

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ АКНЕ

Я.Ф.Кутасевич, И.А.Олейник, И.А.Маштакова, В.Ю.Мангушева, И.М.Бронова

Целью исследования было изучить наличие и разнообразие коморбидной патологии у пациентов со средней степенью тяжести акне и проследить связь особенностей течения данной патологии при наличии коморбидных заболеваний. В группу исследования были включены 20 пациентов со средней степенью тяжести акне. Возраст пациентов составил 19 – 27 лет, из них 14 мужчин и 6 женщин. Обследование состояло из клинического анализа крови, клинического анализа мочи, биохимического анализа крови, соскоба на демодекоз, обследования на гепатиты и ВИЧ-инфекцию, ультразвукового исследования органов брюшной полости и органов малого таза; были получены консультации смежных специалистов: гастроэнтеролога, гинеколога по показаниям. Нами были зафиксированы у 14 пациентов в соскобе с очагов поражения клещ демодекс, у 6 человек повышение уровня трансаминаз и у 3 из них были констатированы диффузные изменения паренхимы печени, у 5 пациенток имела место гормональная дисфункция. Смежные специалисты на основании жалоб, данных анамнеза и лабораторных методов исследования выявили: дискенезию желчевыводящих путей, холецистит у 5 человек, гиперацидный гастрит у 11, у 5 пациенток имела место гиперандрогения. 9 человек имели коморбидную патологию по нескольким органным системам. Все пациенты получали этиопатогенетическую терапию, согласованную со смежными специалистами. От тяжести и выраженности коморбидной патологии зависели и сроки регресса клинических проявлений акне. Так, при обнаружении клеща демодекс длительность терапии увеличивалась в среднем на 18 ± 3 дня, при патологии желудочно-кишечного тракта на 15 ± 5 дней, в случае наличия гормональной дисфункции терапия перекликалась с патогенетическим лечением акне и значительно сокращалась по срокам. Хотелось бы отметить, что ни одного случая акне в исследуемой группе не было зафиксировано без коморбидной патологии, что еще раз указывает на важность всестороннего обследования пациентов с данной патологией.

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ И ОНИХОМИКОЗА

Я.Ф.Кутасевич¹, И.А.Олейник¹, А.С.Чеховская², А.А.Гаврилюк¹

В настоящее время псориаз рассматривается как системное заболевание, при котором, наряду с поражением кожи, отмечаются нарушения микроциркуляции, обмена веществ, системная дезорганизация соединительной ткани, поражение суставов, внутренних органов, лимфатических узлов. Из придатков кожи при псориазе наиболее часто поражаются ногтевые пластины. Псориаз ногтей требует дифференциальной диагностики с онихомикозами в связи с распространенностью заболевания и большой частотой поражения ногтей у больных псориазом. В клинике ГУ «ИДиВ НАМНУ» мы наблюдали следующий клинический случай. Больной Г., 65 лет, находился на стационарном лечении с диагнозом: Распространённый псориаз, стационарная стадия. Псориатическая ониходистрофия. Болеет псориазом в течение 30 лет. Заболевание обостряется от 1 до 3 раз в год в осенне-зимний период. Около полугода назад заметил изменение цвета, структуры и формы ногтевых пластин стоп. Локальный статус: На коже туловища в области поясницы – крупные, от 2 до 12 см в диаметре, очаги розово-красного цвета округлой формы с четкими, правильными границами, умеренной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности. На коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей – множественные лентикулярные, красного цвета папулы, местами сливающиеся в бляшки от 1 до 5 см в диаметре с серебристыми чешуйками. Симптом псориатической триады Ауспитца положительный. На коже стоп в области пяток и