

**ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ДЕРМАТОЛОГИИ,
ВЕНЕРОЛОГИИ
И ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИИ**

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Посвящен

155-летию со дня рождения профессора И.Ф.Зеленева

Под редакцией проф. А.М.Дашука

Харьков
2015

ББК 55.83

УДК 616.5+616.97+687.55+614.2

Редакційна колегія: чл.-кор. НАМН України, проф. В.Н.Лесової, проф. Ю.В.Андрашко, проф. Л.А.Болотная, проф. Б.Г.Глухенький, проф. А.М.Дащук (отв. редактор), к.мед.н. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжная, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. А.И.Литус, проф. Г.И.Мавров, проф. В.В.Мясоедов, доц. Н.А.Пустовая, к.мед.н. Л.В.Рощенюк, проф. В.И.Степаненко, проф. В.П.Федотов

Адрес редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, ул.Революції, 15, кафедра дерматології, венерології і СПИДа, тел. (057)700-41-33, e-mail: kafedraderma@i.ua

В збірникі кафедри дерматології, венерології і СПИДа Харківського національного медичного університету освітлена історія створення і становлення кафедри. Відзначено внесок професора І.Ф.Зеленева в розвиток дерматовенерології. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики і лікування ряду шкірних захворювань.

Для наукових працівників, спеціалістів.

Актуальні питання дерматології, венерології, і ВІЛ/СНІД інфекції: Збірник наукових праць. – Х.: видавництво «С.А.М.», 2015. – 242 с.

ISBN 978-617-7302-07-9

У збірнику наукових праць кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено історію утворення і становлення кафедри. Відзначено внесок професора І.Ф.Зеленева у розвиток дерматовенерології. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірних-венеричних захворювань.

Для науковців, спеціалістів

Ответственность за содержание, подбор и изложение фактов в статьях несут авторы.

ISBN 978-617-7302-07-9

ББК 55.83

© Харківський
національний медичний
університет, 2015

Оглавление:

I. Общие сведения

1. *Лесовой В.Н., Дацук А. М.*

**К 155-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ПРОФЕССОРА ИВАНА ФЕДОРОВИЧА ЗЕЛЕНЕВА** 3

2. *Дацук А. М., Пустова Н.О.*

**СТИЛІ ТА МОДЕЛІ ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ
В ВНЗ МЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ** 7

3. *Дацук А.М., Чернікова Л.І*

**ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЛАБОРАТОРНА
ДІАГНОСТИКА» НА СУМІЖНОМУ ЦИКЛІ
«ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ВЕНЕРИЧНИХ
ХВОРОБ ТА ХВОРОБ ШКІРИ»** 12

II. Кожные болезни

4. *Баниасер Ахмед Мохаммадами Ахмед, Федотов В.П.*

**РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ
ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА** 16

5. *Василенко А.В.*

**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РОЛЬ МІКРОФЛОРИ
ШКІРИ У ХВОРИХ РЕЦИДИВАМИ РОЗАЦЕА** 24

6. *Васильева О.В., Потапов С.Н.*

**КОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ ИЗ ЮЖНОЙ
АФРИКИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ
ВОЛЧАНКОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ
ЛЮПУС-НЕФРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ** 27

7. *Гончарова И.Н., Чипиженко В.А.*

**ВРЕДНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ
ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ** 32

8. *Гончарова І.М., Чипиженко В.А.*

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭКЗЕМА 35

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВАМИ РОЗАЦЕА.

Василенко А.В.

Целью исследования было изучить особенности изменений микробного пейзажа кожи больных рецидивами розацеа. Было обследовано 50 больных, среди которых у 20 пациентов розацеа была выявлена впервые, а у 30 - при обращении определялся рецидив ранее леченого дерматоза. Так же были обследованы 20 практически здоровых людей (контрольная группа). Установлено, что увеличение патогенной флоры, демодекоз, малассезиоз, *S. Epidermidis*, а также образование микробных ассоциаций являются направляющими факторами, осложняющими течение розацеа и вызывающими рецидивы. Так же согласно нашим данным, можно сделать вывод о том, что фактор изменений микрофлоры кожи можно рассматривать, как прогностический критерий развития рецидивов розацеа.

THE MODERN VIEW OF THE ROLE OF THE MICROFLORA OF THE SKIN IN PATIENTS WITH RELAPSES OF ROSACEA.

Vasilenko V. A.

The aim of the study was to study the characteristics of changes of the microbial landscape of the skin of patients with relapses of rosacea. We examined 50 patients, among whom 20 patients rosacea was detected for the first time, and 30 - when handling a relapse was defined previously treated dermatosis. The same were examined in 20 healthy individuals (control group). It is established that the increase of pathogens, demodicosis, *Malassezia*, *S. Epidermidis*, as well as the formation of microbial associations are guiding factors complicating the course of rosacea and cause relapses. Also according to our data, we can make a platoon that factor changes the microflora of the skin can be considered as a prognostic criterion for the development of relapses of rosacea.

УДК: 378.016:616:378(094)(477)

КОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ ИЗ ЮЖНОЙ АФРИКИ С СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЮПУС-НЕФРИТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Васильева О.В., Потапов С.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: СКВ, люпус-нефрит, артериальная гипертензия, диагностика.

Введение. В настоящее время определена триггерная роль инфекции при ревматических заболеваниях, но вопрос о первичности и взаимосвязи

вирусного, генетического и иммунных факторов остается открытым. Системная красная волчанка (СКВ) – заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани, развивающееся на основе генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящих к образованию множества антител к собственным клеткам и их компонентам, и возникновению иммунокомплексного воспаления, следствием которого является повреждение многих органов и систем [1]. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что СКВ встречается чаще, чем предполагалось ранее: в разных регионах ежегодно заболевает 1 человек из 400-2000. По данным J. Klippel и J. Decker, выявляют 50-70 вновь заболевших в год на 1 млн. населения, а распространенность составляет примерно 500 больных на 1 млн. населения. СКВ встречается во всех климатогеографических зонах, однако имеются возрастные и расовые различия в частоте данного заболевания. Так, более 70% пациентов заболевают в возрасте от 14 до 40 лет, а пик заболеваемости приходится на 14-25 лет. Соотношение мужчин и женщин, заболевших СКВ, составляет, по данным разных исследований, от 1:8 до 1:10 соответственно, однако среди детей соотношение мальчиков и девочек составляет 1:3. В период между 13 и 30 годами почти 90 % заболевших – женского пола. Американские авторы отмечают увеличение частоты СКВ среди лиц черной расы, пуэрториканцев, китайцев[2].

Цель. Изучение клинической гетерогенности различных форм СКВ.

Материалы и методы. Нами проанализировано клиническое наблюдение 24-летней пациентки Л., являющейся жительницей ЮАР и обучающейся в Харьковском национальном медицинском университете (ХНМУ) на 3-м курсе 6 факультета по подготовке иностранных студентов.

Результаты. Из анамнеза известно, что пациентка родилась от брака чернокожего африканца и индианки. В 12-летнем возрасте перенесла тяжелую форму менингита, получала массивную антибиотикотерапию. Через год родители заметили наличие у дочери сыпи в подмышечных и паховых областях, а также появление участков алопеции. К 15 годам развились проявления генерализованного артрита, уплотнения и болезненность связочного аппарата суставов. На основании комплексного обследования по месту жительства был установлен диагноз СКВ и назначен курс медикаментозного лечения. Общее состояние улучшилось, однако началось прогрессирующее ухудшение слуха. В 18 лет был поставлен диагноз: двусторонняя глухота и установлены кохлеарные импланты.

В 22-летнем возрасте поступила на обучение в ХНМУ, была поставлена на «Д» учет к ревматологу с диагнозом: СКВ. В процессе планового медицинского обследования выявлены изменения в биохимическом профиле мочи, свидетельствующем о нарушении функции почек (увеличение уровня креатинина, мочевины, выраженная протеинурия). При УЗИ почек выявлено уменьшение размеров правой

почки, снижение в ней кровотока и истончение ее коркового слоя. Для уточнения диагноза была проведена биопсия почки, по результатам которой были обнаружены признаки диффузного волчаночного нефрита: при световой микроскопии более чем в 50% клубочков выявляется сегментарный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит, включающий некротические изменения, а также вовлечение мезангия. На основании проведенного обследования пациентке установлено наличие волчаночного нефрита (класс IV), назначена стероидная терапия.

Через год пациентка обратилась в медпункт ХНМУ с жалобами на ухудшение самочувствия и приступы сердцебиения. Объективно: пульс 76 уд/мин, АД 178/114 мм. рт.ст. После приема гипотензивных препаратов давление стабилизировалось, назначено комплексное обследование у ревматолога. На каникулярный период студентка уехала в ЮАР, где также был зафиксирован подъем АД до 206/116 мм рт.ст., с чем была госпитализирована в Дурбанскую областную больницу для комплексного обследования и стационарного лечения.

При иммунологическом обследовании было выявлено повышение титров антител ANF (1:160) и ENA коэффициента до 1,2, при этом ревматоидный фактор находился в пределах нормы. Хотя точная этиология аутоиммунных заболеваний неизвестна, и специфическая роль аутоантител в развитии различных аутоиммунных заболеваний соединительной ткани неясна, ассоциация и частота обнаружения этих антител, особенно класса IgG уже установлена. При этом коэффициент оптической плотности (OD) меньше или равен 0,90 интерпретируется как отрицательный анти-ENA IgG антиген при определении наличия антител к экстрагируемому ядерным антителам методом ENA тест-системы ELISA (рис.1). У данной пациентки OD составил 1,20, что свидетельствовало о выраженной активности аутоиммунного процесса.

Прямая иммунофлюоресценция (ИФ) и гистопатологическое обследование могут быть произведены на образце биопсии кожи. Непрямая ИФ, ELISA, иммуноблоттинг и иммунопреципитация могут быть произведены на образце сыворотки. Прямая ИФ определяет наличие отложений антигена в биопсии кожи, используя флуорохром-маркированное антитело, которое связывается с иммунореактивными структурам в коже пациента. Непрямая ИФ демонстрирует наличие циркулирующих аутоантител. Аутоантитела из сыворотки пациента связываются с антигенными структурами субстрата (пищевод обезьяны, мочевой пузырь крысы).

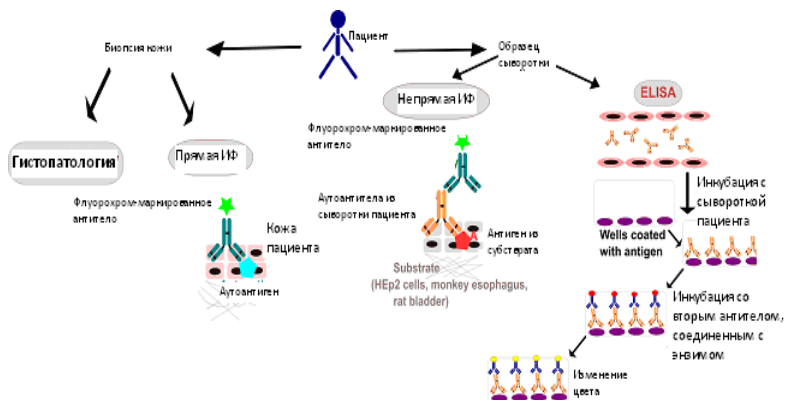


Рис.1. Выявление тканевых и сывороточных антител при аутоиммунных кожных заболеваниях.

Вторая инкубация, с флуорохром-маркированным антителом, специфичным для первого антитела, производится позже. Метод ELISA количественно определяет уровень специфичных аутоантител сыворотки. Поверхности чашек Петри покрываются антигеном и инкубируются с сывороткой пациента. Происходит связывание специфических аутоантител с антигенными белкам. Впоследствии, чашки Петри инкубируются со вторым антителом, соединенным с ферментом. Наступает реакция, которая приводит к изменению цвета, который прямо пропорционален концентрации аутоантител в сыворотке пациента [3].

Заключение. В данном клиническом наблюдении у пациентки наблюдались стертые кожные проявления СКВ – без патогномичной сыпи на лице в форме бабочки (высыпания в анамнезе, гиперпигментация кожи в подмышечных и паховой областях, незначительная ригидность кожных покровов с единичными телеангиэктазиями и участками алопеции). Однако висцеральные проявления оказались более выраженными: развитие люпус-нефрита и назначение стероидной терапии привело к проявлениям артериальной гипертензии (АГ), повреждающее действие которой на почки, сердце, головной мозг и кровеносные сосуды при системных заболеваниях соединительной ткани усугубляется аутоиммунным повреждением этих же органов-мишеней.

Учитывая, что АГ возникает в среднем у 60-70 % больных волчаночным нефритом, при этом риск развития «стероидной» артериальной гипертензии у больных СКВ составляет 8-10 %, а при поражении почек – до 20 %, мы предполагаем, что всех больных аутоиммунными заболеваниями целесообразно обследовать на наличие генов предрасположенности к развитию АГ (молекулярное исследование

полиморфизмов AGT, AGTR1, NOS3, ADRB2 и др.). Это позволит заподозрить развитие сосудистой патологии на ранней стадии, подобрать соответствующую патогенетическую терапию, улучшить общую выживаемость таких пациентов и снизить риск смерти от осложнений, в том числе и от хронической почечной недостаточности.

Список литературы:

1. Прохоров Е. В. Особенности современного течения и терапии системной красной волчанки у детей и подростков // Журнал «Здоровье ребенка» 2007, 2(5):315-323.

2. Tsokos G. C. Systemic lupus erythematosus // N Engl J Med, 2011, 365(22):2110-2121.

3. Molecular diagnosis of autoimmune skin diseases / R. Chiorean, M. Mahler, C. Sitaru // Rom J Morphol Embryol 2014, 55(3 Suppl):1019-1033.

ШКІРНІ ЗМІНИ У ПАЦІЄНТКИ З ПІВДЕННОЇ АФРИКИ З СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ, ЩО УСКЛАДНИВСЯ ЛЮПУС-НЕФРИТОМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Васильєва О.В., Потапов С.М.

Харківський національний медичний університет

У статті наводиться клінічне спостереження пацієнтки з Південної Африки з системним червоним вовчаком (СЧВ). У даному клінічному спостереженні у пацієнтки спостерігалися стерті шкірні прояви СЧВ – без патогномонічною висипки на обличчі у формі метелика, однак вісцеральні прояви виявилися більш значущими: розвиток люпус-нефриту і призначення стероїдної терапії призвело до проявів артеріальної гіпертензії. Розглядаються сучасні методи молекулярної діагностики даної патології.

Ключові слова: СЧВ, люпус-нефрит, артеріальна гіпертензія, діагностика.

SKIN CHANGES AT PATIENTS FROM SOUTH AFRICA WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS COMPLICATED BY LUPUS NEPHRITIS AND HYPERTENSION

Vasylieva O.V., Potapov S.M.

Kharkiv National Medical University

The article presents a clinical observation of the patient from South Africa with systemic lupus erythematosus (SLE). The patient has the powdered symptom of SLE skin manifestations without pathognomonic rash on the face with the butterfly shape, but visceral manifestations were more significant: the development of lupus nephritis and the appointment of steroid therapy has led to the manifestation of hypertension. Modern methods of molecular diagnostics of this pathology are considered.

Key words: systemic lupus erythematosus, lupus-nephritis, arterial hypertension, diagnostics.