

ing therapy. An algorithm of investigation over the patients with psoriasis is suggested, which includes definition of the complex the following general and biochemical parameters: the level of ESR, the degree of C-reactive protein manifest, the presence of rheumatoid factor, total protein content, correlation between albumin and globulin fractions, the data of thymol test, the level of activity of AST and ALT, triglycerides, β -lipoprotein, seromucoid content data, concentration degrees of urea and blood serum bilirubin data. It is shown that the degree of violation of corresponding parameters in patients with psoriasis may serve the additional diagnostic and prognostic criterion for subsequent clinical course activity of cutaneous and articular syndromes of psoriatic disease, which should be taken into consideration when developing the tactics for complex pathogenetic therapy aimed at their correction. An approximate schematic model of the pathogenesis of psoriasis as a systematic disease is proposed, based on the settled breach of a number of general and biochemical parameters in the patients' bodies as well as the correlation between these changes and skin and articular psoriatic process activity. Thus, HRP is a genetically caused disorder of connective tissue, the occurrence or exacerbation of which depends on a number of provoking factors, including concomitant pathology.

УДК 616.599-002-022.7-036-008.9-02

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ НЕУТОЧНЕНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ – БАКТЕРІАЛЬНОГО ЦЕЛЮЛІТУ, ІНФЕКЦІЙНОЇ ЕКЗЕМИ ТА БЕШИХИ

Ж.В.Корольова, Х.О.Корольова

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ*

Ключові слова: неуточнена інфекція підшкірної клітковини - бактеріальний целюліт, інфекційна екзема, бешиха, диференційна діагностика.

Актуальність теми. Неуточнена інфекція підшкірної клітковини - бактеріальний целюліт – це розповсюджене інфекційне запалення шкіри та підшкірної клітковини. Бактеріальний целюліт - гостре дифузне запалення м'яких тканин, яке характеризується гіперемією та набряком без нагноєння та некрозу. Частіше всього уражується шкіра та підшкірна клітковина, також в патологічний процес можуть бути задіяні більш глибокі структури [2]. За даними автора [1] бешиха є характерною формою поверхневого целюліту шкіри з ураженням лімфатичної тканини. Neil H.C. та співавтори відмічають, що Streptococcal cellulitis або бешиха (erysipelas) гомілок -

це інфекційно-запальний процес глибоких шарів шкіри, що характеризується всіма ознаками запалення [5]. Tomas P.Nabif та співавтори пишуть, що целюліт являє собою інфекційне захворювання дерми та підшкірної клітковини, яке характеризується підвищенням температури тіла, еритемою, набряком та біллю [6].

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилися 120 хворих на неуточнену інфекцію підшкірної клітковини - бактеріальний целюліт (НПК – БЦ), інфекційну (мікробну) екзему та бешиху. Зі 120 пацієнтів всі були жінки. З НПК – БЦ було 28 хворих, з інфекційною екземою – 81, бешихою -11. Вік хворих від 24 до 84 років.

Результати та їх обговорення. Ми проаналізували клінічну картину хворих на неуточнену інфекцію підшкірної кліт-

ковини - бактеріальний целюліт, на інфекційну (мікробну) екзему та бешиху.

Мікробна екзема характеризується: асиметричністю та чіткими контурами вогнищ; відшаруванням по краю вогнищ епідермісу у вигляді бордюру. Розвивається вона навколо виразок, ран, норичь, піодермічних процесів, по периферії часто наявні пустули. При загостреннях розвиваються еритемно-сквамозні алергиди на віддалених ділянках (обличчя, кінцівки).

Варикозна екзема виникає в результаті порушення мікроциркуляції, трофіки, сенсibiliзації до мікробної флори і до ліків, які застосовують для тривалого лікування варикозних виразок. При загостренні виразок чи оперативному лікуванні варикозних вен має тенденцію до самовилікування. Паратравматична екзема формується навколо ран, опіків, норичь. Може тривалий час зберігатись і після загоєння цих основних патологічних вогнищ. Мікотична екзема виникає на ділянках, уражених дріжджовими грибами, дерматофітами, внаслідок сенсibiliзації до них. При раціональній антимікотичній терапії має тенденцію до регресування. Розрізняють такі стадії розвитку екзематозного процесу: еритемна; папульозна; везикульозна; мокнення; кірочкова; сквамозна; імпетигозна; стадія ліхеніфікації. Екзематозний процес розвивається не завжди в зазначеній послідовності, одна стадія може переходити в іншу, оминаючи попередні і на одній ділянці шкіри можуть одночасно існувати різні стадії. Але для всіх форм екземи характерно, що на тлі еритеми виникають ексудативні папули, мікроевезикули, що розміщуються під роговим шаром епідермісу і тому швидко руйнуються, особливо під впливом розчухів, утворюючи мікроерозії (точкові ерозії), на поверхні яких виступають крапельки серозного ексудату, наче роса (серозні або екзематозні колодязі). Це явище точкового мокнення дуже характерне для екзематозного процесу. Згодом ексудат засихає, утворюючи кірочки, при відпаданні яких залишається лущення. Якщо ж у стадії везикуляції приєднується піококова інфекція, то згодом кірочки стають грубими, масивними і нага-

дують імпетиго. Отже, в екзематозних вогнищах спостерігають строкатість висипки (справжній і несправжній, еволюційний, поліморфізм). Тобто одночасно існують різні первинні і вторинні елементи (плями, папули, везикули, пустули, ерозії, кірочки, лусочки, розчухи). Характерним вважають чергування уражених і неуражених ділянок шкіри («архіпелаг островів»). Висипка супроводжується вираженим свербіжем. При зтяжньому перебігу шкіра потовщується, інфільтрується, посилюється її малюнок, розвивається ліхеніфікація, яка характерна для хронічного перебігу процесу. Отже, можна виділити характерні особливості екземи: мікроевезикуляція, явища точкового мокнення, серозні або екзематозні колодязі, справжній і несправжній поліморфізм, чергування уражених і неуражених ділянок шкіри («архіпелаг островів»), схильність до дисемінації, рецидивів, свербіж [3]. Початок мікробної екземи з почервоніння шкіри та виникнення везикул та пустул, на яких формуються кірки. Висипка зливається між собою та утворює пляшки з різко обмеженими краями характерними для захворювання, з нашаруваннями імпетигозних кірок, з ексудатом. Навколо вогнища ураження – відсіви пустул. Ріст пляшок периферійний, кількість їх звичайно обмежена.

При бешисі через 1-2 доби від початку хвороби, частіше на обличчі, нижніх кінцівках виникає еритема яскраво-червоного кольору з чіткими але нерівними межами у вигляді «язиків полум'я» і запальним валиком по периферії, швидко поширюється, вогнище інфільтроване, напружене, гаряче на дотик, болюче при натискуванні, набряк поширюється за межі еритеми, можливі варіанти у вигляді еритемно-бульозних, еритемно-геморагічних, бульозно-геморагічних і некротичних форм. Збудником захворювання є гемолітичний стрептокок, рідше стафілокок. Інкубаційний період триває від кількох годин до 3-х діб. Захворювання частіше за все починається гостро. Підвищується температура тіла до 40 градусів за Цельсієм, з'являється лихоманка, нездужання, головний біль, блювота. Лімфатичні вузли збі-

льшені, болючі при пальпації. У теперішній час бешиха має в'ялий перебіг, без яскравого почервоніння, набряку, межі вогнища запалення не завжди чітко позначені, загальний стан погіршується не значно, температура тіла підвищується до 37,8 та зрідка вище 38 градусів за Цельсієм. Бешиха може бути первинною та рецидивуючою. На місці запалення у подальшому з'являється лущення шкіри. Місцеві зміни можуть тривати від 5 до 15 діб; тривало може зберігатися невеликий набряк та піг-

ментація шкіри. Рецидиви бешихи можуть виникнути в період від декількох діб до 2-х років після перенесеного захворювання. При більш пізній появі бешихи (більше ніж через 2 роки) говорять про повторну бешиху. Зазвичай вона локалізується на новій ділянці шкіри. Остаточне явище після бешихи - лімфостаз. При постійних рецидивах лихоманка та симптоми інтоксикації виражені слабо. При дослідженні крові відмічається невеликий лейкоцитоз, нейтрофілоз, підвищення ШОЕ [4].

Диференційна діагностика неуточненої інфекції підшкірної клітковини – бактеріального целюліту, інфекційної екземи, бешихи

Клінічні прояви захворювання	Клінічні нозології		
	НПК – БЦ	бешиха	інфекційна екзема
1. Початок захворювання	поступово протягом року	гостро та швидко – години	поступово протягом тижня
2. Явища інтоксикації	немає	підвищення температури тіла, лихоманка, блювота, головний біль, нездужання	немає
3. Суб'єктивні відчуття	відчуття стягнення шкіри та ниюча болючість	біль при натисканні	свербіж
4. Клінічна картина	інфільтровані великі еритеми (бляшки) з нечіткою конфігурацією	яскраво-червона еритема з чіткими, нерівними краями у вигляді «язиків полум'я», запальний валик по периферії, набряк поширюється за межі еритеми	мікроевезикуляція, точкове мокнуття, серозні (екзематозні колодязі); справжній поліморфізм; чергування уражених і неуражених ділянок шкіри («архіпелаг островів»)
5. Схильність до дисемінації	немає	частково	є
6. Віддалені прояви	утворення мікро- та макровузлів «шкірка помаранча»	лімфостаз	ліхеніфікація
7. Збудник захворювання	переважно стафілокок	переважно стрептокок	різнококова флора
8. Лабораторні дані ШЗЕ, лейкоцити	без змін	підвищення ШЗЕ, лейкоцитоз	без змін

Отже, можна виділити характерні особливості бешихи: явища інтоксикації, при дослідженні крові - лейкоцитоз, нейтрофілоз, підвищення ШОЕ; збудником частіше є гемолітичний стрептокок, еритема яскраво-червоного кольору з чіткими але нерівними межами у вигляді «язиків

полум'я» і запальним валиком по периферії, яка швидко поширюється. Демаркація червоної зони ураження від неуразеної шкіри більш чітка. Лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації, остаточне явище після бешихи - лімфостаз. Тривало зберігається невеликий набряк та пігмен-

тація шкіри. Клінічна характеристика хворих на НПК – БЦ складалася з аналізу суб'єктивних відчуттів хворих та основних клінічних проявів захворювання. При опитуванні хворих на НПК – БЦ жінки найчастіше скаржились на відчуття печіння в зоні ураження на гомілках, стягнення шкіри та біль. Ні одна пацієнтка не скаржилась на свербіж. Найважливішими клінічними проявами при НПК – БЦ вважаються: розвиток еритеми, набряк та «шкірка помаранча», запальна висипка: папули, пустули, везикули. При дослідженні крові не відмічалось у наших хворих жінок з НПК – БЦ лейкоцитозу, нейтрофіліозу або підвищення ШОЕ як у хворих на бешиху. Всі показники були у межах норми. Погіршення загального стану у хворих з НПК – БЦ такі як лихоманка, озноб, тахікардія, гіпотензія у наших хворих не виявлено.

Висновки. Для клінічної картини НПК – БЦ характерні крупні бляшки округлої конфігурації, нечітко обмежені. Поверхня бляшок гаряча на дотик, зовнішньо нагадує шкірку помаранча. Шкіра у вогнищі гіперемована, з набряком, напружена, інфільтрована. Іноді на цьому тлі виникають везикули та пухирі, розкрив

яких призводить до утворення ерозій, виразок (виразки спостерігались дуже рідко, у декількох хворих). У хворих при тривалості захворювання більше 2-х років головними симптомами були: гіперемія, набряк, «шкірка помаранча». Таким чином, можна зробити висновки, що на НПК – БЦ хворіють жінки, середній вік яких 60-75 років. У пацієнок з давністю захворювання більше 2-х років патологічний процес ставав симетричним. Найбільш часто перші випадки хвороби у пацієнтів з НПК – БЦ розпочиналися у віці від 51 до 80 років.

Аналізуючи особливості супутньої патології, була визначена висока питома вага патології органів травлення, варикозне розширення вен. У хворих з НПК – БЦ спектр бактеріальної мікрофлори представлений в основному коковими формами (71,42%), в першу чергу стафілококами (57,14%). Погіршення загального стану наші хворі не відмічали, з суб'єктивних даних були печія в зоні ураження, відчуття стягнення шкіри та біль. При дослідженні крові не відмічалось зсуву лейкоцитарної формули вліво, нейтрофіліозу або підвищення ШОЕ.

Список літератури

1. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний / Под ред. А.Д.Кацамба. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 432-433.
2. Потекаев Н.С., Курдина М.И., Ястребова Р.И., Колмогорова И.В., Семенова В.Б., Силаева А.И. К клинике и терапии целлюлита // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000. - № 5. - С.15-17.
3. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом: Підручник. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 508 с.
4. Справочник практического врача / Под ред. А.И.Воробьева. – 2-е изд., стереотипное. - М.: Медицина, 1983. – 656 с.
5. Neil H.C. Streptococcal cellulitie/erysipelas of the lower leg // Evidence-Based Dermatology. - 2008. - P. 406-417.
6. Thomas P Habif. Skin Disease. Diagnosis and Treatment. - 2005. - P. 142-145.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО–ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕУТОЧНЁННОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ – БАКТЕРИАЛЬНОГО ЦЕЛЛЮЛИТА, ИНФЕКЦИОННОЙ ЭКЗЕМЫ, РОЖИ

Ж.В.Королёва, Х.А.Королёва

Сделан анализ клинической картины у больных женщин с неуточнённой инфекцией подкожно-жировой клетчатки - бактериальным целлюлитом, инфекционной экземой, рожей.

**DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC CRITERIA
UNSPECIFIED INFECTION SUBCUTANEOUS FAT –
BACTERIAL CELLULITIS, INFECTION ECZEMA, ERYSIPELAS**

Zh.V.Korolova, Kh.A.Korolova

An analysis of the clinical picture in female patients with an unspecified infection of subcutaneous fat (bacterial cellulitis), infection eczema, erysipelas.

УДК 616.5-02:(616.16+616-005.2)

ВИВЧЕННЯ ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ПСОРИАЗУ

І.Я.Возняк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Ключові слова: псоріаз, патоморфологія, мікроциркуляція, гемостаз.

Актуальність теми. Незважаючи на чисельність досліджень і різноманітність сучасних лікарських засобів, кількість пацієнтів зі шкірною патологією нестримно росте. Серед них найрозповсюдженішим захворюванням, з яким пацієнти звертаються до дерматолога, як і багато років тому, залишається псоріаз [4, 5, 9]. На псоріаз за даними деяких авторів страждає від 2 до 10% популяції, за даними ВООЗ - близько 200 млн. чоловік, а серед пацієнтів, що знаходяться на стаціонарному лікуванні – 6,5-22% [8, 13]. Значне поширення дерматозу серед населення, хронічний і часто рецидивуючий перебіг хвороби, невіршеність багатьох моментів етіопатогенезу, недосконалість методів лікування - все це вимагає віднести проблему псоріазу до найбільш важливих медико-соціальних і економічних проблем охорони здоров'я сьогодення [7, 10, 11, 14].

На наш думку, не існує ні одного дерматозу, аспекти етіопатогенезу та методи лікування якого вивчалися б на стільки ґрунтовно та активно, як проблемні питання псоріазу. Нормальне функціонування тканин людського організму залежить від регулярної доставки кисню кровенос-

ними судинами та вивільнення їх від метаболітів [2, 3, 6, 8]. Саме на даному рівні можуть відбуватися патологічні зміни мікроциркуляції, які у поєднанні із порушеннями з боку чинників згортальної та противгортальної систем крові з вираженою схильністю до гіперкоагуляції являються важливими патогенетичними факторами у розвитку псоріазу [1, 2, 7, 12]. Структурні зміни мікроциркуляторного русла, реологічні відхилення, біохімічний дисбаланс створюють благоприємний фон для активації згортання крові з паралельним включенням механізмів антагоністичної дії [12, 14]. Згідно даних літератури відомо [1, 2], що вміст вільного гепарину у крові пацієнтів із псоріазом зменшений практично у два рази у порівнянні із здоровими людьми, що свідчить про безпосередню участь цієї біологічно активної речовини в патогенезі хвороби.

Мета дослідження – вивчення стану мікроциркуляторного русла та системи згортання крові з подальшим аналізом отриманих даних можуть стати корисними в оптимізації схем терапії хворих псоріазі.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження патоморфологічної картини ураженої шкіри у хворих на псоріаз здійснювалась методом «punch»-біопсії. Забір крові для гемостазіологічних досліджень у