

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,  
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,  
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2015

## РЕЗУЛЬТАТЫ УЗИ-ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*Лазюк О.М., Спиридонов В.Е., Саларёв В.В.*

УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

**Актуальность.** Кожа является одним из важнейших органов и выполняет защитную, терморегулирующую, иммунную, рецепторную и другие жизненно значимые функции, [1]. Кожа вовлекается первично либо вторично в патологические процессы: дегенеративные, инфекционные и асептические воспалительные, системные, травмы и неопластические первичные, метастатические и злокачественные опухоли (меланомы), [2]. В современной УЗ-диагностике мягких тканей широко применяется методика цветового доплеровского картирования, [2]. При помощи цветового доплера получают информацию о кровоснабжении исследуемой структуры. Таким образом, используя данные, полученные в В-режиме, в режиме цветового доплера и при оценке эластичности тканей мы можем по данным критериям делать вывод о том, какова природа исследуемой структуры, [1,2]. В дерматологии все более актуальными становятся методы объективной оценки состояния кожи. Одним из наиболее точных и при этом неинвазивных методов диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи датчиком от 7,5-12 МГц и более 20 МГц. Данная методика является абсолютно безопасной и безболезненной. Все исследования проводятся без повреждения целостности тканей и могут повторяться на одном и том же участке кожи многократно. УЗИ позволяет увидеть все слои кожи (эпидермис и дерму) и подкожно-жировую клетчатку. Полученные данные оцифровываются и помещаются в базу данных, что позволяет легко проводить сравнительный анализ снимков полученных в динамике.

**Цель исследования.** Определение информативности УЗ-метода диагностики при хронических дерматозах у различных групп больных. Определение толщины кожи в динамике, в процессе проведения лечения или косметологических процедур, а также анализ образований в коже.

**Материал и методы.** Для ультразвукового исследования кожи нами за 2010-2013 гг. в кожном отделении УЗ ВОККВД было проведено 42 наблюдения использовался цветной ультразвуковой сканер SonoScare SSL-1000 с линейным датчиком частотой 21 МГц. Для исследования и оценки состояния мягких тканей не требуется специальная подготовка пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты были госпитализированы в различные отделения диспансера с разнообразными диагнозами: пузырьчатка (7

больных), склеродермия (16 пациентов), псориаз (14 пациентов), красный плоский лишай (7 пациентов), пиодермия (6 пациентов) красная волчанка (4 пациента). Несмотря на многообразие клинических проявлений, в 19 случаях было диагностировано патологическое изменение эпидермиса, дермы, что выразилось в максимальном поглощении энергии ультразвука (у пациентов с склеродермией, красной волчанкой). Следует отметить, что у пациентов пузырьчаткой наблюдалось визуально уменьшение поглощения ультразвуковой энергии. Проведение УЗ-диагностики участков поражения кожи позволило оценить в динамике изменения состояния кожи в процессе проведения курса наружных физиотерапевтических и нетрадиционных методов лечения, в том числе и косметологических процедур (лечение участков рубцовой атрофии, лечение пузырных дерматозов, контроль аппаратных процедур. Так, например, при проведении УЗ кожи у пациентов установлено, что толщина кожи в псориазических бляшках увеличивается в среднем на 55% по сравнению с нормальной кожей. Эпидермис утолщен и гиперэхоген. Утолщение эпидермиса и наличие поверхностных чешуек создают эпидермальную полосу с высокой отражающей способностью, от которой в подлежащую дерму идут очаговые теневые конусы. На уровне сосочкового слоя дермы присутствует гипозоногенная полоса различной толщины, более выраженная в острую фазу.) Таким образом, по данным УЗИ кожи можно судить о стадии процесса.

### **Выводы**

1. Ультразвуковое исследование кожи достоверно подтвердило наличие изменений в структуре дермы у пациентов с хроническими дерматозами.

2. Ультразвуковое исследование кожи безопасный и неинвазивный метод, который позволил получить достоверную информацию о структуре участков повреждения кожи.

### **Литература**

1. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / под ред. В. В. Митькова. – Т. 2. – М.: Видар, 1998.

2. Еськин, Н.А. Ультразвуковые методы исследования в травматологии и ортопедии / Н.А. Еськин, А.И. Крупаткин, С.А. Горбатенко // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Пирогова. – 1996. – № 4. – С. 52–58.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОЙ РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М., Стычневская Е.В., Ковалева Т.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** В клинической практике выбор терапии при лечении пациентов, страдающих

ОКИ, не может быть направлен на лечение конкретной нозологической формы, так как этиология заболевания устанавливается, как правило, ретроспективно. Поэтому при определении тактики лечения врач, в первую очередь, основывается на механизме диареи, которая определяется токсикой поражения ЖКТ и характером диареи. Согласно полученным нами данным, при отсутствии признаков инвазивной диареи у  $65,15 \pm 4,16\%$  госпитализированных детей заболевание вызывается вирусами, большую часть из которых составляет ротавирус ( $58,14 \pm 5,35\%$ ). В связи с этим выбор терапии при водянистых диареях должен определяться тактикой лечения, в первую очередь, ротавирусной инфекции, основу которого составляет патогенетическая терапия. В качестве патогенетической терапии, бесспорно, рекомендованными являются диета и регидратационная терапия [1, 2, 3].

Помимо этого в качестве базовой патогенетической терапии рассматривается и ряд других препаратов: энтеросорбенты, пробиотики, ферментные препараты. При этом в существующих рекомендациях состав базисной терапии отличается: назначают препарат, относящийся только к одной из перечисленных групп, сочетают энтеросорбенты с пробиотиками или с ферментами либо назначают три группы препаратов [1, 2, 4, 5, 6]. Полипрагамазия во многом объясняется как преобладающей возрастной группой в числе больных детей раннего возраста, так и возможностью сочетанной инфекции. Как показал проведенный нами анализ, у госпитализированных детей с диагнозом ротавирусная инфекция на долю сочетанных форм приходится  $37,86 \pm 2,9\%$ . При сочетанных формах ротавирусной инфекции наиболее часто встречается ассоциация ротавируса и условно-патогенной микрофлоры. Наличие микст-инфекции в значительной мере меняет клиническую картину, свойственную каждой инфекции, увеличивает частоту гастроэнтероколитических форм, что и служит поводом для назначения биопрепаратов. Оптимизация терапии ротавирусной инфекции, направленная на разработку дифференцированного подхода к назначению препаратов патогенетического действия, позволит сократить сроки лечения, а также необоснованные экономические затраты.

**Целью** нашего исследования явился анализ клинической эффективности патогенетической терапии у детей с инвазивными формами смешанной ротавирусно-бактериальной инфекции, протекающими без гемоколита.

**Материал и методы.** Нами был проведен анализ клинической эффективности использования пробиотиков у пациентов с сочетанной ротавирусно-бактериальной инфекцией, протекающей с вовлечением в процесс толстого кишечника.

Все пациенты при поступлении в стационар получали базисную терапию, которая включала в себя диетическое низколактозное питание, оральную или парентеральную регидратацию. При этом пациентам с клиникой водянистой диареи, протекающей с признаками колита, рандомизированно назначалась одна из 2 схем патогенетической терапии. Пациенты, у которых диагноз сочетанной ротавирусно-бактериальной инфекции в последующем не подтверждался лабораторно, исключались

из групп сравнения. В результате пациенты были разделены на 2 группы:

I группа – 19 пациентов получали регидратацию и энтеросорбент;

II группа – 21 пациент получал регидратацию, энтеросорбент и пробиотик.

**Результаты и обсуждение.** При анализе продолжительности основных клинических симптомов установлено, что включение пробиотика в базовую схему патогенетической терапии смешанной ротавирусно-бактериальной инфекции, протекающей с вовлечением в процесс толстого кишечника, не способствовало более быстрой динамике их купирования.

Так, не отмечалось достоверных различий в динамике исчезновения лихорадки – в обеих сравниваемых группах нормализация температуры тела происходила в течение 2-3 дней терапии: 2,24 дня (95% ДИ: 1,70...2,77) vs 1,81 дня (95% ДИ: 1,32...2,3) в I и II группах соответственно. Симптомы диареи в сравниваемых группах купировались в среднем на 3-4 день болезни. Так, длительность диареи у пациентов, получающих только регидратацию и энтеросорбент, составила в среднем 3,79 дня (95% ДИ: 2,95...4,63), у пациентов, получающих наряду с регидратацией и энтеросорбентом пробиотик, – 3,95 дня (95% ДИ: 3,33...4,57). Также не наблюдалось достоверных различий в сроках исчезновения патологических примесей в стуле и сроках нормализации стула, что не приводило к сокращению длительности инфузионной терапии.

**Выводы.** Таким образом, введение в схему лечения пациентов со смешанной ротавирусно-бактериальной инфекцией пробиотика не имело клинической эффективности, так как достоверно не сокращало сроков купирования острого периода заболевания, не сокращало длительность сохранения патологических примесей в стуле и сроков нормализации стула.

#### Литература

1. Анохин, В.А. Ротавирусная инфекция / В.А. Анохин [и др.] // Практическая медицина. Педиатрия [Электронный ресурс]. – 2007. – № 9. – Режим доступа : <http://pmarchive.ru/rotavirusnaya-infekciya-u-detej-sovremennye-aspekty-diagnostiki-i-lecheniya>. – Дата доступа : 16.05.2012.
2. Вирусные диареи у детей: особенности клинического течения и тактика терапии / О.В. Тихомирова [и др.] // Дет. инфекции. – 2003. – № 3. – С. 7–10.
3. Воротынцева, Н.В. Острые кишечные инфекции у детей / Н.В. Воротынцева, Л.Н. Мазанкова – М. : Медицина, 2001. – С. 266–77.
4. Ротавирусная инфекция у детей: особенности клинического течения, диагностические подходы и тактика терапии : учеб. пособие для врачей / О.В. Тихомирова [и др.]. – СПб. : Лань, 2005. – 32 с.
5. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник для вузов / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 808 с.
6. Учайкин, В.Ф. Энтеросорбция – эффективный метод этиопатогенетической терапии ОКИ у детей / В.Ф. Учайкин, А. А. Новокшенов, Н.В. Соколова // Дет. инфекции. – 2005. – Т. 4, № 3. – С. 39–43.