

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 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,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

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 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

улучшают материнский и фетальный прогноз.

Цель исследования. Учитывая актуальность и недостаточную изученность проблемы дерматозов беременных, привести описание наблюдаемого нами клинического случая атопической экземы беременных, а также разработка карты обследования беременных с дерматозами.

Материал и методы. В кожное отделение Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера была направлена пациентка Ю., 26 лет, состоящая на учете в женской консультации г. Витебска с диагнозом: Беременность 22-23 недели. Обратилась с жалобами на зудящие высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей в течение последних двух недель. Занималась самолечением. Эффекта не было. Атопический анамнез индивидуальный и семейный отрицательный.

Результаты и обсуждение. Поражения кожи пациентки носили распространенный характер. При осмотре выявлены многочисленные нуммулярные высыпания в виде папул красного и бледно-красного цвета, местами сливающиеся в бляшки огромных размеров, особенно на коже живота. Отмечались выраженное шелушение и следы расчесов. Пустулезные элементы отсутствовали. Лечение антигистаминными препаратами эффекта не дало. На фоне

системной терапии дексаметазоном 8 мг/кг в/в кап. в течение трех дней было отмечено значительное улучшение клинической картины заболевания.

Выводы. В описанном нами случае у пациентки со второй беременностью и отсутствием в личном и семейном анамнезе атопических заболеваний выявлены типичные высыпания на коже, характерные для атопической экземы беременных. В результате проведенной системной гормональной терапии дексаметазоном отмечен регресс высыпаний. Пациентка находится под наблюдением дерматолога и акушера-гинеколога.

Литература:

1. Dermatoses of pregnancy / M.-M. Păunescu [et al.] // Acta Dermatovenerologica APA. – 2008. – N 1. – P. 4–11.
2. Сохар, С. А. Дерматозы беременных / С. А. Сохар, Г. В. Драгун. – Гомель: ГГМУ, 2013. – С. 7–10.
3. Holmes, R.C. The specific dermatoses of pregnancy / R.C. Holmes, M.M. Black // J Am Acad Dermatol. – 1983. – № 8. – P. 405–12.
4. Christina, M. Dermatoses of pregnancy - Clues to diagnosis, fetal risk and therapy/ M. Christina, A.Rudolph // Annals of dermatology. – 2011. – № 3. – P. 271–272.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ АРТРОПАТИЧЕСКОМ ПСОРИАЗЕ

Зыкова О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Междисциплинарный характер медицинской проблемы псориаза является следствием полисистемности этой патологии с вовлечением в патологический прогрессирующий процесс ряда органов и систем: кожного покрова, опорно-двигательного аппарата (ОДА), внутренних органов. В связи с наследственной предрасположенностью важное место принадлежит коморбидности псориаза с заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной систем, что влияет как на показатели общего здоровья, так и на показатели продолжительности и качества жизни пациентов [2,3,6]. Медицинская и социальная значимость поражения опорно-двигательного аппарата при псориазе демонстрирует выделение этой клинической формы дерматоза в Международной классификации болезней X пересмотра в качестве отдельной клинической формы псориаза. Это актуализирует приоритетную роль врача-дерматовенеролога в выявлении и курировании таких пациентов на определенных этапах развития патологии. Известно, что около 80% больных с артропатическим псориазом впервые обращаются со своей проблемой к дерматологу в связи с тем, что поражение кожи на этом этапе является для них более актуальным [7]. Известно о безболевым и рентгенонегативных вариантах псориазического поражения ОДА, что приводит к поздней диагностике и необратимому прогрессированию заболевания [2,5]. Псориази-

ческое поражение кожи и её придатков являются важными диагностическими критериями псориазического артрита – наиболее тяжелой формы поражения ОДА при псориазе и нередко требующей дифференциальной диагностики с другими видами патологии суставов [1,2,4]. Поэтому тщательный анализ дерматологического статуса пациента является важной составляющей ранней диагностики псориазической артропатии и объективизации выбора индивидуальной тактики лечения пациента.

Цель. Особенности дерматологического статуса при артропатической форме псориаза.

Материал и методы. Клинические и объективные данные 338 стационарных пациентов, страдающих псориазом. Анализировали данные анамнеза заболевания, клинические формы поражения кожи и особенности течения дерматоза. Рассчитывали псориазический индекс тяжести и площади поражения кожи PASI (Frederiksson T., Pettersson U.). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета анализа Excel.

Результаты и обсуждение. Все обследованные были разделены на 4 группы в зависимости от преобладания поражения кожи или суставов или наличия поражения последних. Первую группу составили 154 стационарных пациента с диагнозом артропатического псориаза. Средний возраст в группе составил $46,3 \pm 0,86$ лет. Соотношение мужчин и

женщин составило 1,85:1. Длительность дерматоза в подгруппе составила $20,5 \pm 0,98$ лет. У пациентов установлены следующие клинические формы поражения кожи: обыкновенная клиническая форма – у 38 пациентов (25%), крупнобляшечная – у 29, экссудативная – у 61, псориазная эритродермия или субэритродермическое поражение кожи – у 20 пациентов. Объективная оценка тяжести и площади поражения кожи PASI соответствовала средне-тяжелой или тяжелой степени и составила $28,0 \pm 1,8$ баллов. Поражение ногтей пластин кистей и стоп установлено у 102 пациентов, что составило 66 %. Средний возраст появления ониходистрофий составил $38 \pm 1,1$ лет, артралгии впервые отмечены пациентами в возрасте $38,6 \pm 2,3$ лет. В структуре вариантов ониходистрофий преобладали типы онихолиза в сочетании с типом «масляного пятна» или без такового, и пунктиформный вариант. На непрерывно рецидивирующее течение (НРТ) псориаза указали 74 пациента (48%). Во вторую группу вошли 32 пациента из ревматологического стационара с установленным диагнозом псориаза артрита. Мужчин было 16, женщин – 16 (1:1). Средний возраст пациентов в группе составил $47,6 \pm 2,3$ лет. Длительность дерматоза составила $17,1 \pm 2,3$ лет. У пациентов установлены следующие клинические формы поражения кожи: обыкновенная клиническая форма – у 11 пациентов, что составило 33%, крупнобляшечный вариант – у 6, экссудативное поражение – у 7, псориазная эритродермия – у 2 пациентов. Универсальное поражение кожного покрова установлено у 2 пациентов, распространенное – у 19, диссеминированное – у 9, ограниченное поражение – у 2 пациентов. Объективная оценка тяжести и площади поражения кожи PASI составила $10,1 \pm 1,9$ баллов. Поражение ногтей пластин кистей и стоп установлено у 21 пациента, что составило 66 %. Третья группа была представлена 71 пациентами с поражением кожи и ногтей пластин, без клинически значимых объективных признаков поражения суставов. Средний возраст пациентов в группе составил $43,3 \pm 1,6$ лет (от 16 до 69 лет), количество мужчин значительно преобладало (7,9:1) – мужчин – 63, женщин – 8. Средняя длительность дерматоза составила $17,46 \pm 1,26$ лет. У пациентов установлены следующие клинические формы поражения кожи: обыкновенная клиническая форма – у 25 пациентов, что составило 35 %, крупнобляшечный вариант – у 19, экссудативные

варианты – у 19, псориазная эритродермия – у 2 пациентов., другие формы – у 6 пациентов. Универсальное поражение кожного покрова установлено у 2, распространенное – у 69 пациентов. PASI составил $29,4 \pm 2,7$ баллов. Средний возраст появления первых признаков ониходистрофии составил $35,72 \pm 1,67$ лет. Часто- и непрерывно рецидивирующее течение псориаза установлено у 13 пациентов (18%). При расспросе 20 (28%) пациентов указали на наличие артралгий, средний возраст появления которых составил $38,6 \pm 2,0$ лет. Среди 81 пациента с не артропатическим псориазом доля случаев экссудативного поражения кожи составила 12% (10 пациентов), крупнобляшечной формы – 5% (4 пациента), НРТ дерматоза установлено у 4 пациентов (5%) этой группы.

Сроки развития непрерывного течения кожного синдрома, появления ногтей поражений и артралгий коррелировали во всех группах.

Выводы. Для артропатического псориаза характерны осложненные и атипичные клинические формы поражения кожи в сочетании с поражением ногтей и торпидным течением.

Литература:

1. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. – М.: Мед. кн., 2004. – 165 с.
2. Беляев, Г.М. Псориаз. Псориазная артропатия / Г.М. Беляев, П.П. Рыжко–3-е изд., доп.–М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 272 с.
3. Загртдинова, Р.М. Сосудистые нарушения у больных псориазом, возможности их коррекции / Р.М. Загртдинова // Рос. журн. кожных и венер. болезней. – 2006. – №3. – С.19–23.
4. Особенности терапии дерматологического и суставного синдромов у больных псориазом / А.А. Хартоник, [и др.] // Мед. панорама. – 2002. – № 1. – С. 30–31.
5. Bruce, I.N. Psoriatic arthritis: Clinical features / I.N. Bruce // Rheumatology, third edition / ed.M.C. Hochberg et al. – L. Sevier Ltd., London, 2003. – P. 1241–52
6. Jullien, D. Genetics of psoriasis / D. Jullien, J.N.Barker // JEADV. – 2006. - Vol. 20. – Suppl. 2. – P. 42–51.
7. Mease, P.J. Psoriatic Arthritis. A disease of skin and joints / P.J.Mease, M.Lebwohl // Immunology. – 2005 Sep. – P. 24.

ОСОБЕННОСТИ УРЕОМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Катина М.А., Прокурат С.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Микоплазмы и уреоплазмы являются самыми мелкими свободноживущими прокариотами, которые отличаются от «классических» бактерий малыми размерами (150–450 нм) и отсутствием клеточной стенки [1,2]. Из всех видов генитальных микоплазм *Mycoplasma genitalium*

большей степени обладает факторами вирулентности и демонстрирует все необходимые признаки патогенности. *Ureoplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* присутствуют на слизистых оболочках у 40–80% практически здоровых лиц репродуктивного возраста в количестве менее 10^4 КОЕ/мл.