

УДК 616.516-08

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

И.П.Иванова, О.Н.Чепурняк, М.Д.Давлеева

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Целью нашей работы заключалось в оценке клинических проявлений течения и терапии красного плоского лишая (КПЛ) слизистых оболочек полости рта (СОПР). Обследовано 65 пациентов с диагнозом «красный плоский лишай». Из них 15,5% - мужчины и 84,5% женщины. Все больные прошли обследование: анализы крови, мочи; по показаниям – биохимические и иммунологические исследования крови; микроскопию и биопсию участков кожи и слизистых, консультацию стоматолога. Первичных больных - 25%, вторичных 40% и 35% - с распространенной формой КПЛ с вовлечением в процесс СОПР. Острое течение у 55%, у остальных - подострое. Все больные проходили амбулаторное лечение. Лечение больных носило комплексный характер. Все больные получали кортикостероиды (дипропан, дексаметазон, преднизолон), в сочетании с производными 4-аминохинолина (плаквенил). Использовались средства десенсибилизирующей терапии – антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, диазолин), донаторы сульфгидрильных групп (тиосульфат натрия); препараты никотиновой кислоты; ферментные (фестал, энзистал) и адсорбирующие средства (сорбекс); витаминные препараты. При присоединении кандидозной флоры однократно назначали флуконазол. Из местных препаратов применяли мази с кортикостероидами и кера-топластики, орошения 2% раствором лидокаина, полоскания 0,05% р-ром хлоргексидина. Таким образом, в результате проведенного лечения мы добились регресса патологических проявлений. При проведении терапии КПЛ на слизистых оболочках полости рта учитывались формы заболевания, и их осложнения.

УДК 616.5-002.828-008.13-092-085

ВАЗОМОДУЛЮЮЧА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА МІКОЗИ СТУПНІВ

Л.А.Сторожук, В.Є.Симоненко, С.Г.Свирид

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
шкірно-венерологічний диспансер № 1 м.Києва*

Проведено дуплексне сканування периферичного кровообігу у 25 хворих на фунгальну інфекцію ступнів з ексудативними проявами, верифіковану мікологічним обстеженням. Визначали індекс пульсації (PI) в а. iliaca externa, а. femoralis, а. poplitea, а. tibialis posterior і а. tibialis anterior. Групу контролю утворили 15 здорових осіб. Встановлено, що у хворих з ексудативним перебігом мікозів ступнів спостерігається пульсаційна мобільність периферичного кровообігу. Зокрема, в а. iliaca externa, а. femoralis PI залишається в межах фізіологічних коливань і становить відповідно $3,6 \pm 0,4$ (у здорових осіб – $3,4 \pm 0,2$; $p < 0,05$) і $4,3 \pm 0,5$ (у здорових осіб – $4,5 \pm 0,3$; $p < 0,05$), але в нижньому відділі дистальної васкуляризації показник суттєво зменшується, сягаючи: в а. poplitea – $3,8 \pm 0,2$ (у здорових осіб – $5,7 \pm 0,2$; $p < 0,05$); в а. tibialis posterior – $3,9 \pm 0,3$ (у здорових осіб – $6,9 \pm 0,4$; $p < 0,05$) і в а. tibialis anterior – $6,1 \pm 0,2$ (у здорових осіб – $8,7 \pm 0,7$; $p < 0,05$). З метою корекції встановлених розладів хворим, одночасно з системною (орунгал) та місцевою антимікотичною терапією, призначався агапурин ретард. Після лікування зафіксовано збереження фізіологічних значень PI в межах фізіологічних коливань в а. iliaca externa, в а. femoralis, відповідно, $3,5 \pm 0,1$ (до лікування – $3,6 \pm 0,4$; $p > 0,05$) і $4,6 \pm 0,1$ (до лікування – $4,3 \pm 0,5$; $p > 0,05$). В інших ділянках дослідження показник зростав до діапазону фізіологічних відхилень. Зокрема, в а. poplitea – до $5,9 \pm 0,3$ (у здорових осіб – $5,7 \pm 0,2$; $p > 0,05$); в а. tibialis posterior – до $7,2 \pm 0,5$ (у здорових осіб – $6,9 \pm 0,4$; $p > 0,05$); в а. tibialis anterior – $8,5 \pm 0,6$ (у здорових осіб – $8,7 \pm 0,7$; $p > 0,05$).

Таким чином, доведена вазомодулююча дія агапурину ретард дозволяє рекомендувати цей засіб у якості одного з базисних препаратів патогенетичної терапії хворих на мікози ступнів.

УДК 618.16+616.5-004.1

МЕСТО СКЛЕРОТИЧЕСКОГО (СКЛЕРО-АТРОФИЧЕСКОГО) ЛИХЕНА В РЯДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

К.В.Романенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Склеротический лишай (СЛ) относится к доброкачественным поражениям вульвы. В отечественной клинической практике он наиболее известен как «крауроз вульвы», или «атрофическая дистрофия». В МКБ ВОЗ 10-го пересмотра крауроз и дистрофию вульвы рассматривают в рубрике лейкоплакии (№ 90.4), подчеркивая тем самым родство описываемых патологических процессов. Лейкоплакия (чаще) и крауроз (реже) на вульве являются самостоятельными нозологическими формами заболевания женщины. В то же время, они могут быть и различными стадиями единого процесса. При этом СЛ со временем может переходить в смешанную форму дистрофии вульвы и приводить к возникновению рака. Подробная гистологическая классификация опухолей женской половой сферы (ВОЗ, 1994), в которой СЛ вульвы приводится в разделе «опухолеподобные и неопухолевые расстройства», свидетельствует о значительном многообразии патологических изменений вульвы, которые наблюдаются в клинической практике. В связи с большой вариабельностью и различиями между клиническими и гистологическими диагнозами, в 1993 г., благодаря сотрудничеству Международного общества по изучению патологии вульвы и Международного общества по гинекологической патологии была принята и сейчас широко используется во всем мире новая классификация патологии вульвы, в основе которой лежат патоморфологические изменения тканей наружных половых органов:

I. Доброкачественные поражения вульвы (склеротический лишай; плоскоклеточная гиперплазия, ранее известная как гиперпластическая дистрофия; другие дерматозы и дерматиты).

II. Вульварная интраэпителиальная неоплазия (плоскоклеточная и неплоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия).

III. Инвазивный рак.

М.Н.Костава в 1999 г. предложила классификацию, согласно которой все заболевания вульвы делят на 3 большие группы: 1. Дистрофия вульвы, включающая гиперпластическую форму, склеротический лишай и смешанную форму дистрофии. 2. Кожно-венерические заболевания, охватывающие различные, в т.ч. инфекционные дерматозы. 3. Новообразования вульвы. Данная упрощенная систематизация не лишена недостатков, т.к. подобное деление достаточно условно, не отражает в большинстве случаев особенностей патогенеза заболеваний и приводит к тому, что одна и та же нозологическая форма может быть отнесена в разные группы. Неудачно и устаревшее название «дистрофия вульвы», которое не отражает сущности патологических изменений при различных нозологиях, а в группу новообразований вульвы включены не только опухоли, но и опухолевидные поражения. Недостаточно полно патология вульвы отражена и в МКБ 10-го пересмотра. Таким образом, на современном этапе по-прежнему отсутствует единая классификация заболеваний вульвы. Для разработки клинико-морфологической классификации, охватывающей многообразные заболевания и пороки развития наружных женских половых органов, необходимо дальнейшее накопление адекватных, полноценных данных в отношении патологии вульвы, что поможет в ближайшем будущем пересмотреть имеющиеся и разработать новые, более совершенные систематизации.