

лечения выявлен у 1 ребенка (снижение аппетита, плохая прибавка в массе тела).

#### **Выводы.**

1. Применение анаприлина является альтернативным методом лечения пациентов с гемангиомами сложной анатомической локализации, быстро растущими гемангиомами и носящими множественный характер с отличным и удовлетворительным косметическим эффектом.

2. Полученные результаты наблюдения и лечения пациентов с младенческими гемангиомами свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности применения анаприлина.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола / Ю.А. Поляев [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 94 – 102.

2. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий) / Н.П. Котлукова [и др.] // Педиатрия. – 2012. – Т. 91. № 6. – С. 60 – 64.

3. Hemangiomas and vascular malformations. An atlas of diagnosis and treatment / R. Mattassi, D.A. Loose, M. Vaghi. – Springer, Milan. – 2009. – 331p.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ**

*Новоселецкая А.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Известно, что экзема составляет от 15 до 40% случаев в структуре дерматологической заболеваемости [2, 3, 4], являясь при этом одной из самых частых причин нетрудоспособности [4], что и определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы. Актуальность изучаемой проблемы обусловлена не только ростом заболеваемости, но и особенностями течения экземы в современных условиях, которое имеет стойкую тенденцию к утяжелению, сопровождается частыми продолжительными рецидивами, значительным распространением патологического процесса на коже, характеризуясь при этом резистентностью к общепринятым методам лечения, увеличением периода нетрудоспособности.

**Цель.** Клиническая характеристика больных экземой, встречающихся в реальной клинической практике.

**Методы исследования.** Сбор жалоб и анамнеза, общий осмотр, объективное обследование всех органов и систем, обследование локального статуса, определение клинической формы, стадии, распространённости и степени тяжести заболевания. Для оценки площади и тяжести патологического процесса у обследуемых пациентов с экземой, а также и для анализа эффективности

проводимой терапии мы использовали индекс SCORAD [1].

**Результаты и их обсуждение.** В исследование включены 114 пациентов, страдающих различными формами экземы. Возраст обследованных пациентов составлял от 16 лет до 81 года (в среднем  $46,4 \pm 15,7$  ( $M \pm \sigma$ )). При этом пациентов в возрасте до 20 лет было 4 (3,5%), от 21 до 30 лет – 20 (17,5%), от 31 до 40 лет – 14 (12,3%), от 41 до 50 лет – 24 (21,1%), от 51 до 60 лет – 31 (27,2%) и 21 (18,4%) больной экземой был старше 60 лет. Таким образом, 89 пациентов, что составляет 78,1% от обследованных, были в возрасте от 20 до 60 лет, который является трудоспособным.

Среди 114 пациентов, включённых в наше исследование, мужчин было 94 (82,5%), а женщин всего 20 (17,5%).

Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией М.М. Желтакова (1964), согласно которой выделяют:

- истинную (особые разновидности: пруригинозная, интертригинозная, дисгидротическая, тилотическая);
- микробную (паратравматическую, нуммулярную, варикозную, микотическую);
- себорейную;
- профессиональную.

В соответствии с данной классификацией 17 пациентам (14,9%) был установлен диагноз истинной экземы, 97 (85,1%) – микробной экземы. Так, из 97 пациентов с микробной экземой у 76 нами была диагностирована нуммулярная экзема, причем у 70 из них процесс носил распространенный характер. Варикозная экзема, как вариант микробной экземы, наблюдалась у 9 пациентов. Паратравматической экземой в исследуемой группе больных страдали 4 пациента. Микотическая экзема была диагностирована у 8 человек.

Известно, что по течению выделяют острую, подострую и хроническую формы экземы. Острое течение заболевания наблюдалось на момент госпитализации у 74 (64,9%) пациентов и характеризовалось интенсивностью воспалительных явлений, быстрой сменой стадий: высыпания микровезикул на эритематозном, отёчном фоне; образования точечных эрозий, отделяющих серозный экссудат; появления мелкого, отрубевидного шелушения, корочек. Подострое течение наблюдалось у 40 (35,1%) пациентов и проявлялось в нарастающей инфильтрации, уплотнении поражённого участка кожи, усилении кожного рисунка – лихенификации, смене активной гиперемии на застойный оттенок, преобладании шелушения над высыпанием пузырьков и мокнутием.

В исследуемой группе пациентов, страдающих экземой, общая длительность заболевания составляла от  $\frac{1}{2}$  недели до 23 лет. Менее полугода экземой болели 55 человек (48,3%), от 7 месяцев до 2 лет – 29 человек (25,4%), более 2 лет – 30 человек (26,3%). Впервые возникшее заболевание было диагностировано у 48 (42,1%) пациентов, протекающее с рецидивами – у 66 (57,9%). При этом рецидивы с частотой 1 раз в год наблюдались у 8 пациентов, 2 раза в год – у 27 человек,

2–3 раза в год – у 18, 4 раза в год – у 6 пациентов. У остальных 7 пациентов заболевание рецидивировало, но значительно реже. Отмечались случаи рецидивов 1 раз в 2 года (3 пациента), 1 раз в 4 года, 1 раз в 10 лет, в 16 и 20 лет.

Пациенты, включённые в исследование, были распределены по площади поражения следующим образом: до 25% кожного покрова – 68 (60%) человек, от 26 до 50% – 38 (33%), более 50% – 8 (7%) человек.

Для комплексной оценки площади и тяжести патологического процесса у обследуемых был применён индекс SCORAD. Тяжесть течения экземы колебалась в пределах от 28,4 до 75,4 единиц. В зависимости от полученных данных больные были разделены на три группы: с лёгким течением заболевания, которое соответствовало индексу SCORAD до 40 единиц, было 5 (4,4%) пациентов, со среднетяжёлым (SCORAD от 40 до 60 единиц) – 80 (70,2%) больных, с тяжёлым течением (SCORAD более 60 единиц) – 29 (25,4%) пациентов.

По частоте встречаемости вредных привычек в исследуемой группе были получены следующие данные: 55 (48,2%) пациентов курили, а 3 (2,6%) состояли на учёте у нарколога.

В исследуемой группе у 45 пациентов дерматоз сопровождался хроническими соматическими заболеваниями. Наиболее частая сопутствующая патология – сердечно-сосудистые заболевания, которые составили в данной группе 17,5%.

Так, ишемическая болезнь сердца диагностирована в 7 случаях, что составляет 6,1% от общей группы пациентов, артериальная гипертензия – в 12 случаях (10,5%), анемия – в 1 случае (0,9%). Из заболеваний органов дыхания бронхиальная астма встречалась у 1 пациента (0,9%), хронический бронхит также в 1 случае. Заболевания желудочно-кишечного тракта сопровождали экзему в 16 случаях, – 14% от исследуемой группы: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки была сопутствующей в 10 случаях (8,8%), хронический гастрит – в 2 случаях (1,8%), хронический холецистит – в 1 случае (0,9%), желчнокаменная болезнь – в 1 случае (0,9%), хронический панкреатит – в 2 случаях (1,8%). Хроническим пиелонефритом страдали 2 пациента, что составляет 1,8%, мочекаменной болезнью – 3 пациента (2,6%). Из оториноларингологической патологии отмечались: хронический гайморит в 4 случаях (3,5%), хронический тонзиллит в 3 случаях (2,6%), хронический мезотимпанит в 1 случае (0,9%). Из эндокринной патологии экземе сопутствовали: сахарный диабет в 2 случаях (1,8%), гипотиреоз в 1 случае (0,9%), ожирение в 2 случаях (1,8%) Были отмечены и сочетания данных заболеваний, которые наблюдались в 11 случаях.

В нашем исследовании получены следующие данные: 27 человек считали, что заболевание у них возникло в результате травматизации кожных покровов, в том числе и ожогов, у 1 пациента – в результате перенесенного стресса. У 9 пациентов развитию экземы способствовало наличие варикозного расширения вен, а в 8 случаях – грибковых заболеваний кожи и ногтей. 2 пациента отмечали, что заболевание возникло после контакта с цементом, у 1 пациента – после контакта с соляной кислотой, у 1 – с серебром, у 1 – со строительной пылью, у 2 – со смазочными

материалами. У остальных пациентов причина возникновения заболевания осталась не установленной.

#### **Выводы.**

1. Среди обследованных больных преобладали пациенты с микробной формой экземы – 85,1%. Возраст большинства больных составил от 20 до 60 лет – 78,1%. Мужчин было 82,5%, – вероятное свидетельство того, что экземой страдают преимущественно лица мужского пола.

2. Острое течение заболевания наблюдалось на момент госпитализации у 64,9%, подострое – у 35,1%. Чаще встречались пациенты с давностью заболевания более полугода – 51,7%. Впервые возникшее заболевание диагностировано у 42,1% пациентов, протекающее с рецидивами – у 57,9%. При этом рецидивы заболевания чаще наблюдались от 2 до 3 раз в год – у 45 человек.

3. По площади поражения преобладали больные с поражением до 25% поверхности кожного покрова – 60% пациентов. Со среднетяжёлым течением (SCORAD от 40 до 60 единиц) было 70,2% больных.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Адаскевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адаскевич. – М. : Мед. книга, 2004. – 163 с.
2. Глухенький, Б.Т. Материалы к патогенезу экземы : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.11 / Б.Т. Глухенький ; Киев. гос. ин-т усовершенствования врачей. – Киев, 1974. – 47 с
3. Потекаев, Н.С. Экзема: аспекты истории и современные представления / Н.С. Потекаев // Клин. дерматология и венерология. – 2006. – № 4. – С. 102–107.
4. Management of chronic hand eczema / T.L. Diepgen [et al.] // Contact Dermatitis. – 2007. – Vol. 57. – P. 203–210.

### **ЛИНЕЙНО-КВАДРАТИЧНАЯ МОДЕЛЬ В ОЦЕНКЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Овчинников В.А.<sup>1</sup>, Довнар О.С.<sup>2</sup>, Жмакина Е.Д.<sup>2</sup>***

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Гродненская областная клиническая больница<sup>2</sup>*

**Актуальность.** В последние годы для количественной оценки эквивалентности лучевого воздействия различных режимов фракционирования вместо эмпирических изоэффективных формул радиобиологи предлагают применять линейно-квадратичную модель (ЛКМ) клеточной выживаемости. Использование ЛКМ показало, что она позволяет более точно определить дозовую компенсацию биологического эффекта ионизирующей радиации вследствие пропущенных дней лечения, сравнение различных схем лечения, что важно для