

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

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, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

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

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

ные дефекты [1].

Цель. Учитывая редкую встречаемость заболевания, приводим описание наблюдаемого нами клинического случая.

Материал и методы. В Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер направлен пациент П., 18 лет для уточнения диагноза. Пациент обратился впервые, ранее лечение не проводилось. Считает себя больным с рождения, когда в первые дни жизни (со слов матери) на коже туловища, конечностей появились пятна розового цвета, пузырьки, шелушение и папулезные элементы, корки. С возрастом появились пигментированные пятна, которые со временем превратились в депигментированные, веррукозные разрастания в области локтевых суставов.

При поступлении в стационар предьявлял жалобы на изменение цвета кожных покровов в области туловища, конечностей. При осмотре: на коже боковых поверхностях туловища, задней поверхности левого бедра и голени определяются множественные гипопигментированные линейные полосы с явлениями атрофии. Субъективных ощущений нет.

Консультации специалистов. Окулист: гиперметропия средней степени обоих глаз, амблиопия средней степени правого глаза.

Стоматолог: гипоплазия эмали зубов III степе-

ни.

Результаты и обсуждение. Данные анамнеза, постепенное стадийное изменение клинической картины заболевания с возрастом, данные осмотра при поступлении, наличие сопутствующих заболеваний у пациента позволяют установить и уточнить диагноз Недержание пигмента, стадия гипопигментации.

Выводы.

1. Данные анамнеза и клиническая картина подтверждают правильность поставленного диагноза.

2. Пациент требует наблюдения в динамике и, в случае необходимости, назначения симптоматического лечения.

3. Пациенту показаны консультации врача-невролога, ортопеда для исключения не кожных симптомов заболевания, лечение и наблюдение у врача-стоматолога, врача-офтальмолога.

Литература:

1. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник: пер. с англ. // К. Кэйн [и др.] – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2011. – 496 с.

2. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology: sixth edition // К. Wolff [et al.] – McGraw-Hill, 2009. – 1104 p.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭРИТРОДЕРМИЯМИ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ В 1998-2012 ГОДАХ

Адаскевич В.П.¹, Майстренок А.М.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Эритродермии (син.: эксфолиативный дерматит) - одна из самых сложных и недостаточно изученных проблем в дерматологии. Являясь достаточно редкой патологией (1% всех госпитализаций по поводу кожных заболеваний), представляют собой тяжелое, нередко угрожающее жизни пациента состояние, которое характеризуется развитием распространенной (с поражением 90% и более поверхности тела) неспецифической токсико-аллергической или токсической реакции

кожи на различные факторы и требуют динамического наблюдения, всестороннего обследования и интенсивного лечения больного [1,2].

Этиология. Определить специфическую природу эритродермии часто невозможно, но, в большинстве случаев, это вторичный процесс. Развитию эритродермии способствуют различные пищевые и лекарственные интоксикации и очень часто неадекватные методы лечения дерматозов и общетерапевтических заболеваний, в том числе

витаминотерапия в остром периоде заболевания, некоторые антибиотики, кардиологические средства и т. д.[4]. Поэтому для выбора адекватного метода лечения и предотвращения рецидивов эритродермии обязательно устанавливать этиологию этого состояния. Возраст начала заболевания зависит также от этиологии эритродермии [3].

В патогенезе большинства эритродермий лежит аллергическая реакция замедленного типа.

Классификация: Различают первичные эритродермии, возникающие как ответ на провоцирующий фактор (острые), либо врожденные или ассоциированные с лимфомой, лейкозией (хронические). Вторичные эритродермии возникают на фоне тяжелого течения и генерализации хронических дерматозов. При идиопатических эритродермиях причину заболевания установить не удается.

Клиническая картина зависит, прежде всего, от причины, лежащей в основе заболевания. Все эритродермии характеризуются универсальным покраснением, шелушением, инфильтрацией кожи, которым могут сопутствовать лихорадка, озноб, гипотермия, увеличение лимфоузлов, отеки, гипоальбуминемия и сердечная недостаточность с высоким сердечным выбросом.

Диагностика. Для установления диагноза при эритродермии очень важны данные анамнеза, детальный анализ клинической картины поражения кожи, сыпных элементов. Необходимо лабораторное обследование для установления степени активности процесса и тяжести эндогенной интоксикации [1,4]. Проводится диагностическая биопсия кожи.

Лечение проводится в стационаре с учетом характера поражения кожного покрова и данными анамнеза о предшествующем дерматозе, если его удастся установить. Назначается симптоматическая противовоспалительная терапия, которая включает внутривенное введение дезинтоксикационных средств, антигистаминные препараты. Системные кортикостероиды являются основным лечебным средством при всех формах эритродермий, кроме псориатической. Возможно назначение ци-

тостатиков (метотрексат, азатиоприн и др.), системное применение ароматических ретиноидов. В местном лечении используют индифферентные пасты, крем Унны с добавлением топических кортикостероидов. Из физиотерапевтических процедур используют фотохимиотерапию, бальнеолечение.

Цель. Провести анализ заболеваемости эритродермией в Витебской области с 1998 по 2012 гг. по данным УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материал и методы. Нами проведен анализ заболеваемости эритродермией в Витебской области с 1998 по 2012 г.г. Данные включали сведения о впервые зарегистрированных случаях первичной эритродермии (лимфома кожи, токсидермия, ихтиоз), вторичной (вследствие генерализации предшествующих кожных заболеваний) эритродермии и идиопатической эритродермии (эксфолиативного дерматита).

За 14-летний период в диспансере наблюдался 291 пациент с эритродермией. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1 (206 мужчины и 85 женщин). Средний возраст начала эритродермии составил 50,1 года (у мужчин – 44,9 года и у женщин – 55,3). Возрастной состав больных с впервые выявленными эритродермиями представлен в таблице 1.

Этиологическая структура эритродермий следующая: псориатические эритродермии выявлены у 151 пациента (52%), токсикодермия – у 16 (5,5 %), экзема – у 35 (12 %), Т-клеточная лимфома – у 20 пациентов (6,9 %), атопический дерматит – у 18 (6,2 %), болезнь Девержи – у 3 (1,03%), паранеопластическая – 9 (3,1%), болезнь Дарье - у 1 (0,3%), диффузный нейродермит – у 4 (1,4%), питеириаз розовый - у 1 пациента (0,3%), ихтиозиформная – у 3 (1,0%) и идиопатические (старческая и Вильсона-Брока) эритродермии имели место у 30 пациентов (10,3% случаев). От всех зарегистрированных случаев первичные эритродермии составили 14,1%, вторичные -72,5%, идиопатические -13,4%.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастным группам

Возраст пациентов	Количество пациентов, абс.	Количество пациентов, %
18-20 лет	11	3,8
21-30 лет	25	8,6

Возраст пациентов	Количество пациентов, абс.	Количество пациентов, %
31-40 лет	50	17,2
41-50 лет	59	20,3
51-60 лет	64	21,9
61-70 лет	50	17,2
71-80 лет	28	9,6
81-90 лет	4	1,4

Выводы: 1. Эритродермии в общей структуре дерматологической заболеваемости имеют небольшой удельный вес.

2. Эритродермиями чаще страдают мужчины: у лиц мужского пола эритродермические состояния регистрировались в 3 раза чаще, чем у лиц женского пола.

3. Чаще всего эритродермия возникала у пациентов в возрастной группе от 41 года до 60 лет.

4. В этиологической структуре преобладает псориатическая эритродермия (52 %), на втором месте – идиопатические (13.4 %), далее следуют экзематозная эритродермия (12 %).

Литература:

Адаскевич, В.П. Неотложная дерматология / В.П. Адаскевич –М.: «Триада-Фарм», 2001. – 196с.

2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин. - Москва: Медицинская литература, 2006. - 660 с.

3. Адашкевич, В.П. Эритродермия - неотложное состояние в практике дерматолога / В.П. Адашкевич, О.Д. Мяделец, В.О. Мяделец //Дерматология на рубеже третьего тысячелетия: материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня основания первой кафедры дерматовенерологии в Республике Беларусь. - Мн., 2003. – С. 51-53.

4. Резникова, М.М. Лечение эритродермии / Резникова М.М. //Русский медицинский журнал . - М.: «РМЖ», 1998г. №8, С.18-21.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Адаскевич В.П.*, Прокурат С.А., Лисица Ю.О.****

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,

**УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер»

Актуальность. Урогенитальный кандидоз – грибковое заболевание слизистых оболочек и кожи мочеполовых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida* [2]. Заболевание чаще встречается у женщин, реже – у мужчин. Грибы кандиды относятся к условно-патогенным растительным микроорганизмам. Кроме сапрофитирования в окружающей среде на субстратах живой и неживой природы, они довольно часто выделяются с поверхности кожных покровов и слизистых оболочек человека [2]. В последние годы наблюдается рост числа грибковых заболеваний. Кандидоз – самая распространенная микотическая инфекция в мире [1]. Подсчитано, что из 100 млн ежегодных визитов к врачам по поводу вагинита около 20 – 25 % обусловлены вульвовагинальным

кандидозом [2]. Приблизительно 75% женщин переносят в течение своей жизни, по крайней мере, один эпизод вульвовагинального кандидоза и у 40-45% из них развивается по крайней мере один рецидив [2]. Существенное повышение распространенности грибковых заболеваний связано с широким и не всегда рациональным использованием антибактериальных препаратов, гормонов, цитостатиков, повышением частоты развития иммунодефицитных состояний у женщин [1].

Целью данной работы является изучение и оценка клинической картины, провоцирующих факторов, течения заболевания, результатов лечения у пациентов с урогенитальным кандидозом на женском венприеме в УЗ «ВОККВД».

Материал и методы. Под нашим наблюдением