

Учитывая данные гистологического исследования, пациентке назначено дообследование в объеме: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, анализ на ревмокомплекс, компьютерная томография органов грудной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза. В ходе обследования, в результатах лабораторных и дополнительных методов исследования, данных, которые говорили бы о системном амилоидозе, получено не было.

На основании анамнеза заболевания, физикального обследования, результатов дополнительных методов исследования, был установлен диагноз: амилоидоз кожи, узелковая форма.

Вывод. Данные приведенного наблюдения подчеркивают важность использования дополнительных методов обследования и гистологической верификации патологического процесса. В связи с разнообразием клинических форм, данных дополнительных методов исследований, дифференциальная диагностика амилоидоза затруднительна. Схожесть клинических проявлений амилоидоза кожи с различными нозологиями подчеркивает актуальность проблемы для дерматологов.

УДК 616.53 – 002 – 036 – 08 – 055.1 : 576.31 : 159.97

АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗАЦЕА У ЧОЛОВІКІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ)

Святенко Т.В.¹, Харитоновна О.Г.²

¹Дніпропетровська державна
медична академія

²Дніпропетровська державна
косметологічна лікарня

Як відомо, інтерес до вивчення розацеа залишається високим завдяки розповсю-

дженості дерматозу, схильності до хронічного прогресивного перебігу та виразного впливу на якість життя. Тому аналіз клініко-анамнестичних особливостей захворювання є вкрай актуальним.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом знаходилося 110 хворих на розацеа чоловіків.

Результати та їх обговорення. При з'ясуванні сімейного анамнезу встановлено наявність подібних проявів дерматозу на обличчі (почервоніння та дрібні висипання) у членів родини 28 з 110 наших пацієнтів (25,5%). Анамнестично нами було відмічено, що у 24 з 110 хворих (21,8%) за декілька років (5-7 років) до появи перших висипань відмічалось почервоніння під впливом різних провокуючих чинників: емоційних потрясінь, зміни температурного режиму середовища, прийнятті алкоголю, гарячої або гострої їжі. Крім того, з часом такі почервоніння ставали більш тривалими, виникали при більш слабких провокуючих чинниках, наприклад при короткочасному перебуванні на вулиці, застосуванні косметичних засобів, які раніше добре переносилися хворими. Але треба відзначити, що у 54 з 110 хворих (49,1%) прояви розацеа виникли раптово, та їм не передували ніякі інші прояви або суб'єктивні відчуття. Частіше за все (38 хворих – 34,5%) тригерним фактором виступило різке емоційне перенавантаження та стреси, у 16 (14,5%) хворих – сонячний опік, у 14 (12,7%) хворих – переохолодження, 3 (2,7%) хворих зв'язали виникнення розацеа із початком гіпертонічної хвороби, 19 (17,3%) – із гіпертермічними впливами (відвідування бані або сауни). 78 з 110 (70,9%) обстежених хворих свідчили про загострення захворювання після прийому гарячої або гострої їжі. Важливим причинно значимим фактором було також вживання алкоголю (в першу чергу червоного вина) у будь-якій мінімальній дозі. На це вказали 89 (80,9%) хворих. Біля третини хворих (36 чоловіків – 32,7%) відмічали погіршення перебігу хвороби від використання косметичних засобів, впливу косметичних процедур (гоління, масаж, особливо

із застосуванням масел; механічні чистки, хімічні пілінги). 64 (58,2%) пацієнти відмітили виразний вплив на виникнення або загострення розацеа роботу за комп'ютером протягом 3 та більше годин. Зіставляючи отримані нами дані, ми звернули увагу на суттєву різницю в спектрі тригерних факторів залежно від віку хворих. Наприклад, емоційні перевантаження та стреси, гіпертермічні впливи, вживання червоного вина достовірно не корелювали з віком ($p > 0,05$). Водночас провокування загострення хвороби сонячними опіками та використанням косметичних засобів, впливу косметичних процедур та загострення розацеа після роботи за комп'ютером було більш притаманно чоловікам у молодому віці.

Враховуючи той факт, що декілька причин може впливати на загострення/виникнення розацеа, було проаналізовано розподіл хворих в залежності від кількості тригерних факторів. В цілому на загострення процесу при розацеа мали вплив у середньому $5,45 \pm 0,19$ факторів. На вплив 4-9 факторів вказали 88 пацієнтів, що складає 80,0% від загальної кількості хворих. І тільки 2 хворих (група до 40 років) вказали на вплив 1-2 факторів. При цьому існує пряма кореляція кількості факторів ризику з віком пацієнтів – коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,42$ ($p < 0,001$). Середня кількість тригерних факторів дорівнює $4,53 \pm 0,22$ серед чоловіків у віці до 40 років проти $6,09 \pm 0,25$ серед пацієнтів у віці старше 40 років ($t = 4,47$; $p < 0,001$). Таким чином, виникнення чи загострення розацеа провокується комбінованою дією різних, але односпрямованих за дією провокуючих чинників, кількість яких зростає з віком пацієнтів.

Слід відзначити, що спектр тригерних факторів залежав також від фототипу шкіри пацієнтів. Сонячне опромінення частіше провокувало загострення розацеа у осіб із I та II фототипом шкіри (за Фітцпатриком).

Висновки. Таким чином, при обстеженні 110 чоловіків, хворих на розацеа, встановлено, що найбільш значимими клініко-

анамнестичними особливостями перебігу дерматозу є обтяжливий сімейний анамнез (25,5%), раптові прояви захворювання (49,1%), сезонність загострення (восени та навесні – 60,9%), II фототип шкіри (79,1%), стадійність перебігу: стадія I – еритематозна (45,5%), стадія II – папуло-пустульозна (43,6%), стадія III – ринофіми (10,9% хворих), зниження якості життя. Серед тригерних факторів домінують прийом гарячої або гострої їжі (70,9%), вживання алкоголю (80,9%), робота за комп'ютером протягом 3 та більше годин (58,2%), різке емоційне перенавантаження та стреси (34,5%), використання косметичних засобів або процедур (32,7%), гіпертермічні впливи (17,3%) або сонячний опік (14,5%), та їх комбінації (4-9 факторів мають 80,0% пацієнтів).

УДК 616.5-004.1:616.5-002.525.2-036.1:612.017.1]-018.7-008.9-091.8-092-08

ОСОБЛИВОСТІ КАТАБОЛІЗМУ ПУРИНІВ У ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ СКЛЕРОДЕРМІЇ І ХРОНІЧНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Семко Г.О., Цимбал В.М., Стулій О.М.

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Незважаючи на інтенсивні дослідження останніх десятиліть обмежені форми склеродермії (ОСД) і хронічний червоний вовчак (ХЧВ) залишаються актуальними проблемами сучасної медицини. У патогенезі ОСД і ХЧВ провідна роль відводиться імунологічним порушенням. Відомо, що пуриновий обмін, який грає важливу роль у підтримці багатьох функцій організму (участь у метаболізмі нуклеїнових кислот, регуляції судинного тонусу, згортання крові і т.д.), бере участь у розвитку хронічного запалення, причому неминучим наслідком тривалої тканинної гіпоксії є перебудова метаболізму пуринів по катаболічному шляху.