

В данной работе освещены результаты патоморфологического исследования пораженной кожи, описано состояние микроциркуляции и системы гемостаза у больных с псориазом, позволяющие изучить подробнее некоторые аспекты патогенеза данного дерматоза.

INVESTIGATIONS OF SOME ETIOPATOGENESIS ASPECTS OF PSORIASIS

I.Voznyak

The review presents data on pathomorphological investigations of the skin, changes of microcirculation and haemostasis of the psoriasis, the article gives us the possibility to study the pathogenesis of this dermatosis more precisely.

УДК 145-96:3

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ВОЛОССЯ ПРИ АЛОПЕЦІЇ

І.Д.Бабак, М.Є.Гермінська*, І.О.Чаплик-Чижо

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Комунальна 5-міська клінічна поліклініка м. Львова**

Ключові слова: алопеція, ультраструктурно-мікроелементні зміни волосся.

Актуальність теми. Хворі на алопецію становлять 3-8% пацієнтів дерматологічних клінік [6, 7]. Ця група захворювань приносить найбільшу моральну травму для хворих з огляду косметичних недоліків. На сьогоднішній день спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів з захворюваннями волосистої частини голови, появились чисельні скарги на інтоксикаційні алопеції [1, 9]. Більшість лікарів недостатньо добре орієнтуються у захворюваннях волосся, не зовсім уявляють причини його випадання.

Появі алопеції сприяють хімічні фактори, екзогенні та ендогенні стимули [3, 6], в тому лікарські речовини, есенціальні та токсичні мікроелементи [1, 5, 8]. До пригнічення мітотичної активності в сосочку волосяного фолікула та потовщення стрижня волосини ведуть цитотоксичні препарати [2, 4, 9]. Антикоагулянти викликають дифузну алопецію приблизно в 50% хворих [7]. Препарати, які знижують вміст у крові холестерин, викликають сухість шкіри та волосся, посвітління і порідіння

останнього [8]. При гіпервітамінозі А може виникати генералізоване випадання волосся [7, 8]. Зміни структури волосся виникають при дефіциті цинку та міді. Випадання волосся спостерігається при отруєннях талієм, ртуттю, барієм, вісмутом [1, 2]. З ендогенних стимулів появі алопеції сприяють ендокринопатії, наявність вогнищ хронічної інфекції, фокальна інфекція в області голови, спадковість, стресові ситуації та нервово-трофічні розлади, вплив метаболічних факторів [1, 6, 7, 8].

Мета дослідження – при комплексному обстеженні вивчити зміни структури та простежити за станом мікро- та макроелементного складу волосся хворих на алопецію у Львівській області. Таке дослідження необхідне, оскільки волосся є своєрідним індикатором при різних інтоксикаціях і об'єктом для своєчасної, не інвазійної діагностики.

Матеріал і методи дослідження. Протягом 2011-2012 рр. нами було амбулаторно обстежено 32 пацієнти з проблемою випадіння волосся у Львівській області та 13 практично здорових осіб (контрольна група) з використанням комплексу різних методик, які включали звичайну

повздожню та поперечну світлооптичну мікроскопії, растрову електронну мікроскопію (РЕМ) та спектрографічне дослідження для визначення мікроелементного (МЕ) складу волосся [2, 4, 5]. Лабораторне-інструментальне дослідження включало визначення усім обстеженим: загального та біохімічного аналізів крові, антитіл IgG до гелмінтів, аналіз на дисбактеріоз кишківника, УЗД внутрішніх органів. Окрім цього, всі обстежені були проконсультовані в ендокринолога, стоматолога, отоларинголога, невропатолога та гастроентероло-

га. Поздовжня світлооптична мікроскопія та світлооптична мікроскопія поперечних зрізів, макро- та мікроскопічне дослідження волосся проводилось з допомогою мікроскопа МБІ-3 із бінокулярною насадкою АУ-12 (збільшення 600). РЕМ волосся здійснювалось на растровому електронному мікроскопі „ТЕСЛА ВС-300”(Чехія). Вивчення МЕ складу волосся досліджувались з допомогою кількісного та якісного емісійного спектрального аналізу, який проводився на спектрографі СТЕ-1 та ІСП-51.

Таблиця 1

Мікроелементи волосся /МКГ/Г/ хворих на різні форми алопеції у Львівській області

Група обстежених	МЕ волосся із крайовою алопецією	МЕ волосся із вогнищевою алопецією	МЕ волосся із дифузною алопецією	Контроль
Елементи	X +/- m	X +/- m	X +/- m	X +/- m
Натрій	330.9 +/- 169.5	389.0 +/- 236.8	42.0 +/- 15.11	87.8 +/- 66.9
Магній	54.3 +/- 21.7	59.4 +/- 21.01**	23.4 +/- 12.13	6.59 +/- 6.36
Алюміній	27.7 +/- 9.51**	25.5 +/- 6.47**	8.3 +/- 2.93**	1.39 +/- 0.738
Кремній	37.2 +/- 16.74*	14.0 +/- 2.76**	10.4 +/- 3.72*	2.96 +/- 2.91
Кальцій	210.0 +/- 63.92	92.3 +/- 30.64	114.0 +/- 81.25	114.0 +/- 124.0
Титан	8.69 +/- 2.98	6.98 +/- 1.61*	6.43 +/- 2.06	3.11 +/- 2.76
Ванадій	0.603 +/- 0.16**	0.408 +/- 0.13**	0.17 +/- 0.15	0.012 +/- 0.015
Хром	1.29 +/- 0.67	0.645 +/- 0.24	0.408 +/- 0.22	0.204 +/- 0.148
Марганець	2.99 +/- 0.96**	2.81 +/- 0.94**	0.727 +/- 0.26**	0.077 +/- 0.065
Залізо	9.42 +/- 2.86**	16.6 +/- 7.0**	5.29 +/- 1.97*	0.774 +/- 0.367
Нікель	1.43 +/- 0.65*	0.609 +/- 0.14**	0.32 +/- 0.17	0.77 +/- 0.028
Мідь	6.98 +/- 4.16	4.37 +/- 1.3**	1.31 +/- 0.31**	0.213 +/- 0.097
Цинк	63.0 +/- 12.07**	53.8 +/- 13.4	45.4 +/- 18.02	29.9 +/- 16.2
Стронцій	12.5 +/- 5.92	6.59 +/- 1.43	3.1 +/- 2.36	7.91 +/- 11.5
Срібло	0.484 +/- 0.19*	0.59 +/- 0.19**	0.38 +/- 0.17	0.10 +/- 0.051
Олово	1.1 +/- 0.45**	0.554 +/- 0.47	0.137 +/- 0.085	0.035 +/- 0.055
Барій	7.25 +/- 2.22**	6.0 +/- 1.47**	2.71 +/- 1.11	1.14 +/- 0.531
Лантан	24.3 +/- 0.96*	2.36 +/- 1.12	3.93 +/- 1.99	0.362 +/- 0.443
Свинець	1.83 +/- 0.66**	1.61 +/- 0.78*	0.54 +/- 0.20**	0.043 +/- 0.027
Вісмут	0.179 +/- 0.08	1.04 +/- 0.58	0.196 +/- 0.13	0.256 +/- 0.412

Примітка: * - $p < 0.1$ у порівнянні з контролем; ** - $p < 0.05$ у порівнянні з контролем

Результати та їх обговорення. Серед обстежених хворих було виявлено випадання волосся у 9 жінок по типу Людвіг І-ІІ (4 особи – з ІІ стадією захворювання, 5 - з першою) та 23 чоловіки по типу Гамільтон ІІ-ІІІ з переважаючою помірною втратою волосся. Серед оглянутих пацієнтів в

анамнезі в основному переважало поєднання 3-4 супутніх захворювань різної етіології. При крайовій та вогнищевій формах алопеції головними ендогенними стимулами були патологія ротової порожнини 19 випадків, щитоподібної залози - 14, кишківника – 10. При дифузному облісінні зу-

стрічалися захворювання щитоподібної залози у 5 випадках, патологія нирок і ротової порожнини – по 2, гельмінтози – у 4-х осіб.

При дослідженні волосся за допомогою поздовжньої світлооптичної мікроскопії було виявлено наступні структурні зміни волосся: корені мали форму гачка з обривками структурних оболонок або без них, у яких вкраплення чорного кольору займали 1/3 його довжини. В інших волосинах цибулина була конусоподібною або мала форму заокругленого спису з залишками оболонок або без них. Дослідженням волосся методом світлооптичної мікроскопії поперечних зрізів було встановлено, що вони круглої або овальної форми. Пігмент у кірковій речовині групується навколо серцевини або дифузно. Кутикула – у вигляді сірої обвідки.

При РЕМ виявилось декілька варіантів будови кореня: а) із залишками корневих оболонок; б) гладкі рівні, атрофічні, без корневих оболонок; в) з корневими оболонками. У структурі стрижня виявлено такі варіанти: нерівні стрижні – з виступами та заглибинами, відсутність черепицеподібного малюнку.

Список літератури

1. Авцын А.П. Недостаточность эссенциальных микроэлементов и ее проявление в патологии // Арх. Патологии. – 1990. – Т. 52, Вып. 3. - С. 3-8.
2. Андреева В.Н., Захаров Л.С. Усовершенствование методики подготовки проб волос для определения микроколичеств цинка // Основные вопросы патогенеза и терапии кожных болезней. – Л.: Медицина, 1981. – С. 33-36.
3. Дмитриев М.П., Растяльников Е.Г., Мальникова А.Г. Хромато-масспектрометрическая диагностика состояния волос // Вестн. дерматологии и венерологии. - 1987. - № 9. - С. 16-19.
4. Жук Л.И., Осинская Н.С., Кутякова Т.Ю. Применение нейтронно-активационного метода для анализа волос // Лаб. Дело. – 1987. - № 1. – С. 53-55.
5. Жукова И.К., Авербах Е.В. Психоэмоциональные нарушения и изменения структуры личности у больных очаговой алопецией // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1991. - № 2. – С. 26-29.
6. Калюжная Л.Д. Болезни волос. – К.: Здоровье, 1991. – 93 с.
7. Рук А., Даубер Р. Болезни волос и волосистой части головы. – М.: Медицина, 1985, - С. 528.
8. Hamm H., Klemmer S., Kreuzer I. HLA-DR and HLA-DQ antigen expression of anadem and telogen hair in long-standing alopecia areata // Arch. Dermatol. Res. - 1988. – 280, № 3. - P. 179-181.
9. Sharma V. K., Kumar Bh., Kaur S. Alopecia areata – a clinical study of 250 patients // Iol. J. Dermatol. Venerol. – 1988. – 54, № 3. – P. 132-136.

Характеризуючи кількісні показники ми встановили різницю між складом МЕ волосся дорослих, хворих різними формами алопеції та нормою. Статистично вірогідним при крайовій алопеції є збільшення: алюмінію, кремнію, ванадію, марганцю, заліза, нікелю, цинку, срібла, олова, барію, лантану, свинцю, а при вогнищевій – магнію, алюмінію, кремнію, титану, ванадію, марганцю, заліза, нікелю, міді, срібла, барію, свинцю, а при дифузній – алюмінію, кремнію, марганцю, заліза, міді, свинцю (табл. 1).

Зміни структурного складу волосся обстежених хворих вказують на атрофічний характер алопеції та на доцільність проведення таким пацієнтам відповідної патогенетичної терапії.

Висновок. Отже, проблема випадіння волосся за останні роки набула значної соціально-медичної уваги. Виявлений спектр супутньої патології та зміни структурного та мікроелементного складу волосся в обстежених хворих вказують на необхідність та доцільність проведення таким пацієнтам відповідної патогенетичної терапії.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ВОЛОС ПРИ АЛОПЕЦИИ

И.Д.Бабак, М.Е.Герминская, И.О.Чаплык-Чижо

В работе выдвинута проблема выпадения волос. В результате обследования авторами 32 больных алопецией обнаружены изменения ультраструктурного, микроэлементного состава волос. Кроме этого, подтверждено прямое или косвенное влияние патологии внутренних органов в обследуемых больных на рост и состояние волос.

FEATURES OF CHANGES IN HAIR ALOPECIA

I.Babak, M.Germinska, I.Chaplyk-Chygo, I.Kulyk

The problem of shedding hair was raised in the work. Following the results of examination of 32 patients with alopecia conducted by the authors the variations in the ultrastructural and microelemental hair composition were revealed. Besides, there was confirmed direct or indirect impact of internal pathology on the growth and state of hair with the examined patients.

УДК 616.514-085

**КЛАСИФІКАЦІЙНІ ТА КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗАСАДИ КРОПИВ'ЯНКИ
(огляд літератури)**

Т.І. Рудник, О.С. Свирид

*Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького,
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Києва*

Мультифакторність розвитку кропив'янки пояснює складність її класифікації. До теперішнього часу не існує єдиної загальновизнаної систематизації, оскільки всі наявні представляють собою громіздкі схеми, котрі недосить зручні у практичному застосуванні. У запропонованих класифікаціях кропив'янку поділяють: в залежності від тривалості перебігу патологічного процесу - на гостру та хронічну; за етіологічними ознаками - фізичну (кропив'янка, викликана тиском, вібраційну, сонячну, холінергічну, теплову, холодovou), дермографічну, спадковий вібраційний набряк, пігментну, медикаментозну, інші види (папульозну, інфекційну, васкуліт, паранеопластичну, психогенну, ендокринну, ідіопатичну та інш.). Ідентифікують також

спадкові форми дерматозу: спадковий ангіоневротичний набряк, порушення метаболізму протопорфірину, синдром Шницлера (кропив'янка, амілоїдоз, глухота), спадкова холодова кропив'янка, дефіцит С₃ в інактиваторах [1, 2]. Іноді в клінічній практиці використовують патогенетичний принцип класифікації кропив'янки, згідно з яким виділяють: імунологічну, алергічну, анафілактоїдну, псевдоалергічну форми захворювання. Крім того, слід враховувати, що існують дерматози, одним з клінічних проявів яких виступають уртикарні ефлоресценції [3, 4, 5].

Згідно інструктивно-методичним стандартам [6] до гострої форми відносять кропив'янку та ангіоневротичний набряк, які тривають не більше 6 тижнів. Якщо пе-