

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

Л.Н. Гурина, И.А. Ерохина, И.Н. Детинкина, Д.О. Детинкин

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»

УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер»
г. Минска

Ихтиоз - группа наследственных заболеваний кожи, в основе которых лежат процессы нарушения кератинизации эпидермиса с развитием генерализованного гиперкератоза, напоминающего рыбью чешую. Доказано, что поражение кожи при ихтиозе обусловлено нарушением образования NMF (Natural Moisturizing Factor -натурального увлажняющего фактора), снижением образования жирных кислот рогового слоя, повреждением гидролипидной мантии кожи (сальные и потовые железы). NMF это целый комплекс органических молекул, который находится в роговом слое, обладает способностью притягивать и удерживать влагу. Образуется при разрушении филагрина и состоит из свободных аминокислот (до 40%), ионов K, Na, Cl, P (до 17,5%), мочевины (до 7%) [1].

Относительно высокая частота врождённого ихтиоза в общей структуре дерматологической заболеваемости, его персистирующее течение, системный характер поражений, трудности в лечении и низкая эффективность последнего позволяют считать проблему врождённого ихтиоза одной из сложных и актуальных во врачебной практике в целом и педиатрии в частности. До настоящего времени нет единого мнения лечения врожденного ихтиоза, рекомендации назначения стероидных гормонов противоречивы [2, 3].

Целью настоящего исследования явилось выделение клинических форм врожденного ихтиоза, изучение основных подходов к лечению, определение эффективности использования глюкокортикостероидов в комплексном лечении ихтиоза у новорожденного ребенка.

Проведен анализ 13 историй болезней формы №112/у новорожденных с ихтиозом, находившихся на лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2007 по 2014 гг. В зависимости от применения стероидных гормонов в комплексном лечении детей с врожденным ихтиозом, пациенты с буллезной ихтиозиформной эритродермией, были

разделены на две группы. В первую группу вошли новорожденные $n_1=6$, в комплексном лечении которых не применялся преднизолон, вторую группу составили пациенты, получившие преднизолон $n_2=2$. Определялись сроки выписки из стационара (клинического выздоровления). Обработка полученных результатов проводилась с помощью методов непараметрической статистики с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel».

Как показало исследование, 12 детей родились доношенными, 1 ребенок – недоношенным, в сроке гестации 32 недели, из них было 6 девочек и 7 мальчиков. Параметры физического развития не выходили за пределы 10 и 90 перцентилей и соответствовали гестационному возрасту. Состояние детей после рождения расценено как тяжелое и среднетяжелое ввиду поражения кожи и неврологической симптоматики. При оценке неврологического статуса отмечался синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости: болезненный крик, мышечная дистония, мелко размахистый тремор конечностей, спонтанный рефлекс Моро.

В течение первых 24 ч жизни все пациенты поступили на третий уровень оказания медицинской помощи новорожденным: областная детская клиническая больница г. Гродно, отделение новорожденных и недоношенных детей. Младенцы переводились в детскую клиническую больницу выездной неонатальной бригадой в условиях транспортного кувеза. При поступлении в стационар помещены в кувез с индивидуальным подбором термонеutralной зоны, созданием охранительного режима. Проводилось комплексное лечение, включающее инфузионную, антибактериальную, гормональную, обезболивающую и местную терапию.

Детям проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование. При ультразвуковом исследовании головного мозга, сердца, почек, органов брюшной полости патологии не выявлено. Новорожденные осмотрены генетиком, дерматологом, неврологом, окулистом. Осмотр окулистом проводился после того, как исчезали вывороты век (эктропион). На основании клинических проявлений, заключений дерматолога и генетика 8 пациентам выставлен диагноз: «Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия» (синонимы: врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия Брока, эпидермолитический ихтиоз). Троице новорожденным – «Пластинчатый (ламеллярный) ихтиоз» (синонимы: ихтиозиформная сухая эритродермия, пластинчатая эксфолиация новорожденных, коллоидная кожа новорожденных, «сальный ихтиоз», универсальная себорея новорожденного). У двоих детей

диагностирован – «Простой ихтиоз» (синонимы: обыкновенный ихтиоз, вульгарный ихтиоз).

Следует отметить, что кроме поражений кожи у младенцев с врожденной буллезной ихтиозиформной эритродермией отмечалась неврологическая симптоматика, проявляющаяся преимущественно синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, что обусловлено болевым синдромом. Пациенты беспокойны, плач болезненный, мелко размашистый тремор конечностей, спонтанный рефлекс Бабинского, Моро.

Дети выхаживались в условиях кувеза, с установлением высокой влажности 70-80%. Длительность нахождения ребенка в кувезе зависела от тяжести клинических проявлений поражения кожи и общего соматического статуса. При болевом синдроме назначались обезболивающие препараты в возрастных дозировках. Энтеральное кормление получали все пациенты, объем его и способ введения зависели от тяжести состояния новорожденного. Инфузионную терапию проводили раствором глюкозы (базовый раствор), концентрация которой подбиралась в зависимости от нагрузки глюкозой и уровня гликемии в капиллярной крови, в базовый раствор добавлялись электролиты в суточной потребности с учетом энтерального поступления. С первых суток жизни в инфузионную терапию включались растворы аминокислот (инфезол 5% или 10%) обязательным условием при назначении которых являлась энергетическая поддержка, известно, что для усвоения 1г белка необходимо 20 ккал. Возможно, раннее назначение белковых гидролизатов нормализует содержание белка в сыворотке крови, способствует образованию натурального увлажняющего фактора. С первых суток поступления в стационар назначалась эмпирически антибактериальная терапия. Первая линия антибактериальной терапии проводилась защищенными пенициллинами или цефалоспорины 3-го поколения. Местное лечение состояло из обязательного ухода за кожей, применялись различные крема и мази: топикрем (2% раствор мочевины), кольдкрем, метилурациловая мазь, солкосериловая мазь, ванночки с эмульсией трикзера. При сравнении длительности пребывания в стационаре: пациенты первой группы (в комплексном лечении которых не использовался преднизолон) находились меньше, чем новорожденные второй группы (получившие преднизолон), 38 ± 5 дней и 56 ± 4 дня, соответственно ($p < 0,5$). По назначению инфузионной терапии, антибактериальных препаратов, местного лечения группы были сопоставимы.

Заключение. По результатам проведенного исследования определено, что у новорожденных наиболее часто встречаются тяжелые формы врожденного ихтиоза, лечение длительное,

многокомпонентное, включает охранительный режим, термонейтральное окружение с высокой влажностью, антибактериальную и местную терапию, снятие болевого синдрома, раннее назначение инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами и белковыми гидролизатами. Эффективность лечения ихтиоза глюкокортикостероидами в периоде новорожденности не доказана.

Литература:

1. Галлямова, Ю.А. Ксероз кожи. Часть 1: патогенез / Ю.А. Галлямова, О.А. Барина, // Лечащий врач. – 2009. – № 11. – С. 79-84.
2. Врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока у новорожденного / Ю.А. Батман [и др.] //Здоровье ребенка. – 2010. – № 6(27). – С. 32-38.
3. Неонатология / А.Г.Антонов [и др.] // Национальное руководство. Издательство: ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 765 с.

ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСОВ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАКЕ ПОЛОСТИ РТА, РОТОГЛОТКИ И ГОРТАНИ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Е.А. Гутковская, Р.М. Смолякова, И.В. Стукалова, А.Г. Жуковец, Т.В. Францкевич

ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова»

Актуальность и цель работы

Рак полости рта, ротоглотки и гортани является актуальной мировой проблемой и наиболее часто встречающейся формой опухолей головы и шеи (56-70%).

Этиологическими агентами данных типов рака являются курение и злоупотребление алкогольными напитками. Согласно современным представлениям, 10-25% случаев рака в мире могут быть этиологически связаны с хроническими вирусными инфекциями. В настоящее время изучается вопрос о роли вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии предраковых заболеваний и рака полости рта, ротоглотки и гортани [1].

ВПЧ-ассоциированные повреждения ротовой полости включают папилломы (ассоциированные с ВПЧ 6 и 11 типов), фокальную гиперплазию эпителия (ВПЧ 13 и 32 типов) и эритроплакию (ВПЧ 16 типа). Роль ВПЧ в других повреждениях ротовой полости пока остается не ясной [2, 3]. Также большинство имеющихся данных об инфицированности ВПЧ 16 типа подтверждают его роль в развитии рака ротоглотки, в частности