипломное обучение, оценка знаний.

Особенностью обучения клиническим дисциплинам на старших курсах медицинских высших учебных заведений (ВУЗ) в соответствие с переходом на Болонскую систему является акцент на самостоятельную работу и тестовый контроль полученных знаний [6]. Предполагается, что активная

самостоятельная работа студентов в соответствии с систематизированной программой и унифицированным контролем будет способствовать единой унифицированной профессионально-квалификационной модели специалиста, преемственности на единой основе между различными учебными заведениями, преподавателями, студентами и выпускниками [1, 4]. Максимальная активизация самостоятельной работы и стандартизированный контроль знаний являются актуальными и на этапах последиplomной подготовки специалистов [2, 3, 5]. Однако принцип обучения «у постели больного», характерный для отечественной медицины и оценка специалиста по способности применить полученные знания к конкретной ситуации и к конкретному больному, на наш взгляд, должны быть основными при аттестационной оценке специалиста. Это особенно важно на современном этапе, когда отмечается ухудшение показателей здоровья населения как в целом, так и по дерматовенерологической патологии (хронические рецидивирующие дерматозы, инфекции, передающиеся при половых контактах) [2]. При достаточно мощной материальной базе и кадровых ресурсах качество оказания медицинской помощи оставляет желать лучшего, профилактическая направленность ее недостаточна, а перспективы перехода к страховой медицине проблематичны. В условиях продолжающегося экономического кризиса не все разрабатываемые медицинские реформы могут быть реализованы. Тем не менее оптимизация лечебно-диагностического и реабилитационно-профилактического процесса возможна за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов и совершенствования кадрового потенциала. Одним из путей решения этой проблемы может быть оптимизация последиplomного обучения, проведение помимо ПАЦ тематического усовершенствования с широкой практической направленностью в соответствии с потребностями региона. Тематические курсы целесообразно проводить без отрыва от производства, во второй половине дня, они могут быть «выездными», т.е. максимально приближенные к месту работы врачей набранной группы. Тем самым на практике реализуется принцип непрерывного

последипломного обучения, а получаемые теоретические знания переходят в практическую плоскость. Не секрет, что далеко не все врачи, показывающие хорошие теоретические знания, на практике обеспечивают качественную медицинскую помощь, и наоборот. В связи с этим представляет интерес сопоставление оценочного уровня знаний по практической и теоретической части экзамена.

Цель исследования – провести сравнительный анализ оценочного уровня знаний у начинающих специалистов и врачей со стажем по результатам теоретической (компьютерное тестирование, ответ по билетам) и практической части экзамена.

Материал и методы исследования

Анализу подвергнуты результаты экзаменов 68 специалистов, в т.ч. 36 врачей-интернов дерматовенерологов и 32 врачей дерматовенерологов предаттестационных циклов (ПАЦ). В соответствии с разработанной на кафедре методикой экзамен проводили в 3 этапа. На первом этапе было компьютерное тестирование по разработанным и утвержденным тестам в компьютерном классе с соблюдением временного регламента. Второй этап – практическая часть экзамена, во время которой специалист, получив пациента с дерматологическим или венерическим заболеванием, заполнял медицинскую документацию, устанавливал диагноз, составлял план лечения и профилактических или противоэпидемических мероприятий. В последующем обосновывал экзаменатором диагноз и выбранную лечебно-профилактическую программу. Эта часть экзамена всегда сопровождалась более оживленной дискуссией, поскольку могла показать практическое приложение теоретических знаний с учетом индивидуальных особенностей случая. Третий этап – ответ по экзаменационным билетам. Каждый из этапов экзамена оценивался по 5-ти балльной системе в соответствии с принятыми в университете стандартами.

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами по общепринятым программам с помощью персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Следует отметить, что неудовлетворительных результатов и/или недопущения к экзаменам в течение выбранного для исследования времени (2012-2015 гг.) не было. Проведенный анализ выявил некоторые особенности как результатов различных этапов экзамена, так и их отличия у начинающих и врачей со стажем (табл.1).

Таблица 1. Результаты оценки уровня знаний

Форма оценивания/отметка	Курсанты ПАЦ, абс./% N=32	Врачи интерны, абс./% N=36	Всего, абс./% N=68
Компьютерное тестирование:			
«удовлетворительно»	22/68,8	7/19,4	29/42,6
«хорошо»	8/25,0	23/63,9	31/45,6
«отлично»	2/6,2	6/16,7	8/11,8
Билеты:			
«удовлетворительно»	-	1/2,7	1/1,5
«хорошо»	22/68,8	21/58,2	43/63,2
«отлично»	10/31,2	14/39,1	24/35,3
Практическая часть Экзамена			
«удовлетворительно»	1/3,2	10/27,8	11/16,2
«хорошо»	10/31,2	21/58,2	31/45,6
«отлично»	21/65,6	5/14,0	26/38,2

Так, отличный результат был получен у 8 (11,8%) экзаменующихся при компьютерном тестировании, у 24 (35,3%) – при ответах на билеты и у 26 (38,2%) – на практической части экзамена. Однако сопоставление со стажем экзаменующихся выявлены существенные различия. При компьютерном тестировании отличный результат у врачей-интернов был в 3 раза чаще, чем у

врачей со стажем – 6 (16,7%) и 2 (6,2%) соответственно. При ответах по билетам у врачей-интернов также показатели были несколько выше, чем у врачей ПАЦ: отличную оценку получили 14 (39,1%) и 10 (31,2%) экзаменуемых. В то же время практическую часть экзамена в четыре раза лучше сдали врачи ПАЦ, чем врачи интерны – 21 (65,6%) и 5 (14%) соответственно.

Таким образом, сравнительный анализ оценки знаний показал необходимость более активного пополнения теоретических знаний врачам со стажем и более активную работу по отработке навыков практического врачевания у начинающих специалистов. Вариантом решения проблемы может быть развитие различных форм непрерывного последипломного обучения врачей (тематическое усовершенствование, научно-образовательные сессии, стажировки на рабочем месте, конференции и т.п.).

Выводы

Обоснована необходимость постоянного прерывистого повышения квалификации врачей с различным стажем работы по специальности. Предложены варианты оптимизации последипломного обучения врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Алферов В.П., Конюхов А.В., Колмо Е.А. и др. Подготовка семейного врача по педиатрии//Российский семейный врач. – 2000. - №1. – С. 18-19.

2.Гарина М.Г. Концептуальные подходы к оценке качества медицинской деятельности//Сборник организационно-методических, лечебно-профилактических и официальных материалов по борьбе с заболеваниями, передающимися половым путем/Под ред. Р.В. Богатыревой. – Киев, 1999. – С. 44 – 49.

3.Гарина М.Г., Каменецкий М.С., Оборнев Л.Е. Проблемы последипломного медицинского образования//Сборник организационно-методических, лечебно-профилактических и официальных материалов по

борьбе с заболеваниями, передающимися половым путем/ Под ред. Р.В. Богатыревой. – Киев, 1999. – С. 363 – 367.

4.Добрик О.О., Няньковский С.Л., Дедишин Л.П и др. Методика переходу до викладання клінічної педіатрії за Болонським процесом//Здоровье ребенка. – 2007. - № 3 (6). – 126-127.

5.Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г. и др. Оценка качества подготовки врачей: методическое пособие для преподавателей. – Киев, 1999. – 34 с.

6.Поляченко Ю.В., Передерій В.Г. та інш. Медична освіта у світі та Україні. – Київ: Книга плюс, 2005. – 284 с.

Protsenko T.V., Protsenko O.A.

Current aspects of clinical thinking in young doctors

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – conduct comparative analysis of the estimated level of knowledge among young specialists and physicians with experience as a result of the theoretical (computer testing, the answer for tickets) and the practical part of the exam.

Materials and methods. Are analyzed the results of the exams 68 specialist, including 36 medical interns and doctors at 32 PAC. In accordance with the methodology developed at the Department of the exam consisted of 3 stages: computer testing, the practical part of the sick, tickets. Each of the stages of the examination was evaluated on a 5-point scale in line with the accepted standards of the University. The study results are statistically processed on a PC with standard programs.

Results and discussion. The features of both the results of the different stages of the examination, as well as their differences in novice and experienced doctors. When the computer test an excellent result in medical interns were 3 times more likely than physicians with experience - 6 (16.7%) and 2 (6.2%), respectively; with answers on tickets - in 14 (39.1%) and 10 (31.2%) examinees, respectively. At the same time, the practical part of the exam is four times better surrendered PAC doctors than doctors interns - 21 (65.6%) and 5 (14%), respectively.

Conclusions. The necessity of permanent intermittent training of doctors with different work experience in the specialty. The variants of the optimization of postgraduate training of doctors.

Keywords: postgraduate training, assessment of knowledge.

УДК 616.5-002-036.12-06:616.89-008

Горбенко Ал.С.

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ПРОВОЦИРУЕМЫЕ
ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В последние десятилетия в дерматологической литературе широко обсуждаются психопатологические расстройства у пациентов с кожными заболеваниями, которые регистрируются в 30—40% случаев [19;24;25;30;33;36]. Считают, что психопатологическая патология не только влияет на качество жизни дерматологических больных, но и существенно снижает ответ на стандартную дерматотропную терапию [25]. Несмотря на высокую ее распространенность, отсутствует единство подходов к типологической диагностике и тактике ведению таких пациентов [15;16;17;32;34].

Изучению психопатологического состояния дерматологического больного уделяли внимание еще со второй половины XVIII века, когда W.Falconer (1788 г.) впервые предпринял попытку связать активность кожного процесса с нарушением иннервации пораженных участков кожи, что в дальнейшем легло в основу концепции “невроза кожи”, разработанной еще в 1867 г E.Wilson [6].

В отечественной дерматологии почти все неинфекционные кожные болезни рассматривались с позиции И. М. Сеченова и психофизиологического учения И.П.Павлова [9]. Было показано, что психическими расстройствами страдают до 80% дерматологических больных, при этом преобладают депрессивные и тревожно-ипохондрические расстройства [5;8;15;16.] которые относят к пограничному ряду [2;3].

Считают, что лечение психосоматических расстройств представляет собой не менее сложную задачу, чем лечение соматических заболеваний, а

своевременное выявление и коррекция психоэмоциональных расстройств являются важным звеном лечебно-профилактической тактике, особенно при сочетанной патологии [11].

К психическим расстройствам, провоцированным дерматологической патологией, относят нозогенные реакции, преимущественно тревожно-депрессивного спектра, которые детерминированы как объективными параметрами дерматоза, так и рядом психологических, социальных и личностных факторов [12].

Среди психологических, а также социальных факторов, способствующих возникновению депрессивных реакций, первостепенную роль играет высокая субъективная значимость дерматоза, связанной с тяжестью симптомов зуд, выраженность и распространенность высыпаний [3;4].

Во многих случаях нозогенные расстройства являются следствием эстетической проблемы восприятия собственного тела с сознанием утраты физической привлекательности, ущербности в глазах окружающих [14;18].

В этих случаях, наряду с депрессивными расстройствами, могут формироваться социально обусловленные страхи (социофобии) и социальную дезадаптацию, особенно при персистировании хронического дерматоза [20;21; 23; 31; 37].

Особого внимания заслуживают соматоформные расстройства (СР) - психогенные заболевания, характеризующиеся физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание [22]. При этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно отнести к известным болезням, а имеют место неспецифические функциональные нарушения [28]. СР могут сочетаться друг с другом, могут сопровождать соматические или дерматологические заболевания, могут быть отдельным заболеванием. Общим для них является возникновение на фоне стрессовых ситуаций, не всегда заметных окружающим, но являющихся эмоционально значимыми для больного (смерть, болезнь близкого человека, развод, не-

приятности на работе, алкоголизм или наркозависимость супругов, детей и др) [27].

Во многих случаях травмирующая ситуация может сводиться к хроническим стрессам дома и на работе (непонимание или недовольство поведением близких, большие нагрузки и др.). Считают, что хронические стрессовые ситуации могут привести к развитию СР лишь у лиц с факторами риска этой патологии [28]. СР могут развиваться и на фоне истинных заболеваний внутренних органов, при этом субъективная симптоматика болезни будет превышать степень выраженности симптомов, что связано с соматизацией психологических расстройств [35].

Патогенез СР представляют в виде «порочного круга», когда при низком пороге переносимости физического дискомфорта, на фоне хронических стрессовых ситуаций формируют психическую напряженность, приводя к развитию ипохондрии, фобий и развернутой клиники СР [35;36].

По международной классификации болезней (МКБ) соматоформная вегетативная дисфункция выделена в отдельную форму – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и характеризуется отчетливым вовлечением вегетативной нервной системы и не меняющимися со временем жалобами [29].

Вегетативная дисфункция (ВД) встречается почти у 80% взрослых людей, может наблюдаться как самостоятельное расстройство, может сопровождать различные соматические заболевания, искажая и усугубляя их симптоматику [1;8]. ВД может быть симптомом заболеваний центральной нервной системы, эндокринных болезней, дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника, и др. [8]. Проявления ВД описывают как сердечно-сосудистые (кардиалгии, аритмии, одышка, не связанная с физической нагрузкой, гипертензия, гипотензия, лабильность АД, дистальный акроцианоз, сосудистые цефалгии, приливы); респираторные (ощущение нехватки воздуха, одышка, приступы удушья, затрудненное дыхание); гастроинтестинальные (абдоминальные боли, сухость во рту, тошнота, рвота,

отрыжка, метеоризм, запоры, поносы, урчание в животе); терморегуляторные (субфебрилитет, периодические ознобы, гипергидроз); вестибулярные (головокружения, неустойчивость); алгические (апоневротические цефалгии, мышечные алгии, артралгии) [7;8].

ВД может проявляться вегетативными кризами, часто принимаемые за сердечно-сосудистые, неврологические или легочные заболевания, сопровождающимися чувством беспричинной тревоги, внутреннего напряжения, ощущения «натянутого нерва» внутри, безотчетного страха смерти, тяжелого осложнения, неоправданной агрессии по отношению к окружающим [11].

Ранее проведенными исследованиями пациентов с психическими расстройствами, провоцированными кожными заболеваниями, выявлены нозогенные реакции ипохондрического развития [11;12]. Выделен ряд общих факторов, влияющих на формирование нозогенных реакций: стрессогенные (клиническая тяжесть проявлений дерматоза, выраженность субъективных симптомов, локализация высыпаний, характер течения кожного заболевания), конституциональные (расстройства личности с акцентуацией, сенситивность с фиксацией на сфере интерперсональных отношений). Была предложена клиническая типология нозогений при хронических дерматозах с выделением депрессивных, социофобических и сенситивных реакций, различающихся как по психопатологической структуре по совокупности клинических признаков [11]. Выделены типы ипохондрического развития при хронических дерматозах: по типу невротической, маскированной ипохондрии, сверхценной ипохондрии красоты, отрицания болезни. Авторы сделали вывод об отсутствии единого профиля личности, специфичного для каждого из дерматозов, но, тем не менее, выявленные психосоматические стигмы должны учитываться при индивидуализированной комплексной терапии [3]. Показано, что до настоящего времени существуют стигматизация, обусловленная снижением дерматологической патологией [13;7;10;11]. Заболев, многие начинают относиться к себе как к «людям второго сорта», для которых невозможно

построение межличностных и интимных отношений, занятия общественной деятельностью, некоторыми видами спорта и отдыха, что приводит к социальной дезадаптации больных и неверию в возможности терапии, что ещё больше усугубляет болезнь [2].

Таким образом, несмотря на многочисленные и многолетние исследования влиянию дерматозов на личность, самооценку, эмоционально-волевую сферу и формирование патологических поведенческих и личностных особенностей, многие аспекты этой проблемы требуют дальнейшего изучения. Выявление структурных и функциональных характеристик заболеваний кожи и особенностей психики больного, может стать базой для создания коррекционных и профилактических программ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вейн А.М., Неврология для врачей общей практики / А.М Вейн, Т.Г Вознесенская, О.В Воробьева. - М.: Эйдос Медиа, 2003. – С.504
2. Добрецкая К. В. Символизм кожи и проблемы современной психодерматологии/ К. В. Добрецкая // Психология Вестник Харьковского национального университета. -2012.-№ 1009 - С. 165-168
3. Дороженко И.Ю. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами/ И.Ю. Дороженко, А. Н. Львов // Журнал вестник дерматологии и венерологии, клинический спектр. – 2009. № 4.- С.- 35–41
4. Дубицкая, Е. А. Стигматизация больных депрессией: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Е. А. Дубицкая- М., 2009. – 234 с.
5. Иванов О.Л. Психодерматология: история, проблемы, перспективы/ О.Л Иванов, А.Н., Львов, В.В Остришко, В.С Новоселов, Колесников Д.Б. // Российский журнал кожных и венерологических болезней. -1999.- №1.- С. 28–38.
6. Кулаков С.А. Основы психосоматики/ С.А Кулаков. - Спб. Речь, 2003. - 203с.

7. Миченко А.В. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. Обзор литературы/ А.В Миченко, А.Н. Львов// Психические расстройства в общей медицине. -2008.-№ 1- С. 47–52.
8. Морозова О.Г. Коррекция вегетативных и тревожных нарушений в практике врача-интерниста / О.Г. Морозова // Новости медицины и фармации. - 2007. - Вып. 215.
9. Мясищев В.Н. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматической болезни. М.: Институт психологии АН СССР, 1978.
10. Павлова О.В. Основы психодерматологии М.: ЛКИ, 2007. - 240 стр.
11. Приходько В. Ю. Соматоформные расстройства в практике семейного врача / В. Ю. Приходько, И. Р. Микропуло, М. В. Олейник, Е. А. Кононенко и др. // Журнал медичні перспективи . 2013. № 3 (XVIII).- С. 3-17
12. Смулевич А.Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / А.Б. Смулевич, О.Л Иванов, А.Н Львов, И.Ю Дороженков// Журнал неврологии и психиатрии. - 2004. -Т. 11. -С. 4-1
13. Танникова А.А. Социальная стигматизация, как основная проблема современной психиатрии М: - 2012г
14. Arima M., Shimizu Y., Sowa J., Narita T., Nishi I., Iwata N., Ozaki N., Hashimoto S., Matsunaga K.: Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using a psychological test // J. Dermatol. March 1. 2005. Vol. 32. № 3. P. 160—8.
15. Charman C.R., Morris A.D., Williams H.C. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema // Br. J. Dermatol. 2000. Vol. 142. P. 931—936.
16. Consoli S., De La Chapelle, D. Pomey-Rey et al., Stress and seborrheic dermatitis // Ann. Dermatol. Venereol. 2007. Nov. Vol. 134. № 11. P. 833—7.
17. De Pierini R., Psychosocial aspects of atopic dermatitis. Pediatric Dermatology. 2004. May/June. Vol. 21. № 3. P. 298.

18. Fortune D.G., Richards H.L., Kirby B., McElhone K., Main C.J., Griffiths C.E. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis specific but not more general aspects of patients' well-being // Br. J. Dermatol, Dec. Vol. 151. № 6. P. 1219—26.
19. Gupta M.A., Psychiatric comorbidity in dermatologic disorders // In: Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology. 2005. Cambridge University Press, Vol. 158. P. 29—43
20. Kieberg G., Sorensen S.V., Revicki D., Atopic dermatitis is associated with lower health-related life quality //Int. J. Dermatol. 2002. Vol. 41. P. 151—158.
21. Kim T.-S., Pae C.-U. et al. Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis // J. Dermatol. 2006. Jan. Vol. 33. № 1. P. 10—15.
22. Kovalenko IV. Psychosomatic disorders: diagnostics and treatment. Vinnitsya: «Konsol'». 2005;32.
23. Misery L. Dermatite atopique et psychisme //Ann. Dermatol. Venerol. 2005. Vol. 132. P. 15112—5.
24. Panconesi E, Hautmann G, Stress and Emotions in Skin Diseases // In: J.Y.M. Koo C.S. Lee (Ed.). New York: Marcel Dekker, Inc., Psychocutaneous Medicine. 2003. Vol. 477. P. 41—65.
25. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, and Pasquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients. // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol., 2003. Mar. Vol. 17. № 2. P. 155—9.
26. Picardi A, P Amerio, G Baliva, C Barbieri, P Teofoli, S Bolli, V Salvatori, E Mazzotti, P Pasquini, and D Abeni. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. // Acta Derm Venereol. 2004. Jan. Vol. 84. № 3. P. 213—7.
27. Podkorytov VS, Serikova OI. Somatoform disorders. Medicus Amicus. 2002; 1.
28. Pogosova GV. Psycho-emotional disorders in cardiovascular diseases: the therapeutic aspects. Consilium medicum. 2006; 8(5):54-57.

29. Salawu F.K. Overview of somatization-diagnosis and management / F.K. Salawu, M.A. Wakil, A. Danburam // Niger. J. Med. - 2009. - Vol. 18, N 4. - P. 349-353.
30. Sampogna F, Sera F, Abeni D. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis // J. Invest. Dermatol. 2004. Mar. Vol. 122. № 3. P. 602—7.
31. Seiffert K., Hilbert E., Schaechinger H., Zouboulis C.C., Deter H.C. Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis // Dermatology, 2005. Jan. Vol. 210. № 4. P. 286—93.
32. Upre M., Buggiani G., Lotti T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. Dermatol. Clin. 2005. Vol. 23. P. 609—617.
33. Walker C., Papadopoulos L. Psychodermatology. Cambridge University Press. 2005. 158 p.
34. Whitlock F. A. Psychophysiological aspects of skin disease. London: Saunders. 1980.
35. Williams N., Wilkinson C., Stott N., Menkes D.B. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease / // BMC Fam Pract. - 2008. - N 9. - P. 30-41.
36. Woodruff P.W., Higgins E.M., du Vivier A.W., Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic // Gen. Hosp. Psychiatry. 1997. Jan. Vol. 19. № 1. P. 29—35.
37. Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J. Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients //J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2007. Feb. Vol. 21. № 2. P. 235—42.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.527-079-035.7

Авдеенко Т.В.

СЛУЧАЙ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРЧАТКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Представлено описание клинического случая акантолитической пузырчатки у мужчины 60 лет, выделены клинико-эпидемиологические особенности случая и представлен обзор литературных данных по этой проблеме в клинической практике.

Ключевые слова: акантолитическая пузырчатка.

Обыкновенная пузырчатка является одним из самых тяжелых заболеваний. На ее долю приходится от 0,7 до 1% всех кожных заболеваний [1]. Наиболее часто встречается вульгарная пузырчатка, начинающаяся обычно в возрасте 40–60 лет [3]. Редко она развивается у детей и в юношеском возрасте [2]. Различают четыре клинические формы истинной пузырчатки: вульгарную (обыкновенную), вегетирующую, листовидную и эритематозную (себорейную) [3]. Все клинические разновидности характеризуются длительным хроническим волнообразным течением, приводящим в отсутствие лечения к нарушению общего состояния пациентов, нередко - к летальному исходу. Наиболее часто встречается вульгарная пузырчатка (до 80% всех случаев) [2]. В патогенезе основное значение имеют аутоиммунные механизмы. В организме больных пузырчаткой обнаруживают циркулирующие аутоантитела типа IgG, имеющие сродство к межклеточному веществу шиповатого слоя эпидермиса, мембранным антигенам шиповатых эпителиоцитов [4]. В результате действия антител происходит растворение межклеточной субстанции, разрушение десмосом, т. е. утрата связи между эпидермальными клетками (акантолиз). В результате акантолиза в эпидермисе образуются акантолитические пузыри, характерные для истинной пузырчатки [5]. Гистологическая картина заболевания: утрата межклеточных связей в шиповидном слое эпидермиса, формирование

полостей в результате акантолиза, их слияние с образованием пузырей. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков по методу Тцанка, получаемых со дна эрозии после вскрытия пузырей и окрашенных по Романовскому-Гимзе, обнаруживаются “акантолитические клетки” (клетки Тцанка) [5].

Целью работы было представить случай ошибки в диагностике акантолитической пузырьчатки.

Клинический случай

Больной Ш. 1956г.р., направлен на консультацию, для установки диагноза и определения тактики лечения с диагнозом: Хроническая дискоидная красная волчанка (подтвержденная гистологически от 04.08.2016г). Анамнез заболевания: Болеет с марта 2016г., когда впервые после пребывания на солнце, появились высыпания на коже лица в области носа. В течение месяца занимался самолечением, обрабатывал очаги стрептоцидовой мазью, раствором перекиси водорода, мазью спасатель, без эффекта. В мае обратился к дерматологу по месту жительства, где были заподозрены ДЗ: Красная волчанка? Базальноклеточный рак кожи (БРК)? и рекомендована биопсия кожи. От проведения диагностической биопсии отказался. При обследовании на: LE – клетки- дважды обнаружены. Общий анализ крови – нормативные значения. Биохимический анализ крови- в норме. Антитела Ig G к двуспиральной ДНК <1.01/ml– отрицательный результат. Выставлен ДЗ: Дискоидная красная волчанка (клинически). Получал амбулаторное лечение: делагил 0,25мг 2 р /д, 7 дневными курсами, получил 2 курса, без эффекта. Переведен в стационарном отделение, с д/з Хроническая дискоидная красная волчанка (клинически). Обследован: УЗИ почек: размеры и структура почек соответствуют возрасту. УЗИ щитовидной железы: узел левой доли щитовидной железы. Эхокардиография от 20.07.16г.: соответствует возрастным изменениям. В связи с красной волчанкой клинически, получил неспецифическое лечение и топические кортикостероидные кремы. Высыпания на коже сохранялись, распространились на кожу шеи, груди. В связи с этим больному произведена

диагностическая биопсия с диагнозом Хроническая дискоидная красная волчанка? Экзема? Саркоидоз? Туберкулез кожи? Заключение: гиперкератоз, особенно устьев волосяных фолликулов (фолликулярные пробки). Дерматит пограничной зоны с вакуумной дегенерацией дермоэпидермального соединения, расплывчатая мембрана. Манжет подобные лимфоцитарные инфильтраты вокруг сосудов и придатков кожи. Отек верхних слоев дермы. Отложения муцина между волокнами коллагена во всех слоях дермы. Морфологическая картина в большей степени соответствует хронической дискоидной волчанке. Получал глюкокортикостероидные гормоны-6 таблеток в сутки (стартовая доза): - преднизолон 3 таб в сутки, дексаметазон 3 таб. С последующим снижением на фоне проводимой гормональной терапии, отмечал появление свежих высыпаний на коже туловища. Направлен на консультацию в РКДВД и госпитализирован.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Кожа вне очагов поражений не изменена. Шейные лимфатические не увеличены, без признаков воспаления, безболезненны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Патологический процесс носит распространенный, симметричный характер и локализуется на коже волосистой части головы, в области лица, туловища, верхних и нижних конечностей. имеются множество пузырей с дряблой покрывкой, с серозным содержимым от 0,5 до 2-х см. в диаметре, расположенные на неизменной коже. Также имеются множество эрозий ярко – красного цвета диаметром от 0,5 до 2 см с обрывками эпидермиса по периферии и наслоением серозно – геморрагических корочек. Симптом Никольского слабopоложительный.

Данные обследования

Общий анализ крови: Эр – 4,7 Т/л., Нв – 142г/л., L – 7,6 Г/л, Тромбоциты- 320г/л, СОЭ – 19 мм/ч, п – 6%, с -63%, э – 2%, Л – 27%, м – 2%. Билирубин – 8,9 мкмоль/л., за счет не прямого, АЛТ-0,07 мккат/л, АСТ- 0,07 мккат/л. Глюкоза крови-4,3 ммоль/л. Общ. анализ мочи: без патологии. КСР-

отрицательный результат. С целью уточнения диагноза Дерматит Дюринга? Акантолитическая пузырчатка? Пемфигоид? Произведена повторная диагностическая биопсия с 2х очагов область шеи, спины.

Заключение

В эпидермисе - очаговый межклеточный отек с отторжением расположенных сверху слоев эпидермиса, с формированием интраэпидермального пузыря, с наличием акантолитических кератиноцитов; в верхнем слое дермы периваскулярные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гранулоцитов, умеренный очаговый отек коллагеновых волокон. Гистологический диагноз укладывается в клинический диагноз акантолитическая пузырчатка.

Проведена коррекция базисной терапии - доза системных кортикостероидных гормонов увеличена до 60 мг/с. Отмечено активный позитивный эффекту же на 5 день коррекции терапии, регресс высыпаний на 3й недели лечения

Особенностью данного клинического наблюдения является поздняя диагностика акантолитической пузырчатки из-за неадекватного обследования и несвоевременности базисной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каламкарян А. А., Мордовцев В. Н., Трофимова Л. Я. Клиническая дерматология. Редкие атипичные дерматозы. – Ереван: Аястан, 1989.
2. Потекаев Н. С., Кочергин Н. Г., Теплюк Н. П. и др. Терапевтическая тактика при стероидорезистентной вульгарной пузырчатке// Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 2. – С. 11–15.
3. Торсуев Н. А., Шеклаков Н. Д., Романенко В. Н. Буллезные дерматозы. М.: Медицина, 1978.
4. Шеклаков Н. Д. Пузырные заболевания кожи. Руководство по дерматовенерологии. -М.: Медицина, 1964. -С.286–337.

5. Рубинс А. Дерматовенерология. Иллюстрированное руководство. М.: Издательство Панфилова, 2011. 368 с.

Avdeenko T.V.

Case of a mistake in the diagnosis of pemphigus

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Presented clinical case description acantholytic pemphigus in a man of 60 years, highlighted the clinical and epidemiological features of the case and provide an overview of published data on this problem in clinical practice.

Keywords: acantholytic pemphigus.

Пиеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Удовитченко Ю.В., Конов В.Г.,*

*Оноприенко З.С.**

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра педиатрии ФИПО

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака**

Резюме

Изменения кожи при инфекционном эндокардите имеют диагностическое значение и входят в состав малых клинических критериев. Цель работы: ознакомить врачей разных специальностей с кожными проявлениями инфекционного эндокардита у детей. Материалы и методы: в работе представлены литературные данные и собственное наблюдение пациентки с инфекционным эндокардитом. Выводы: угревая болезнь при травматизации элементов может быть причинным фактором инфекционного эндокардита. Важные кожные проявления: бледность с сероватым оттенком, геморрагии на коже, слизистых и под ногтевыми пластинками. Изменения на коже могут быть ранним проявлением недуга, от своевременного распознавания которого зависит прогноз и исход болезни.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, кожные проявления, дети.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – тяжелое инфекционное, системное воспаление (МКБ-Х: **I 33.0**) чаще бактериальной природы, с первоначальным поражением клапанов или искусственных материалов, применяемых для коррекции порока сердца, а также пристеночного эндокарда и эндотелия магистральных сосудов, прилегающих к сердцу. Заболевание сопровождается бактериемией, деструкцией клапанов или нарушением функции протеза, эмболическим, тромбогеморрагическим, иммунокомплексным повреждением органов и систем организма [1, 2, 3, 6, 8].

Заболеваемость ИЭ составляет от 1,7-11,6 случая на 100 тыс. населения в год [1], у подростков – 3,0-4,3 человека на 1 млн. населения в год. Пик заболеваемости инфекционным эндокардитом приходится на возраст 11-14 лет [5]. Входные ворота инфекции удается установить в 34-58,6% случаев. Первое

место среди предшествующих факторов занимают стоматологические причины (кистогранулемы, экстракция зуба, множественный кариес). На втором месте в структуре причинных факторов ИЭ – нагноительные заболевания кожи и подкожной клетчатки (стрептодермия, фурункулез, абсцессы и др.) [3].

Диагностические критерии ИЭ представлены в табл.1

Таблица 1 **Модифицированные критерии диагноза ИЭ** (Европейское общество кардиологов 2015 г.) [6, 10]

Большие критерии	Малые критерии
1. ИЭ протезированного клапана. А) Типичные для ИЭ микроорганизмы, полученные из двух отдельных проб крови: • Viridians streptococci, Streptococcus gallolyticus bovis (Streptococcus bovis), HACEK group, Staphylococcus aureus, или • приобретенный Enterococcus при отсутствии возбудителя первого ряда, или В) персистирующая положительная гемокультура микроорганизмов – возможных возбудителей ИЭ: • ≥ 2 положительных гемокультур микроорганизмов, полученных из отдельных проб с интервалом 12 ч • 3 или большинство из ≥ 4 положительных гемокультур в отдельных образцах крови при заборе первого и последнего образца с интервалом в ≥ 1 ч или С) единственная положительная гемокультура Coxiella burnetii, или титр антител IgG к ней $> 1: 800$. 2. Признаки ИЭ при визуализации. А) ЭхоКГ данные, характерные для ИЭ: • вегетации, • абсцесс, псевдоаневризмы, внутрисердечная фистула, • клапанная аневризма или перфорация, • возникновение новой частичной несостоятельности протезированного клапана. В) Аномальная активность в области протезированного клапана (не ранее чем через 3 мес после протезирования). С) Наличие параваккулярных повреждений (при компьютерной томографии сердца).	1. Предшествующие заболевания сердца или внутривенное введение лекарств (в том числе, наркотиков). 2. Лихорадка 38°C и выше. 3. Сосудистые проявления – крупные артериальные эмболы, септические инфаркты легких, микотическая аневризма, внутричерепные кровоизлияния, геморрагии в конъюнктиву; 4. Иммунологические нарушения: гломерулонефрит, узлы Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор. 5. Микробиологическое подтверждение – положительный результат посева крови с выделением микроорганизмов, не соответствующих основным критериям, или серологическое подтверждение активной инфекции в отсутствие микроорганизма, обычно вызывающего ИЭ.

Полиморфизм клинической картины ИЭ определяется полиорганным поражением [7]. Кожные проявления имеют диагностическое значение и входят в состав малых клинических критериев ИЭ [6, 10].

Кожные покровы у пациентов с ИЭ бледные, со специфическим оттенком – бледновато-серым или желтовато-землистым. Цвет кожи зависит от выраженности анемии, наличия и тяжести инфекционно-токсического гепатита, почечной недостаточности [2, 8]. Часто на коже имеются гетерогенные высыпания, которые являются проявлением гиперергического геморрагического васкулита или тромботических и эмболических осложнений.

Геморрагическая сыпь чаще имеет симметричный характер и локализуется на верхних и нижних конечностях, лице, слизистых оболочках. Петехиальные высыпания размером до 1-2 мм в диаметре через 3-4 дня бледнеют и исчезают [3, 5]. При присоединении инфекции геморрагические высыпания принимают некротический характер, в последующем развивается их рубцевание. Возможны красновато-коричневые кровоизлияния под ногтевыми пластинками в виде полосок. При тяжелом течении ИЭ на ладонях, подошвах могут появляться красно-фиолетовые пятна или кровоподтеки диаметром до 5 мм (пятна Джейнуэя) [3, 5].

Если процесс не ограничивается васкулитом мелких сосудов и наблюдается периваскулярная клеточная инфильтрация, появляются характерные узелки Ослера (болезненные, величиной до 1,5 см, красноватого цвета) на ладонях, пальцах, подошвах, под ногтями. При благоприятном течении они исчезают спустя несколько дней, иногда часов; при осложненном течении заболевания могут нагнаиваться [2].

В настоящее время проблема ИЭ сохраняет свое значение для клиницистов разных специальностей.

Цель исследования – ознакомить врачей (педиатров, семейных врачей, детских кардиологов, инфекционистов, дерматологов и др.) с кожными проявлениями инфекционного эндокардита у детей.

Материалы и методы исследования

Обзор литературных данных, ретроспективный анализ истории болезни пациентки с ИЭ.

Результаты и их обсуждение

Под нашим наблюдением находилась пациентка 17 лет, учащаяся техникума. При поступлении в стационар предъявляла жалобы на повышение температуры до фебрильных цифр, слабость, снижение массы тела. Девочка считала себя больной в течение месяца, когда впервые повысилась температура до 38,5°C, затем присоединились рвота и диарея. Через 3 дня от начала заболевания состояние резко ухудшилось, продолжала лихорадить, сознание

было спутанным, не могла говорить. Сохранялась бледность кожных покровов с сероватым оттенком, затем с субиктеричным, на ладонной поверхности кистей появились единичные мелкие эритематозные пятна, на тыльной поверхности – петехии, которые исчезли самостоятельно в течение 3-х дней. Бригадой скорой помощи больная была госпитализирована в реанимационное отделение. На 4-й день болезни в инфекционном отделении по месту жительства диагностировано тяжелое течение острого гастроэнтероколита, вызванного *St. aureus* 10⁶, токсикоз I степени, токсический гепатит. За время наблюдения в стационаре однократно отмечалось пресинкопальное состояние. В клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз (12,4 Г/л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы – 42%), повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 33 мм/час. Биохимическим исследованием крови установлено повышение уровня общего билирубина за счет прямого (общий билирубин – 39,7 ммоль/л, прямой билирубин – 23,8 ммоль/л, непрямой билирубин – 15,9 ммоль/л).

В отделении получала инфузионную, антибактериальную (цефиксим, азитромицин, цефтазидим, цефтриаксон), противовоспалительную (нимесулид), антикоагулянтную (гепарин) терапию, жаропонижающие средства (парацетамол, анальгин). Выписана с улучшением, однако после выписки сохранялись слабость и субфебрильная температура тела. На 19-е сутки от начала заболевания повторился эпизод пресинкопе, вечером этого же дня – повышение температуры до фебрильных цифр. Пациентка была госпитализирована в детское соматическое отделение по месту жительства, где предположена правосторонняя внебольничная пневмония, однако на рентгенограмме органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. В клиническом анализе крови сохранялся лейкоцитоз (13,2 Г/л), сдвиг в лейкоцитарной формуле до миелоцитов (3%) и метамиелоцитов (2%), отмечалась токсическая зернистость нейтрофилов, повышенная СОЭ (38 мм/час). Установлено повышение уровня С-реактивного протеина в 8 раз (48 г/л), показатели антистрептолизина О, ревматоидного фактора были в

пределах нормы. При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки выделен *St. pneumoniae* 10^4 , при исследовании крови и испражнений получен отрицательный результат. Девочка получала лечение левофлоксацин, цефепим, нимесулид, линекс. Продолжая диагностический поиск, для исключения острого миелопролиферативного заболевания, пациентка осмотрена гематологом Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ), предположен септический процесс. При проведении эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования выявлен пролапс передней створки митрального клапана, неравномерное утолщение его створок, недостаточность митрального клапана II степени. На задней створке у основания комиссуры визуализировались 2 дополнительных образования, одно из которых $0,48 \times 1,28$ см – вегетации. Установлена умеренная дилатация левого предсердия. Конечный диастолический объем – 90,4 мл. Фракция выброса – 66%. На основании полученных данных диагностирован инфекционный эндокардит.

При поступлении в ИНВХ состояние подростка было средней тяжести, с умеренно выраженными явлениями интоксикации. Сознание ясное. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые – бледно-розового цвета. На лице в области лба и щек мелкие папулезные элементы розового цвета, единичные акне, пигментация. Деятельность сердца ритмичная, частота сердечных сокращений в горизонтальном положении – 80 в мин, в вертикальном – 104 в мин, артериальное давление – 95/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены, выслушивался дующий систолический шум в I и V точках, по левому краю грудины, с проведением в подмышечную область. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка не пальпировалась. Периферических отеков не было. Мочеиспускание не нарушено.

В клиническом анализе крови на 2-е и 9-е сутки пребывания в стационаре ИНВХ отмечалась анемия средней тяжести (Hb – 102 г/л, эр – 3,07 Т/л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п – 10%, с – 63%). В последующем

на фоне проводимой антибактериальной терапии (ванкомицин по 1,0 г внутривенно капельно 2 раза в день и цефепим по 1,0 г внутривенно капельно 2 раза в день) клинический анализ крови в пределах нормы. Однако на 23-и сутки пребывания в отделении в клиническом анализе крови выявлен умеренный лейкоцитоз (11,5 Г/л), в лейкоцитарной формуле – нейтрофилез (п – 5%, с – 67%). Биохимическим исследованием крови установлено повышение уровня серомукоида до 0,32 Ед, С-реактивного белка – 6 г/л (норма – до 4 г/л), антистрептолизина О – 280 МЕ/мл. При бактериологическом исследовании слизи из носовых ходов патогенной и условно-патогенной микрофлоры не выявлено. При бактериологическом исследовании слизи с поверхности миндалин обнаружены грибы рода *Candida* $<10^3$. В терапию добавлен флюконазол 0,25 г однократно. При повторном посеве – роста нет. При бактериологическом исследовании испражнений посев роста не дал. При исследовании крови на стерильность аэробной и анаэробной микрофлоры не обнаружено.

На 28 день пребывания в стационаре на контрольной ЭхоКГ зарегистрировано неравномерное утолщение створок митрального клапана, образования на клапане не визуализировались. Через 2 дня пациентке выполнена чрезпищеводная ЭхоКГ. Обнаружен дефект задней створки митрального клапана 0,43 см. Митральная недостаточность III степени. Вегетации не выявлены. В дальнейшем данные ЭхоКГ без динамики.

На 36-е сутки пребывания в стационаре у девочки появилась мелкопапулезная сыпь на гиперемизированном основании по всему телу, что расценено как аллергическая реакция на метрогил. В связи с указанными изменениями в терапию добавлен антигистаминный препарат супрастин по 1 таб. 1 р/день, который ребенок получал в течение 7 дней, энтеросорбент (полисорб). На фоне проводимой терапии сыпь регрессировала. Новых элементов не было. Антибиотикотерапия отменена. На 42-й день пребывания в стационаре (64-е сутки от начала заболевания) состояние ухудшилось: повысилась температура до фебрильных цифр, определялась тахикардия,

приглушенность сердечных тонов, в местах трения одежды появились геморрагии 1,5-3,0 мм в диаметре. Продолжен курс антибиотикотерапии: ванкомицин, ципринол. Проведенная терапия оказала положительную динамику: нормализовалась температура, исчезла тахикардия, повысилась активность, улучшился аппетит, прибавила в массе (+ 4000,0 г), в крови нормализовались показатели гемоглобина и количество эритроцитов (Hb – 140 г/л; эр – 3,7 Т/л), исчез нейтрофилез. Пациентка продолжает получать реабилитационную терапию амбулаторно.

Анализ данного клинического случая позволяет предположить, что входными воротами инфекции послужили кожные изменения, вызванные самостоятельным выдавливанием элементов акне. Угревая болезнь сопровождается нарушением барьерной функции, созданием условий для роста микроорганизмов на поверхности кожи и внутри фолликулов [9], травматизация кожи способствует попаданию инфекции в кровоток. Особенностью заболевания является: дебют ИЭ с тромбгеморрагического синдрома (петехии, эритематозные пятна), его рецидив после отмены антибиотиков; непостоянство синдрома интоксикации; отсутствие лихорадки на фоне антибактериальной терапии; несвоевременное проведение ЭхоКГ; нерациональная антибактериальная терапия на этапах до поступления в ИНВХ, что не позволило установить этиологический характер ИЭ.

Выводы

Угревая болезнь при травматизации элементов сыпи может быть причинным фактором ИЭ.

Кожные проявления ИЭ могут быть представлены бледностью с сероватым и/или субиктеричным оттенком, геморрагиями на коже, слизистых оболочках и под ногтевыми пластинками.

Врачи разных специальностей должны знать кожные проявления ИЭ, поскольку они могут быть ранним проявлением грозного недуга, от своевременного распознавания которого зависит прогноз и исход болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белов Б. С. Инфекционный эндокардит: этиология, патогенез, клиническая картина (часть I) / Б. С. Белов, Г. М. Тарасова // Современная ревматология. – 2008. – №2. – С. 32-38.
2. Ефремова О. А. Инфекционный эндокардит. Клиническая лекция. / О. А. Ефремова // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2010. – №4 (75). Выпуск 9. – С.81-94.
3. Инфекционные эндокардиты: руководство / В. П. Тюрин; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 368 с.
4. Канорский С. Г. Европейские клинические рекомендации по кардиологии 2015 года / С. Г. Канорский // Міжнародний медичний журнал. – 2016. – №1. – С. 5-10.
5. Кардиология и ревматология детского возраста (Под ред. Г. А. Самсыгиной и проф. М. Ю. Щербаковой) – М. : ИД Медпрактика – М, 2004, С. 254-256.
6. Коваленко В. М. Інфекційний ендокардит. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту / В. М. Коваленко, О. Г. Несукай та ін. // Український ревматологічний журнал. – 2015. – №4. – С. 6-14.
7. Никонов В. В. Инфекционный эндокардит: диагноз и дифференциальная диагностика / В. В. Никонов, А. Н. Нудьга, Е. И. Киношенко, Е. А. Ковалева // Медицина неотложных состояний. – 2015. – №3 (66). – С. 13-19.
8. Охотникова Е. Н. Инфекционный эндокардит в практике врача-педиатра / Е. Н. Охотникова, Ю. И. Гладуш, Т. П. Иванова и др. // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2010. – №3. – С. 8-16.
9. Перламутров Ю. Н. Современные аспекты патогенетических механизмов и тактики лечения пациентов с акне / Ю. Н. Перламутров и К. Б. Ольховская // Пластическая хирургия и косметология. 2010. – №1. – С. 73-80.
10. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery

(EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM) / G. Habib, P. Lancellotti, M. J. Antunes [et al.] // Eur. Heart J. – 2015. Aug 29.

*Udovitchenko J.V, Pshenichnaya E.V., Bordyugova E.V., Konov V.G.*Onopriyenko Z.S.**

Cutaneous manifestations of infective endocarditis in children

Donetsk State Medical University the name of M. Gorky

Department of Pediatrics FIPO

*Institute of Emergency and Reconstructive Surgery the name of V.K. Husak **

Skin changes in infective endocarditis have diagnostic value and are part of the small clinical criteria. Objective: to acquaint the doctors of different specialties with skin manifestations of infective endocarditis in children. Materials and methods. The paper presents the literature data and their own observation of the patient with infective endocarditis. Conclusions: acne with traumatic elements can be a causative factor for infective endocarditis. Important cutaneous manifestations: pale with a grayish tinge, haemorrhages on the skin and mucous membranes, under the nail plate. Changes in the skin may be an early manifestation of the disease, the timely recognition which depends on the prognosis and outcome of the disease.

Keywords: infective endocarditis, cutaneous manifestations of children.

Романенко К.В., Кравец Е.В., Ермилова Н.В., Гупало Л.А.

ВРОЖДЕННАЯ ИХТИОЗИФОРМНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ БРОКА

(клинический случай)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Представлено описание клинического наблюдения случая врожденной ихтиозиформной эритродермии Брока у мужчины 63 лет, выделены клинико-эпидемиологические особенности случая и представлен обзор литературных данных по этой проблеме в клинической практике.

Ключевые слова: ихтиоз, врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока.

Ихтиозы – группа неоднородных наследственных заболеваний кожи, в основе которых лежат процессы нарушения кератинизации эпидермиса с развитием генерализованного гиперкератоза, напоминающего рыбью чешую (ichthy по гречески – рыба). Ороговение выражено в различной степени – от едва заметной шероховатости кожи до тяжелейших изменений эпидермиса, порой несовместимых с жизнью. Существует много форм ихтиоза и целый ряд редких синдромов, включающих ихтиоз как один из симптомов. К наиболее распространенным из них относят [2]:

- вульгарный (обыкновенный) ихтиоз;
- X-хромосомный рецессивный ихтиоз;
- врожденный (ламеллярный и эпидермолитический) ихтиоз.

В основе многих форм ихтиоза лежат мутации либо нарушения экспрессии генов, кодирующих различные типы кератина.

Все формы ихтиоза обостряются зимой под влиянием холодного сухого воздуха. Летом, в теплую влажную погоду, отмечается улучшение. В тропическом климате заболевание может протекать бессимптомно, но при переезде на север оно обязательно проявится и обострится.

При всех формах вульгарного ихтиоза резко снижено потоотделение, которое сохраняется в норме только в области крупных складок

(подмышечные, паховобедренные) и половых органов. Поражение ладоней и подошв характеризуется большей выраженностью кожных бороздок, а на лице и волосистой части головы отмечается отрубевидное шелушение. Заболевание часто осложняется вторичной инфекцией, дерматитами и экземой [1].

К врожденному ихтиозу относят неоднородную группу наследственных гиперкератозов, которые развиваются внутриутробно и клинически выявляются уже в момент рождения.

При ламеллярном ихтиозе кожа новорожденного обычно покрыта пленкой, напоминающей коллодий (коллодийный плод) [4]. Со временем пленка сходит и появляются крупные грубые чешуйки, которые покрывают все тело, включая кожные складки, ладони, подошвы. Тело остается замурованным в этот панцирь в течение всей жизни.

Характерный признак эпидермолитического ихтиоза – пузыри, исчезающие со временем, после чего на первый план выступает неравномерное ороговение кожи. В кожных складках, локтевых и подколенных ямках могут появиться бородавчатые наслоения.

Патогенез различных форм врожденного ихтиоза весьма разнообразен и у части заболеваний еще не изучен.

Многообразие дерматологических клинических форм и тяжесть течения ихтиоза объясняют актуальность проблемы в клинической практике [3].

Целью работы было представить описание клинического случая врожденной ихтиозиформной эритродермии Брока и скорректировать адекватное лечение пациента.

Клинический случай

Больной Ш., 63 лет, находится на диспансерном учете в РКДВЦ с 1973 года, в настоящий момент обратился за медицинской помощью в связи с обострением хронического процесса по всему кожному покрову без субъективных ощущений.

Анамнез заболевания

С рождения родители заметили покраснение и чрезмерное ороговение кожи. Ребенок получал лечение в г. Баку с диагнозом: Ихтиоз.

В 20-летнем возрасте пациент поменял место жительства и наблюдался в г. Донецке в ГКВД №1, находился под наблюдением проф. Торсуева Н.А. и Бухаровича М.Н. Диагноз: Врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока. Ежегодно находился на стационарном лечении. В 1973 г. была определена II группа инвалидности по общему заболеванию (патология органов зрения: Трофическая кератопатия обоих глаз с выраженным нарушением зрительных функций).

В дальнейшем продолжал получать стационарное и амбулаторное лечение в ГКВД №1 и ОКВД, где получал ПУВА терапию, витаминотерапию, консультирован проф. Бухаровича М.Н., проф. Ковалевым В.М.

С 1988-1989 гг. находился на лечении в кожном отделении ЦКВИ г. Москвы, диагноз: Врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока, получал следующее лечение: аевит 2 капс. 3 раза в день, ревит 1 др. 4 раза в день, окись цинка 0,1 3 раза в день, глазные капли рибофлавин цитраль; наружно: 5% салициловая мазь на кожу туловища, 10% салициловая мазь на кожу верхних и нижних конечностей, крем Унны с витамином А, 33% нафталановая мазь, гидрокортизоновая мазь за веко, с незначительным улучшением. Рекомендовано: продолжить витаминотерапию месячными курсами с перерывом в 1 месяц, санаторно-курортное лечение (нафталан).

В январе 1989 г. повторная консультация в ЦКВИ. Рекомендовано: рентгеноскопия тазобедренных и голеностопных суставов.

В марте 1991 г. консультация в ЦКВИ г. Москва, диагноз: Врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока. Назначено лечение: тигазон по схеме. После проводимого лечения состояние незначительно улучшилось.

С июня 1996 г. находился под наблюдением проф. Романенко В.Н. Диагноз: прежний. Рекомендовано: стационарное лечение в ГКВД №1 г. Донецка, продолжить прием тигазона по 1 таб. 1 раз в день.

В 1997 г. была определена I группа инвалидности по общему заболеванию (органов зрения: центральное помутнение роговицы; органов опорно-двигательного аппарата: ДОА с поражением крупных суставов НФС 2-3 ст. с нарушением функции опоры и ходьбы).

В марте 2005 г. консультация проф. Айзятулова Р.Ф. Диагноз: Прежний. Рекомендован: роаккутан 20 мг 3 раза в день (3капс.) 1 мес. После проведенного лечения состояние больного улучшилось.

До настоящего времени пациент получает амбулаторную и стационарную помощь.

Анамнез жизни

В детстве болел ОРВИ. Гепатиты, тиф, малярию, ТБС, венерические заболевания в прошлом отрицает. Донором и реципиентом не был. Аллергии к пищевым продуктам или лекарствам не отмечает. Наследственность не отягощена. Наличие кожных болезней у родственников отрицает.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно. Пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые. Температура тела 36,7° С, АД 120/80 мм. рт. ст. Пульс 78 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения. Аппетит сохранен. Миндалины не увеличены. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме. Склонность к запорам с детского возраста. Нервная система без видимой патологии.

Локальный статус: Патологический процесс носит распространенный характер и локализуется на коже головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностях, половых органах. В местах указанной локализации визуализируется выраженный гиперкератоз, множественные

крупнопластинчатые плотные блюдцеобразные роговые чешуйки различных оттенков коричневого цвета.

Кожный рисунок усилен, отмечается «волнистость спины» в виде поперечно расположенных складок кожи. Кожа натянутая, волосистая часть головы обильно покрыта чешуйками, тотальная алопеция. Веки укорочены, резко гиперемированы, глазные яблоки инъецированы, в уголках глаз желтоватые корки, визуализируется выраженный эктропион, эклабиум. Ушные раковины скрученные, с обильными роговыми наслоениями, в том числе в слуховых проходах. На коже ладоней и подошв визуализируется выраженный диффузный кератоз, брахидактилия и синдактилия стоп. Ногтевые пластинки кистей и стоп деформированы, утолщены, с выраженным подногтевым гиперкератозом, наблюдается минимальное потоотделение.

Обследован: общий анализ крови: гемоглобин – 158 г/л, эритроциты – $4,47 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 1,0, лейкоциты – $4,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 190×10^9 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 1%, нейтрофилы – 6%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 29%, моноциты – 2%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1017, белок – нет, сахар – нет, эпителий – 1-3 в п/з, лейкоциты – 0-2 в п/зр. Билирубин общий – 12,6 ммоль/л, прямой – 1,5 ммоль/л, непрямой – 11,1 ммоль/л, АЛТ – 30 мкмоль/л, АСТ – 26 мкмоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л; анализ крови на HBS-Ag – отр., анализ крови на RW и ВИЧ – отр.

Назначена системная терапия ретиноидами – тигазон 0,4 мг/кг в день; биологически активная форма витамина D₃ – по 1 капсуле 3 раза в день после еды; гепатопротектор – карсил по 1 таблетке 3 раза в день после еды; седативные препараты – афабазол по 1 таблетке 3 раза в день; вазодилатирующее средство – пентоксифиллин по 1 таблетке 3 раза в день; наружная терапия – крем с 30% мочевиной «Уродерм» на кожу туловища и конечностей, на кожу лица и шеи – «Топикрем Sos».

Достигнуто клиническое улучшение. Больной находится под диспансерным наблюдением дерматолога.

Результаты комплексного лечения данного пациента

Согласно поставленной цели нами был достигнут эффект лечения врожденной ихтиозиформной эритродермии Брока, выраженный в улучшении гидратации, достижении кератолиза и модуляции процесса кератинизации.

Особое внимание следует уделять проблемам внутренних заболеваний, связанных с тяжелыми формами врожденного ихтиоза, а также риску нарушения водно-электролитного баланса, возможности солнечного удара и изменениям в терморегуляции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736 с.

2.К. Вулф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. Второе русское издание. Пер. с англ. – М., «Практика», 2007. 1248 с., 857 цв. илл.

3.Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Рук. для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун, А.М. Вавилов и др.; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. М.: Литтерра, 2005; 882 с.

4.Sundberg J.P. Harlequin ichthyosis (ichq.): a juvenile lethal mouse mutation with ichthyosiform dermatitis // Am. J. Path. – 1997. – № 151. – P. 293-310.

Romanenko K.V., Kravets E.V., Ermilova N.V., Gupalo L.A.

The clinical cases of congenital erythrodermia ihtiosiformnye brock

The analisys of cases of erythrodermia ihtiosiformnye Brock are presented. The brief analysis of the data available in the literature on this problem are discussed.

Keywords: ichthyosis, congenital erythrodermia ihtiosiformnye Brock

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

На языке оригинала