

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 16 хворих з фібропластичною індурацією статевого члена. Тривалість захворювання — від 3 міс до 1,5 року. Лікуванням передбачено пероральний прийом по 4 таблетки «Купренілу», 2 таблетки «Тренталу», 400 МО вітаміну Е на добу. Місцево рекомендували застосування 2 % гелю троксевазину двічі на добу з втиранням 1 % мазі гідрокортизону.

«Купреніл» пригнічує синтез колагену і нормалізує співвідношення між його розчинними і нерозчинними фракціями, сприяючи цим гальмуванню розвитку склерозуючого процесу в тканинах, а також впливає на різні ланки імунної системи. «Трентал» (пентоксифілін) поліпшує мікроциркуляцію, знижує концентрацію фібриногену в плазмі, поліпшує фібриноліз.

Результати. Курс терапії тривав від 2 до 3 міс, індивідуально. Перші позитивні наслідки об'єктивно і за відчуттями хворих з'явилися в кінці першого місяця лікування (бляшки дещо зменшувалися й розм'якшувалися, зменшувалася деформація статевого члена). Лікування тривало до повного виправлення кривизни статевого органа.

Висновки. Метод консервативної терапії хвороби Пейроні з використанням «Купренілу», «Тренталу» і маzewої терапії забезпечує позитивні наслідки за менші строки (залежно від тривалості хвороби), дає змогу уникнути хірургічного втручання.

К вопросам комплексного лечения розацеа

Д.Я. Головченко, О.Д. Пурышкина, Л.В. Сологуб

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Розацеа является одной из наиболее важных проблем дерматологии. Этот дерматоз встречается у 5 % дерматологических больных. Лечение розацеа должно быть комплексным, с учетом патогенетических особенностей развития заболевания и клинических проявлений. В последние десятилетия наиболее популярным препаратом, который входит в комплекс лечения больных розацеа, является метронидазол. Стоит отметить, что единого мнения относительно фармакодинамического влияния метронидазола при розацеа нет. Вместе с тем доказано, что, воздействуя на вегетативную нервную систему и стимулируя ее адренергические структуры, он приводит к уменьшению застойных явлений в коже, способствует побледнению эритемы, то есть оказывает положительное влияние на основные клинические проявления розацеа.

Цель работы — изучение эффективности применения производного нитроимидазолового ряда препарата орнидазол в комплексном лечении розацеа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 больных: 27 (75 %) женщин и 9 (25 %) мужчин. Средний возраст составил у женщин 49,7 года, у мужчин — 43,9 года. Давность заболевания колебалась от 3-х до 9 лет. Перед началом лечения всем больным проводилось эндокринологическое, гастроэнтерологическое и иммунологическое обследование.

Результаты и их обсуждение. Всем больным назначался орнидазол по 500 мг 2 раза в день после еды короткими курсами в течение 7 дней, всего два, с недельным интервалом. Пациентам с папуло-пустулезной (14 (38,8 %) больных) и комбинированной (9 (25 %) больных) формами в комплексе лечения назначался доксициклин по 100 г 2 раза в сутки в течение 15 дней. На 3, 6 и 9 день приема антибиотика больные получали флуконазол по 150 мг. Наружное лечение проводилось в зависимости от клинических проявлений розацеа (холодные примочки с 1—2 % раствором борной кислоты, отваром шалфея, череды — при эритематозной форме (3 больных (8,3 %)); 2 % ихтиоловая паста, крем с азелаиновой кислотой 1 раз в день в течение 1—1,5 мес — при папуло-пустулезной и комбинированной форм). Терапевтический эффект оценивался на основании динамики клинических симптомов. У большинства обследованных больных при использовании в комплексном лечении орнидазола удалось достичь положительных терапевтических результатов. Так, у 28 (77,7 %) наблюдалось клиническое выздоровление и значительное улучшение, у 7 (19,4 %) — улучшение, отсутствовал эффект у одного (2,7 %) больного. Следует отметить, что положительная клиническая динамика наблюдалась уже на 6—7-й день приема препарата орнидазол. Побочные явления в виде тошноты в первые 3—4 дня лечения были отмечены у 2 (5,5 %) больных. Эти явления спонтанно проходили и не требовали отмены препарата. Каких-либо патологических изменений лабораторных показателей (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи) не наблюдалось.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности применения препарата орнидазол в комплексном лечении розацеа.

Случай синдрома Стивенса-Джонсона

Д.Я. Головченко, О.Д. Пурышкина, Л.В. Сологуб

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) представляет собой тяжелейший вариант многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ). Заболевание, как правило, развивается остро, с высокой лихорадкой, нарушением общего

состояния (артралгии, миалгии, реже – миокардит, менингоэнцефалит), поражением кожи и слизистых: губ, языка, мягкого и твердого неба, задней стенки зева, гортани. При этом поражения слизистой рта с образованием пузырей и эрозий, покрывающихся серовато-белым налетом, а на красной кайме губ – геморрагическими корками наблюдаются в 100 % случаев. Поражение слизистой глаз отмечается в 91 % случаев. Оно может быть представлено гнойным конъюнктивитом, кератитом, увеитом. Нередко поражаются также слизистые половых органов с развитием уретрита, у женщин – вульвовагинита (в 57 % случаев). В процесс могут вовлекаться мочевого пузыря, слизистая заднего прохода (5 %), бронхов (6 %).

Поражение кожи обычно представлено диссеминированно и фокусно располагающимися эритематозно-папулезными высыпаниями багрово-красного цвета по периферии и синюшным запавшим центром. Могут также наблюдаться пузыри и пузырьки с серозным и геморрагическим содержимым, при вскрытии которых образуются эрозии: сочные, ярко-красного цвета, покрывающиеся сероватыми или геморрагическими корками. На фоне тяжелых общих явлений и лихорадочного состояния возможно развитие пневмонии, пневмоторакса, медиастинальной эмфиземы, а также гломерулонефрита и почечной недостаточности и др. В 5–10 % случаев может быть летальный исход.

Выделяют две формы ССД: развитие одной из них может быть тяжелым вариантом симптоматической МЭЭ, т. е. медикаментозной токсикодермии, обусловленной сульфаниламидами, антибиотиками, барбитуратами, анальгетиками, а также противотуберкулезными, антимикотическими препаратами. Другая форма представляет собой злокачественный вариант идиопатической МЭЭ, наиболее частой причиной которой является вирус простого герпеса, реже *Mycoplasma pneumoniae*, а также гистоплазма, *Coccidioides immitis*, тифозная, дифтерийная палочка, микобактерия туберкулеза, гемолитический стрептококк, *Chlamydia Trachomatis* и т. д.

Развитие заболевания наблюдается на фоне Т-клеточного иммунодефицита при значительном уменьшении розеткообразующих нейтрофилов и увеличении И-лимфоцитов. Клеточному иммунодефициту могут способствовать такие факторы как переохлаждение, фокальная инфекция, климатические явления. При обеих формах ССД инфекционные и медикаментозные факторы вызывают развитие сенсibilизации организма, которая выражается аллергической реакцией по немедленному или замедленному типу с образованием циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови, отложением IgMи С-3-компонента комплемента в базальной мембране эпидермиса и кровеносных сосудов верхнего отдела дермы.

Мы наблюдали больного 36 лет, у которого развился ССД после приема 2-х таблеток «Пенталгина» в связи с зубной болью. Заболевание началось стремительно быстро с повышения температуры до 38,8–39,2 °С, появления на губах, языке, мягком и твердом небе, на задней стенке зева пузырей, вскрывающихся с образованием эрозий, сливающихся между собой и покрывающихся серовато-белым налетом. На губах образовывались массивные геморрагические корки и кровоточащие участки, что затрудняло прием пищи и было болезненным. Наблюдались явления катарального конъюнктивита. На коже туловища, конечностей отмечались множественные эритематозно-папулезные высыпания ярко-красного цвета, в центре с синюшным оттенком. Также наблюдались пузырьные элементы с серозно-геморрагическим содержимым, при вскрытии которых образовывались ярко-красные сочные болезненные эрозии.

В крови выявлено повышение СОЭ до 35 мм рт. ст., эозинофилия, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. В протеинограмме – снижение общего количества белка за счет альбуминов.

Больному были назначены капельно переливания реополиглюкина по 200 мл № 3, кортикостероиды: 150 мг в пересчете на преднизолон в течение 5 дней, затем перорально – преднизолон с 8 таблеток/сут со снижением каждые 5 дней на 1 таблетку. Также он получал препараты калия, кальция, антигистаминные. Наружно проводилась обработка пораженной кожи 3 % раствором перекиси водорода, 5 % раствором перманганата калия, 1 % фурацилином, 2 % раствором борной кислоты; смазывание кремом «Целестодерм с гармицином», гелем «Солкосерил», фукорцином. Проводились полоскания полости рта 2 % содовым раствором, смазывания маслом шиповника, облепихи, витамином Е, эмульсией гидрокортизона. Корки на губах снимали масляными аппликациями, смазыванием витамином Е, тетрациклиновой глазной мазью. Положительная динамика в состоянии больного отмечена на 5-е сутки проводимой терапии, а значительное клиническое улучшение после 12 дней лечения.

Приведенное наблюдение напоминает о возможном развитии тяжелого варианта многоформной экссудативной эритемы и благоприятном прогнозе при назначении общепринятой терапии, ведущее место в которой занимают кортикостероиды.