

ние кожных проб: невозможность с их помощью заранее прогнозировать развитие побочных эффектов, не опосредованных Ig E; невозможность использования при постановке кожных проб нерастворимых препаратов; длительность выполнения кожных проб при поэтапной постановке, особенно если учесть, что кожную пробу в любой модификации рекомендуется ставить только с одним лекарственным препаратом в день; ограничение диагностической ценности кожных проб коротким промежутком времени; малая информативность кожных проб из-за частых ложноположительных и ложноотрицательных результатов. К основным причинам ложноположительных результатов кожных проб с лекарственными препаратами относят: повышенную чувствительность капилляров кожи к механическому раздражению; неспецифическое раздражающее действие аллергена вследствие неправильного его приготовления (аллерген должен быть изотоническим и иметь нейтральную реакцию); трудность дозируемости вводимого аллергена; повышенная чувствительность больных к консервантам (фенол, глицерин, мертиолят); метааллергические реакции, т.е. положительные реакции в определенный сезон года с аллергенами, на которые больные в другое время года не реагируют; наличие общих аллергенных группировок между некоторыми аллергенами; отсутствие стандартизируемых растворов для разведения лекарственных препаратов. Среди причин ложноотрицательных результатов кожных проб с лекарственными средствами следует отметить: отсутствие необходимого лекарственного аллергена; потеря лекарственным препаратом аллергенных свойств вследствие его длительного и неправильного хранения или в процессе разведения, поскольку до сих пор нет стандартизированных лекарственных аллергенов. Одной из важных причин регистрации ложноотрицательных результатов может быть также снижение чувствительности кожи больного, вызванное: отсутствием кожносенсibiliзирующих антител; ранним этапом развития повышенной чувствительности; истощением запаса антител в период или после обострения заболевания; снижением реактивности кожи, связанным с нарушением кровоснабжения, отеком, дегидратацией, влиянием ультрафиолетовой радиации, преклонным возрастом; приемом больным антигистаминных препаратов непосредственно перед тестированием. И, наконец, самое главное – на коже невозможно воссоздать реакцию адекватную той, которая происходит в организме больного из-за того, что большинство лекарственных препаратов являются гаптенами – неполноценными аллергенами, приобретающими свою полноценность только тогда, когда связываются с альбуминами сыворотки крови; все лекарственные препараты в организме претерпевают ряд метаболических превращений, при этом сенсibilизация развивается, как правило, не на сам лекарственный препарат, а на его метаболиты. Учитывая все вышеизложенные противопоказания кожных проб, а также возможность развития при их постановке различных осложнений, в том числе анафилактического шока с летальным исходом, наиболее рациональным следует считать применение специфических иммунологических и биофизических методов как перед антибиотикотерапией, так и с целью этиологической диагностики лекарственной болезни.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

И.П.Иванова, Р.Е.Хоружая, М.Д.Давлеева, А.П.Белоус

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Фармакотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляют одну из сложных проблем в стоматологии. Эффективность большинства лечебных препаратов для лечения заболеваний СОПР колеблется в пределах 60-70%. Большинство лекарственных препаратов для лечения СОПР обладают узким спектром действия, имеют побочные эффекты, а так же нарушают микробиоценоз полости рта. Противовоспалительный эффект препарата "Тантум Верде" (Анжелино Франческо) - нестероидного противовоспалительного вещества группы индазолов - связан с угнетением синтеза простагландинов, стабилизацией клеточных мембран лизосом, нейтрофилов, тучных клеток, улучшением микроцир-

куляции, купированием отека в очаге воспаления. Препарат проявляет местноанестезирующее, эпителизирующее действие и антибактериальную активность в отношении многих микроорганизмов. В исследование включены 30 пациентов (18 женщин и 12 мужчин в возрасте от 23 до 64 лет), проходящих лечение с использованием препарата "Тантум Верде". Из них 8 (26,7%) с различными формами кандидоза, 6 (20%) с эрозивно-язвенными формами КПЛ, 6 (20%) с поражениями слизистой при вульгарной пузырчатке и 10 (33,3%) с различными формами стоматитов. Препарат Тантум применяли: в виде орошений (4-5 впрыскиваний каждые 2-3 часа), или ванночек 3-4 раза в день курсом 7 дней. Оценка эффективности препарата проведена на основании субъективных данных и динамики клинических наблюдений. Клинические наблюдения позволили выявить определенный терапевтический эффект препарата "Тантум Верде" при лечении заболеваний СОПР. Ухудшения состояния, побочных эффектов при использовании препарата не наблюдалось. У всех пациентов отмечалось очищение эрозивных очагов и эпителизация, снятие болевого симптома в среднем на 6-7 дней ранее по сравнению с таковыми у больных, не получавших данный препарат. Таким образом препарат Тантум Верде" (Анжелино Франческо) может использоваться в комплексном лечении СОПР.

ПАТОМОРФОЗ ПСОРИАЗУ, УСКЛАДНЕНОГО СИСТЕМНИМ АМІЛОЇДОЗОМ

Т.І.Труніна¹, М.Р.Анфілова

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Псоріаз - це хронічний рецидивуючий дерматоз, що представляє собою системний процес, при якому поряд з ураженням шкіри відзначаються виражені функціональні та морфологічні зміни ряду органів і систем. Хворий С., 19 років, поступив в терапевтичне відділення міської лікарні зі скаргами на рясну висипку по всій поверхні тіла, сильні болі в усіх суглобах рук і ніг, болі в хребті, припухлість та обмеження руху, через що не міг самостійно пересуватися, підвищення температури тіла до 38,5 ° С, загальне нездужання і слабкість, колочі болі в ділянці серця, серцебиття і утруднення дихання після незначного навантаження, набряклість гомілок, безсоння, відсутність апетиту, випорожнення 7 разів на добу рідкі, неоформлені. Хворіє псоріазом 6 років, у дідуся по лінії матері теж був псоріаз. Проходив лікування за місцем проживання. Значне погіршення здоров'я відзначає після прийому ліків від болю в суглобах і тривалим лікуванням метотрексатом (близько 1 року). Не курив, алкоголь не вживав. Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Свідомість ясна. Шкірні покриви, вільні від висипки бліді. По поверхні всієї шкіри рясна висипка у вигляді папул і бляшок, вкритих сіро-жовтими кірко-лусочками, які важко злущуються, відчуття стягнення шкіри. Суглоби кінцівок болючі, деформовані, рух в них активний і пасивний обмежений. Перкуторно над легеньми легеневий звук, притуплення в нижніх відділах. Дихання в легенях везикулярне, хрипів немає, ослаблення в нижніх ділянках. Межі серця зміщені вліво. Серцеві тони приглушені, на верхівці І-й тон значно ослаблений. Пульс - 70 за 1 хв. ритмічний. АТ - 120/80 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт збільшений за рахунок асцити, при пальпації болючий. Край печінки виступає з-під реберної дуги на 2 см, щільний, болючий. Загальний аналіз крові: Нв - 115г/л, еритроцити-3, 5•10¹²/л, лейкоцити-17,6•10⁹/л, п. - 6%, с. - 70%, Е. - 1%, лімф. - 20%, м. - 9%, ШОЕ - 45 мм/год. Білірубін: загальний - 4,9 мкмоль/л, прямий - 5,0 мкмоль/л, непрямий - 10,1 мкмоль/л, АЛТ - 0,33 мкмоль/(ч•л), АСТ - 0, 5 мкмоль/(ч•л), білок - 35, 8 г/л, креатинін - 69. Загальний аналіз сечі: діурез - 0, 5 л/добу, колір-солом'яний, реакція-лужна, пит. вага - 1005, каламутна, білок - 109 мг/л, лейкоцити - 13-14 в п/з, циліндри - 10 в п/з. ЕКГ: виражена синусова тахікардія, 120 уд/хв. Гіпертрофія правого шлуночка. Дифузні зміни міокарда. УЗД внутрішніх органів: Дифузні зміни паренхіми нирок. Асцит. Гідроторакс з обох сторін. Дифузні зміни паренхіми печінки та підшлункової залози. Діагноз: Псорі-