

Л.В. Рощенюк<sup>1</sup>, А.С. Владыка<sup>2</sup>, В.М. Воронцов<sup>1</sup>, А.Т. Ткачук<sup>3</sup>, А.А. Краснощок<sup>3</sup>,  
А.В. Пархоменко<sup>4</sup>, И.И. Поперечный<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Областной клинический кожно-венерологический диспансер № 1, Харьков

<sup>2</sup>Одесский национальный медицинский университет

<sup>3</sup>Одесская областная клиническая больница

<sup>4</sup>Городская клиническая больница № 10 г. Одессы

## Дерматозы у больных с хронической почечной недостаточностью в условиях применения методов диализной заместительной почечной терапии

Изучена частота и характер дерматозов у 240 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), которых лечили с применением диализной заместительной почечной терапии (ДЗПТ). Сравнение полученных результатов с данными литературы показало, что в случаях ДЗПТ зуд и крапивница несколько чаще, а экзема, лекарственная токсикодермия, угри обыкновенные, пиодермия, грибковые заболевания, пурпура, псориаз, лишай пузырьковый или совсем не обнаружены, или встречаются значительно реже, чем у пациентов, которых лечили консервативно. Это свидетельствует о роли эндогенной интоксикации в патогенезе дерматозов и о высокой эффективности ДЗПТ как метода детоксикации.

### Ключевые слова

Дерматозы, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, перитонеальный диализ.

В патогенезе дерматозов важную роль играют заболевания внутренних органов и систем. В литературе есть отдельные сообщения о роли поражений почек в патогенезе дерматозов. Отмечена связь между функциональным состоянием почек и возможностью возникновения и развития дерматозов. Это кожный зуд, экзема, крапивница, лекарственная токсикодермия, угри, грибковые заболевания, пиодермия, пурпура, псориаз, пузырьковый лишай [3, 7]. Так, Н.А. Гончаров (1983), проведя исследование с участием 238 лиц, находящихся на стационарном лечении в нефрологическом и урологическом отделениях Харьковской областной клинической больницы с заболеваниями почек (хроническим гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом и туберкулезом почек), обнаружил у 149 из них различные дерматозы. При этом кожный зуд у лиц с заболеваниями почек встречается чаще, чем в общем среди населения, в 5,2 раза, экзема кожи — в 3,4 раза, лекарствен-

ная токсикодермия — в 3,7 раза, псориаз — в 1,8 раза.

Обращаем внимание, что эти данные получены при наблюдении больных в период до 1983 года. Тогда в лечении стационарных больных с почечной патологией (хроническим нефритом, хроническим пиелонефритом, туберкулезом почек) в нашей стране, в том числе в нефрологической и урологической клиниках Харьковской областной клинической больницы, применение программированного гемодиализа при хронической почечной недостаточности (ХПН) только начиналось, и технические возможности метода были весьма низкие.

В более позднем исследовании изучено клиническое состояние уже 507 лиц с теми же заболеваниями, у которых хронический гломеруло- и пиелонефрит сопровождался начальной, выраженной и абсолютной стадией почечной недостаточности [4]. У значительной части этих пациентов с заболеваниями почек сохраняется

Таблиця. Характер и частота дерматозов среди населения и у больных с заболеванием почек

Характер дерматоза	Среди населения*	Заболеваемость, %			
		Пациенты с ХПН при консервативном лечении *		Пациенты с ХПН при применении ДЗПТ#	
		1983 год (n = 238)	2013 год (n = 507)	ГД (n = 155)	ПД (n = 85)
Кожный зуд	1,7	8,8	4,3	64,5	55,9
Экзема	2,3	7,9	2,4	0	0
Крапивница	1–4	1,2	0,8	5,2	0
Лекарственная токсикодермия	0,18–5	9,6	4,7	0,6	0
Угри	До 80	22,6	Часто	1,3	1,1
Пиодермия	49,2	7,1	8,3	1,9	0
Грибковые заболевания	5–20	30,2	12,6	2,3	1,1
Пурпура	0,001–0,012	3,7	2,8	0	0
Псориаз	1,2–5	2,5	0,6	0,6	0
Лишай пузырьковый	Около 90 % носителей	4,6	3,1	0	0

Примечание. \* По данным литературы; # по данным ООКБ и ГКБ № 10.

та же тенденция поражений кожи, хотя частота случаев несколько реже, чем была в предыдущем сообщении (таблица).

У многих больных отмечалось по несколько дерматозов одновременно. Так, нередко обыкновенные угри сочетались с пиодермией и себорейной экземой, кожный зуд и экзема — с пурпурой.

У всех пациентов возникновению дерматоза предшествовало заболевание почек. В большинстве случаев дерматозы характеризовались хроническим течением и обострялись, когда ухудшалось течение основного заболевания.

Исследователи отмечают, что частота развития отдельных форм дерматозов находится в определенной зависимости от степени нарушений функций почек. Так, обыкновенные угри, себорейная экзема, пиодермия, экзематиды чаще возникают при заболеваниях почек, протекающих с относительно маловыраженными нарушениями функций почек. Кожный зуд, инфекционная экзема (МКБ-10-L30.3), псориаз, пурпура, простой пузырьковый лишай чаще развиваются при заболеваниях почек, протекающих с выраженными нарушениями функций почек. После лечения у большинства больных по мере улучшения функционального состояния почек наблюдался и регресс дерматозов.

У пациентов с дерматозами, у которых после лечения не наступило значительное улучшение функционального состояния почек, не отмечались активная реконвалесценция и стойкий регресс.

Сообщается также о частом сочетании красного плоского лишая с гломерулонефритом и крио-

глобулинемией [4]. Авторы указывают на трудность лечения дерматоза при патологии почек.

Цель работы — изучить частоту и характер дерматозов у пациентов с ХПН, для лечения которых применяются методы диализной заместительной почечной терапии (ДЗПТ) и которые находятся на программном гемодиализе (ГД) или перитонеальном диализе (ПД), сравнить полученные данные с аналогичными у пациентов с ХПН, которых лечили консервативно.

### Материалы и методы

Всего обследовано 240 больных, разделенных на две группы. Первую группу составили 155 пациентов, находящихся на амбулаторном ГД 3 раза в неделю по 4–4,5 ч за сеанс с использованием капиллярных диализаторов Fx50, Fx60, Fx80, Fx100 и аппаратов 5008s Fresenius Medical Care. Во вторую группу вошли 85 больных, находящихся на хроническом ПД фракционным методом с заливанием на 30 мин по 2 л стерильного диализата в брюшную полость через катетер H. Tenckoff и H. Schecter 3 раза в неделю по 9 ч или 2 раза в неделю по 18–20 ч. Длительность диализа составляла от 2 до 25 лет (в среднем 7,9). Характер и частота дерматозов у этих больных сравнивалась с таковыми у пациентов с почечной патологией, которых лечили консервативно, а также с заболеваемостью этими дерматозами среди населения по данным литературы (см. таблицу).

### Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы, кожный зуд, частота которого у населения составляет 1,7 % [3], у

больных с ХПН, которых лечили консервативно, встречался в 8,8 и 4,3 % случаев в 1983 и 2013 годах соответственно [3, 7], при ГД — в 50,6 %, а при ПД — в 55,9 %.

Заболеваемость экземой среди населения составляет 2,3 % [3], при консервативном лечении ХПН — 7,9 и 2,4 % соответственно [3], а в случаях применения ГД и ПД этот дерматоз не выявлен.

Крапивница среди населения встречается у 2–3 % детей [1, 2] и у 1,4 % взрослых [5], при этом среди детей с атопическими заболеваниями переболели крапивницей 16 % [10]. По другим данным, 10–35 % населения хотя бы однажды болели этим дерматозом [12]. Однако все имеющиеся публикации не соответствуют критериям доказательной медицины, а потому их достоверность оценить нельзя. При консервативном лечении ХПН крапивница встречалась у 1,2 и 0,8 % больных, при ГД — у 7,5 %, а при ПД случаи крапивницы не зарегистрированы.

Лекарственная токсикодермия среди населения отмечена в 0,18–5 % случаев [3], при консервативном лечении ХПН — в 9,6 и 4,7 % соответственно, а при ГД и ПД этот дерматоз у больных не выявлен.

Угри обыкновенные встречаются у 80 % населения, чаще во время активного функционирования сальных желез у девушек и юношей и значительно реже у взрослых [8], при консервативном лечении ХПН — у 22,6 %, при ГД — у 1,3 %, а при ПД — у 1,8 %.

Пиодермия по частоте занимает первое место среди кожных заболеваний. Например, по Таджикистану в структуре дерматозов пиодермиты составили 49,2 % [6], в случаях консервативного лечения ХПН — 7,1 и 8,3 % соответственно, при ГД — 3,8 %, а при ПД пиодермия у больных не выявлена.

В структуре грибковых заболеваний кожи первое место занимает микоз стоп с частотой в общей популяции от 5 до 20 % [8]. Реже поражаются кожа других участков тела, ногти кистей и волосы. В случаях консервативного лечения ХПН грибковые заболевания кожи наблюда-

лись у 30,2 и 12,6 % больных, при ГД — у 2,5 %, при ПД — у 1,1 %.

Пурпура распространена среди населения с частотой от 0,001 до 0,012 %. При консервативном лечении ХПН этот дерматоз отмечен у 3,7 и 12,8 % пациентов, а среди находившихся на диализе не выявлен.

Псориаз, встречающийся у 1,2–5 % населения, в случаях консервативного лечения ХПН отмечен у 2,5 и 0,6 % больных, а при лечении диализными методами не обнаружен.

Лишай пузырьковый, или *herpes simplex*, вызывается вирусом простого герпеса. Около 90 % людей, инфицированных этим вирусом в раннем детстве, остаются его носителями на всю жизнь. У здоровых людей он находится в сапрофитирующем (неактивном) состоянии. Ослабление организма ведет к повышению активности вируса, далее он приобретает патогенные свойства, вызывая заболевание. Проявление вируса отмечено у 4,6 и 3,1 % пациентов с почечной патологией, которых лечили консервативно [3], а в случаях применения диализных методов пузырьковый лишай не выявлен.

## Выводы

Таким образом, у пациентов с ХПН, которых лечили с применением ДЗПТ, проявление кожного зуда и крапивницы несколько чаще, чем в общем среди населения. Причиной этого могут быть остатки вредных контаминант в используемой для приготовления диализата воде (даже после специальной очистки). Но экзема, лекарственная токсикодермия, угри обыкновенные, пиодермия, грибковые заболевания, пурпура, псориаз, лишай пузырьковый или вовсе не отмечены, или встречаются значительно реже, чем у больных с почечной патологией, лечившихся консервативно, что свидетельствует о роли эндогенной интоксикации в патогенезе дерматозов и высокой эффективности диализной заместительной почечной терапии как метода детоксикации.

По-видимому, у пациентов с ХПН необходимо более тщательно собирать анамнез и отмечать клинические проявления дерматозов.

## Список литературы

1. Аллергические болезни у детей: Руководство для врачей / Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. — М.: Медицина, 1998. — 347 с.
2. Гервазиева В.Б., Петрова Т.И. Экология и аллергические заболевания у детей // Аллергология и иммунология. — 2000. — № 1 (1). — С. 101–108.
3. Гончаров Н.А. Состояние кожи (функциональное и морфологическое) и особенности клинического течения дерматозов при заболеваниях почек: Автореф. дис. ...д-ра мед.

4. Дерматозы при заболевании почек // Здоровье человека. — 2 августа 2013 года. — <http://slavamed.ru/dermatozy-pri-zabolevanii-pochek>.
5. Крапивница. — Режим доступа: <http://www.center-hc.ru/diseases/urticaria2.htm>.
6. Саидов Х.М. Микробиологическая и генетическая характеристика основных возбудителей гнойничковых заболеваний кожи в Таджикистане: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Душанбе, 2006.

7. Слеп Л.Е. Кожные проявления заболеваний почек.— Режим доступа: <http://www.drsllep.ru/content/view/501/287/1/0/>.
8. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания стоп.— Режим доступа: <http://www.lvgtach.ru/2003/09/Ж.В.4530715/>.
9. Угри.— Режим доступа: [http://www.ozdorove.ru/Kojnie\\_bolezni/Ygri/](http://www.ozdorove.ru/Kojnie_bolezni/Ygri/).
10. Цыркунов Л.П. Кожные симптомы в диагностике соматических заболеваний.— М.: Знание, 2001.— С. 3—6.
11. Grcevska L., Polenakovik M., Polenakovik B. Cryoglobulinemic glomerulonephritis associated with lichen planus // Clin. Nephrology.— 2000.— Vol. 154, N 3.— P. 18—23.
12. Wakelin S.H. Contact urticaria // Clin. Exp. Dermatol.— 2001.— Vol. 26.— P. 132—136.

Л.В. Рощенюк<sup>1</sup>, А.С. Владика<sup>2</sup>, В.М. Воронцов<sup>1</sup>, А.Т. Ткачук<sup>3</sup>, А.А. Краснощок<sup>3</sup>,  
О.В. Пархоменко<sup>4</sup>, І.І. Поперечний<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1, Харків

<sup>2</sup> Одеський національний медичний університет

<sup>3</sup> Одеська обласна клінічна лікарня

<sup>4</sup> Міська клінічна лікарня № 10 м. Одеси

## Дерматози у хворих із хронічною нирковою недостатністю у умовах застосування методів діалісної замісної ниркової терапії

Вивчено частоту і характер дерматозів у 240 хворих із хронічною нирковою недостатністю (ХНН), яких лікували із застосуванням діалісної замісної ниркової терапії (ДЗНТ). Порівняння отриманих результатів з даними літератури продемонструвало, що у випадках ДЗНТ свербіж і кропив'янка дещо частіші, а екзема, лікарська токсикодермія, вугрі звичайні, піодермія, грибкові захворювання, пурпура, псоріаз, лишай бульбашковий або зовсім не виявлені, або зустрічаються значно рідше, ніж у пацієнтів, яких лікували консервативно. Це свідчить про роль ендогенної інтоксикації в патогенезі дерматозів та про високу ефективність ДЗНТ як методу детоксикації.

**Ключові слова:** дерматози, хронічна ниркова недостатність, гемодіаліз, перитонеальний діаліз.

L.V. Roshchenyuk<sup>1</sup>, A.S. Vladyka<sup>2</sup>, V.M. Vorontsov<sup>1</sup>, A.T. Tkachuk<sup>3</sup>, A.A. Krasnoshchek<sup>3</sup>,  
A.V. Parkhomenko<sup>4</sup>, I.I. Poperechnyy<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Regional Clinical Dermatovenerologic Dispensary N 1, Kharkiv

<sup>2</sup> Odesa State Medical University

<sup>3</sup> Odesa Regional Clinical Hospital

<sup>4</sup> Odesa City Clinical Hospital N 10

## Dermatoses in patients with chronic renal insufficiency in the context of using methods of dialysis renal replacement therapy

The frequency and nature of dermatoses were studied in 240 patients with chronic renal failure (CRF) treated with dialysis renal replacement therapy (DRRT). Comparison with literature data has shown that the use of DRRT makes manifestations of pruritus and urticaria more frequent, while eczema, drug toxicodermia, acne vulgaris, piodermia, fungal diseases, purpura, psoriasis, herpes bubble were absent or occurred much less frequently than in patients treated conservatively. This indicates the role of endogenous intoxication in the pathogenesis of dermatoses and a high efficiency of DRRT as a method of detoxification.

**Key words:** dermatitis, chronic renal failure, hemodialysis, peritoneal dialysis.

### Дані про авторів:

**Рощенюк Лариса Вадимівна**, к. мед. н., головний лікар КЗОЗ «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1», головний обласний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації з дерматовенерології

61052, м. Харків, вул. К. Маркса, 17. Тел./факс (057) 712-21-51. E-mail: okkvd1@gmail.com

**Владика Анатолій Степанович**, д. мед. н., проф. кафедри анестезіології і інтенсивної терапії з післядипломної підготовки Одеського державного медичного університету, заслужений лікар України

**Воронцов Віталій Михайлович**, к. мед. н., лікар-дерматовенеролог КЗОЗ «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер № 1»

**Ткачук Олександра Трохимівна**, лікар-нефролог відділення діалізу і трансплантології Одеської обласної клінічної лікарні

**Краснощок Алевтина Анатоліївна**, лікар-нефролог відділення діалізу і трансплантології Одеської обласної клінічної лікарні

**Пархоменко Олександр Володимирович**, зав. відділення гемодіалізу міської клінічної лікарні № 10

**Поперечний Ігор Іванович**, лікар-анестезіолог відділення гемодіалізу міської клінічної лікарні № 10