

## INTERLEUKIN 17 IN PATHOGENESIS OF ALOPECIA AREATA

I.M.Serbina

Data from a study confirming the participation of IL-17 in immune mechanisms of formation of alopecia areata is presented. Most significant disturbances of studied indexes were registered for patients who had signs of activity dermatosis. IL-17 concentration in the serum was significantly decreased with increasing duration of the disease. The role of Th-17 as a key element in the pro-inflammatory response in addition to the Th-1 subpopulation, which leads to the breakdown of immune tolerance mechanisms of the hair follicle at the alopecia areata, is discussed.

УДК 616.31+617.57/58]+616.527.-022.6-035.7-079

## ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ СЛИЗИСТОЙ РТА И КОНЕЧНОСТЕЙ

М.Э.Баринова, И.П.Иванова, К.В.Федченко

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Ключевые слова:** вирусная пузырчатка, энтеровирусы, дифференциальная диагностика

**Актуальность темы.** Пузырчатка слизистой полости рта и конечностей (ПСРК), или, так называемая в иностранных источниках НФМК (hand-foot-and-mouth-disease)- является заболеванием вирусной этиологии, распространена во всех странах мира, пик заболеваемости приходится на конец лета - начало осени [1, 2, 8, 10]. Как правило, наблюдается у детей в возрасте до 10 лет, у взрослых редко и течение заболевания не тяжелое. Возбудитель данного заболевания – энтеровирус (чаще, вирус Коксаки 16, либо энтеровирус 71). Передается воздушно-капельным либо фекально-оральным путем. Инкубационный период в среднем 3 - 6 дней [4,7]. Клинически: после непродолжительного продромального периода (24 часа) появляются типичные симптомы вирусной инфекции, со слабостью, повышенной температурой, снижением аппетита, могут быть боли в животе, появляются болезненные

высыпания на слизистой рта, ладонно-подошвенных поверхностях. Несмотря на характерную локализацию сыпи, иногда мы отмечаем появление элементов в области ягодиц, гениталий, кожи лица. При осмотре слизистой рта поражение наблюдается на твердом небе, слизистой щек, десен и даже на языке. Типичной является не только локализация, но и морфология сыпи, вначале появляются ярко-красные папулы небольших размеров (2-10 мм в диаметре), в центре которых появляется везикула овальной или эллиптической формы (2-5 мм), быстро вскрывается, процесс сопровождается значительной болезненностью. В большинстве случаев увеличиваются шейные и подчелюстные лимфатические узлы. Высыпания могут быть единичными и множественными, регрессируют в течение 7-10 дней [1,8,9]. Лабораторные исследования обычно не проводятся, но в спорных случаях можно прибегнуть к методу ПЦР – диагностики для выявления серотипов вирусов [3, 5, 6]. Дифференциальная диагностика ПСРК в некоторых случаях может вызвать затруд-

нения, учитывая первичную обращаемость пациентов к педиатрам, семейным врачам, стоматологам, инфекционистам. Поэтому, вопросы клинической диагностики данного заболевания требуют пристального внимания специалистов различных специальностей.

**Цель.** Изучение и рассмотрение случаев ПСРК с учетом возможных диагностических ошибок.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 2 до 10 лет, среди которых было 18 (56%) девочек и 14 (44%) мальчиков. Следует отметить, что первичная обращаемость к дерматологу была лишь у 6 (19%) детей, остальные пациенты (81%) после консультаций других специалистов направлялись с диагнозами - стрептодермия, распространенная герпетическая инфекция, стоматит, аллергический дерматит, грибковая инфекция и другими. При осмотре у 75% детей наблюдалось поражение кожи и слизистых, у 25% регистрировалось изолированное поражение только слизистой ротовой полости. Тщательно собранный анамнез, эпидемиологические данные, типичная клиника, использование дифференциальной и, в некоторых случаях, лабораторной диагностики помогли в установке окончательного диагноза.

**Результаты.** Наиболее часто ПСРК мы дифференцируем с герпетической ангиной, ветряной оспой, афтозным стоматитом, токсикодермией. При изолированном поражении слизистой рта, в первую очередь, дифференцируем с герпетическим гингивостоматитом, который проявляется в виде язв в ротовой полости, всегда без поражения кожи. Возраст пациентов чаще до 3 лет, возникает заболевание при первичном контакте с вирусом простого герпеса (ВПГ 1), при котором появляется большое количество болезненных пузырьков, эрозий, расположенных группами (герпетиформно), может быть беловатый налет с неприятным запахом. Дети раздраженные, отказываются от приема пищи и жидкости (необходима регидратация пациентов). Так же, нередко дифференцируем ПСРК с афтозным стоматитом. Афтоз-

ный стоматит – воспалительный процесс слизистой рта, сопровождающийся нарушением поверхностного слоя с образованием афт (эрозий). Процесс протекает с выраженной резкой болезненностью, жжением, особенно во время еды, увеличением лимфоузлов, иногда с повышением температуры. Афты заживают бесследно через 7-10 дней. При ослаблении иммунитета и наличии сопутствующих заболеваний афтозный стоматит может протекать с рецидивами. Так же, при поражении слизистой необходимо дифференцировать с герпангиной (болезнь Загорского). Возраст, в котором проявляется заболевание, совпадает с таковым при пузырчатке, возбудителем так же энтеровирусы - вирус Коксаки (А8,10,16). Начало острое, с лихорадкой, болями в горле, животе. Поражаются миндалины, язычок, мягкое небо, реже - язык и слизистая щек. Высыпания в виде папуловезикул, желтоватого цвета, 1-2 мм в диаметре, окруженные эритематозным венчиком, сопровождающиеся образованием эрозий. Наблюдается сильная болезненность при глотании, гиперсаливация, лимфаденит. При изолированном поражении кожи, дифференцируем с ветряной оспой (при отсутствии в анамнезе), для которой характерно диссеминированное поражение всего кожного покрова. Токсикодермия, везикулезная форма, редко встречаемое заболевание, характеризуется появлением везикул на ладонно-подошвенных поверхностях изолированно, либо в сочетании с поражением других участков кожи, всегда возникает в связи с приемом лекарственного препарата (реже- алиментарный фактор), хорошо поддается лечению антигистаминными препаратами, быстро регрессирует при устранении алергизирующего фактора. Многоформная экссудативная эритема так же может дифференцироваться с ПСРК, но чаще у взрослых. Начало острое, поражаются как кожа, так и слизистые, преимущественная локализация ладонно-подошвенные поверхности и ротовая полость. Появляется ярко-розовая эритема, в центре которой мишеневидные папулы с разрешением в центре, формируются очаги в виде радужки («симптом

бычьего глаза»), могут появляться везикулы и пузыри. Простой герпес, кроме излюбленной локализации на слизистой рта и гениталий, может проявиться на любом участке кожного покрова, например, на коже пальцев. Высыпания болезненные, сгруппированно расположенные, везикулы с плотной крышкой, в очаге поражения отечность, гиперемия. Синдром Джанотти-Крости включен в план дифференциальной диагностики у детей по следующим симптомам: появление высыпаний на дистальных участках кистей и стоп, однако, могут появляться на щеках, в складках. Синдром является ответной реакцией кожи на вирусные или бактериальные агенты, вакци-

нацию. Первоначально появляются ярко-красные лихеноидные папулы, иногда появляются везикулы, сопровождающиеся зудом, может присутствовать геморрагический компонент, ладонно-подошвенные поверхности поражаются редко. Высыпания появляются в течение нескольких дней и регрессируют в течение 2-8 недель.

**Выводы.** ПСРК является распространенным заболеванием детского возраста, несмотря на симптоматическое лечение и редкие осложнения, требует правильно установленного диагноза в целях профилактики распространения. Информация может быть полезной врачам общего профиля и узким специалистам.

### Список литературы

1. Атлас по дерматологии/М. Рекен, М. Шаллер, Э. Заттлер, В. Бургдорф; пер. с нем.- М.: Медпресс - информ, 2012.-408 с.: ил.
2. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник/ Кей Шу-Мей Кэйн [и др.]; пер. с англ. Под ред. О.Л. Иванова, А.Н. Львова. - М.: Издательство Панфилова; Бином. Лаборатория знаний, 2011.- 496с.: ил.
3. Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/ под ред. Ф.Д. Камбаса, Т.М. Лотти; пер. с англ.- М.: Медпресс-информ, 2008.-736 с.: ил.
4. Родионов А.Н. Кожные и венерические заболевания. Полное руководство для врачей/А.Н. Родионов. – Спб: Наука и техника, 2012.- 1200с.+DVD
5. Рубинс А. Дерматовенерология./ А. Рубинс. Под редакцией А.А. Кубановой.- М.: Издательство Панфилова, 2011.-368 с.: ил.
6. Усатине Ричард П. Атлас – справочник практикующего врача / Р. П. Усатине.- Москва: Бином, 2012.-523с.: ил.
7. Хегер Петер Г. Дифференциальная диагностика и лечение у детей и подростков/ П.Г.Хегер.- Москва: Бином, 2013.-634с.: ил.
8. Kaminska K., Martinetti G., Lucchini R., Kaya G. Coxsackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review/К. Kaminska, G. Martinetti, R. Lucchini, G. Kaya// Case Reports in Dermatology.-№ 5 (2).- 2013.-p. 203–209.
9. Ooi M.H. Clinical features, diagnosis and management of human enterovirus 71 infection/ M.N.Ooi, S.C.Wong, P.P. Lewthwaite, M.J.Cardosa// Lancet Neurology.- 2010.- №9(11).- p.1097–1105
10. Solomon T, et al. Virology, epidemiology, pathogenesis and control of enterovirus 71// Lancet Infectious Diseases.- 2010.-№ 10(11).-p. 778–790.

### МОЖЛИВІ ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ВІРУСНОЇ ПУХИРЧАТКИ СЛИЗОВОЇ РОТА І КІНЦІВОК

М.Е.Барінова, І.П.Іванова, К.В.Федченко

Стаття присвячена розповсюдженому захворюванню дитячого віку вірусної етіології, так званої пухирчатці слизової рота і кінцівок. Наведено диференціальна діагностика з рядом захворювань, що може бути корисно в практиці сімейного лікаря та вузьких фахівців.

## POSSIBLE MISTAKES IN DIAGNOSIS HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE

M.E.Barinova, I.P.Ivanova, K.V.Fedchenko

The article is discussed one of the common childhood disease of viral etiology, so-called us HFMK (hand-foot-and-mouth-disease). Some disease must be differentiated with pathology and it can be useful in the practice of the general practitioner and other specialists.

УДК 616-08:616.53-002.25

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОСТАКНЕ

Ю.В.Качук

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков*

**Ключевые слова:** акне, лечение.

**Актуальность.** Акне – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи (сальных желез и волосяных фолликулов), которым в той или иной форме в течение жизни страдает до 95% населения цивилизованных стран [12]. Встречается у 80–85 % лиц пубертатного и активного репродуктивного возраста [1,2]. После периода акне наступает состояние поствоспалительных изменений кожи – поствоспалительное расширение пор, стойкая эритема и расширение капилляров, застойные пятна, гипер- и депигментация, рубцы, неравномерная текстура кожи. Степень тяжести проявлений поствоспалительных изменений кожи зависит от многих факторов: возраст пациента, своевременность лечения, тяжелые формы воспалительных элементов и длительность течения патологического процесса [6,7]. Поствоспалительные изменения кожи беспокоят большинство больных не меньше, чем проявления собственно акне, сложно корректируются, требуют дорогостоящего лечения и часто остаются пожизненно, что также снижает качество жизни пациентов [4].

Целью лечения поствоспалительных изменений кожи является не только закрепление результатов консервативного лечения, но и улучшение внешне-

го вида пациента. Ни один из существующих методов системной терапии акне и поствоспалительных изменений кожи не устраняет в достаточной степени уже имеющиеся дефекты. Дерматокосметологи для коррекции этого состояния применяют различные аппаратные методики (лазеры, фототерапию, микродермабразию), химические пилинги, малоинвазивные инъекционные методы, прибегают к помощи пластических хирургов [6,11]. Химические пилинги на основе гликолевой или трихлоруксусной кислот используются преимущественно при акне легкого и умеренного течения и послеугревых рубцах [3]. Методы глубокого воздействия (механическая дермабразия, лазерная шлифовка, глубокий пилинг фенолом) применяются только после полного регресса воспалительного процесса, когда процесс рубцевания полностью завершен и возможности коррекции ограничены [9]. Методика лечения подбирается индивидуально, в зависимости от типа и выраженности поствоспалительных изменений кожи. Оптимизация терапии, направленная на предотвращение побочных эффектов и профилактику формирования выраженных дефектов кожи, существенно уменьшит психосоциальные последствия заболевания, повысит качество жизни пациента.