

внедрить этот современный вид консультативной помощи повсеместно, в т.ч. в амбулаториях врача общей практики, т.к. он позволяет ускорить время постановки диагноза, вовремя назначить адекватное лечение. Особенно это актуально для районов, где отсутствуют врачи-дерматовенерологи.

Современным подходом является замена традиционных стационарных форм на лечение в отделениях дневного пребывания при поликлиниках, стационаре на дому. Это не только экономит бюджетные средства, но и очень удобно для пациентов. Специфика жизни в сельской местности не позволяет зачастую направить пациентов на стационарное лечение даже при наличии ярко выраженных клинических проявлений. В то же время, лечение в отделении дневного пребывания дает возможность получить необходимую медицинскую помощь без ущерба для домашнего хозяйства, что уже было положительно оценено жителями районных центров и расположенных близко к ним населенных пунктов. Назначение специфического лечения в таких случаях проводит райдерматолог, он же контролирует эффективность его и динамику клинических проявлений.

Еще одним значимым направлением в работе врача общей практики является проведение санитарно-просветительной работы. Возможности в данном направлении достаточно широки. Что касается дерматовенерологической службы, то по нашему мнению, врачи общей практики могут внести вклад в проведение обучения по половому воспитанию молодежи, организацию школ здоровья для пациентов с псориазом, атопическим дерматитом, как наиболее тяжелым и часто встречающимся патологиям, охватывающим сферу деятельности других специалистов.

Выводы. Тесное взаимодействие врача общей практики со специалистами дерматовенерологической и других специализированных служб, обучение основным методам и навыкам оказания специализированной помощи, позволит, прежде всего, исключить тактические и диагностические ошибки, расширить возможности оказания качественной помощи на местах, тем самым, обеспечив ее доступность для пациента.

ЗУД КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Н.В. Хворик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Холестаз беременных – относительно доброкачественное заболевание, которое проявляется зудом кожи, обычно в сочетании

с умеренной холестатической желтухой, развивается, как правило, в III триместре беременности и быстро исчезает после родов [2, 4, 5]. Холестатический зуд часто начинается на подошвах и кистях, затем становится генерализованным. Пик расчесывания у пациентов определяется в ночное время. Первичные кожные высыпания отсутствуют. Нередко определяются характерные для патологии печени кожные изменения – сосудистые звездочки, ксантелазмы. Могут выявляться следы расчесов, и лишь позднее возможно присоединение вторичных изменений кожи [1, 3]. Зуд при холестазах нередко бывает упорным и крайне мучительным, предшествует желтухе, что заставляет думать о кожных заболеваниях, аллергиях, глистной инвазии, нервных заболеваниях [3].

В лабораторных показателях при синдроме внутрипеченочного холестаза выявляется повышение содержания ферментов холестаза: γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП) и щелочной фосфатазы (ЩФ) [2, 3, 5]. Наиболее часто выявляется активация ферментов цитолиза, особенно аланинаминотрансферазы (АлАТ). В ряде случаев повышается уровень билирубина [3, 4, 5].

Целью нашего исследования было изучение основных жалоб и биохимических параметров синдрома внутрипеченочного холестаза беременных.

Материал и методы. Нами обследовано 108 беременных женщин с признаками нарушения функции печени невирусной этиологии во время беременности. I группу составили 59 женщин, при беременности у которых отмечалось повышение уровня активности АлАТ выше допустимой нормы (Ia) подгруппу составили 33 женщины с повышением уровня АлАТ до 90 U/L; Ib) подгруппу - 26 женщин с активностью АлАТ выше 90 U/L). Во II группу включены 24 беременные с сочетанием гиперферментемии АлАТ и гипербилирубинемией во время беременности. В III группу включены 25 женщин с повышенным уровнем билирубина.

Изучение клинической картины и лабораторных показателей позволило установить, что срок гестации, при котором зафиксированы изменения со стороны той или иной функции печени составил: для I а подгруппы – $249,7 \pm 28,25$ дней, для I б подгруппы – $258,6 \pm 21,52$ дня, для II и III групп – $255,8 \pm 19,77$ и $260,6 \pm 17,12$ дня соответственно. Тогда как из анамнеза стало известно, что симптомы нарушения функции печени, основным из которых являлся кожный зуд, заставлявшие женщин обращаться к смежным специалистам (дерматовенерологам, терапевтам, аллергологам) имели проявления гораздо раньше. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Частота возникновения нарушения функции печени в зависимости от срока гестации

Срок беременности	Ia подгруппа (n = 33)	Iб подгруппа (n = 26)	II группа (n = 24)	III группа (n = 25)
1. 30-33 недели	16 (48,5%)	11 (42,3%)	7 (29,2%)	4 (16,0%)
2. 34-37 недель	7 (21,2%)	9 (34,6%)	12 (50,0%)	7 (28,0%)
3. >37 недель	10 (30,3%)	6 (23,1%)	5 (20,8%)	14 (56,0%)
	$p_{1-2}<0,05$	-	$p_{2-3}<0,05$	$p_{1,2,3}<0,05$

Основной жалобой был кожный зуд, интенсивность которого оценивали по трехбалльной системе: 1 балл – эпизодический легкий зуд конечностей, 2 балла – зуд средней интенсивности, преимущественно в ночное время, 3 балла – интенсивный, почти постоянный зуд конечностей и туловища.

Оценивая зуд кожных покровов в группах беременных, нами получено: в Ia подгруппе 18 (54,5%) женщин имели данную жалобу, из них 10 (55,6%) отмечали эпизодический легкий зуд, 6 (33,3%) – средней интенсивности и 2 (11,1%) – интенсивный; в Iб подгруппе из 22 (84,6%) беременных, имеющих данное проявление, половина 11 (50%) жаловались на легкий зуд, 7 (31,8%) – на средней интенсивности, 4 (18,2%) – на интенсивный. Во II группе большинство женщин 19 (79,2%) имели проявления патологии печени в виде кожного зуда: 2 (10,5%) в виде легких проявлений, 9 (47,4%) – средней интенсивности и 8 (42,1%) – интенсивный зуд. В III группе 13 (52,0%) беременных отмечали данное осложнение: из них 10 (76,9%) в виде легких проявлений зуда и 3 (23,1%) – средней интенсивности.

Умеренные диспепсические расстройства имели 4 (12,1%) женщины Ia подгруппы, 5 (19,2%) Iб подгруппы, 5 (20,8%) II группы и не имели данных жалоб беременные III группы. Астено-вегетативный синдром наблюдался в Ia и Iб подгруппах в 5 (15,2%) и 8 (30,8%) случаях соответственно. Во II и III группах имел место у 4 (16,7%) и 6 (25%) беременных. Жалобы на невыраженный болевой синдром предъявляли в Ia и Iб подгруппах по 2 женщины (6,1% и 7,7%, соответственно), во II группе – 5 (20,8%), а в III – 4 (16,0%) беременные.

Из анамнеза стало известно, что 2 (6,1%) женщины Ia подгруппы отмечали наличие генерализованного зуда при беременности у бабушки, мамы, родной сестры. У 1 (3,8%) женщины Iб подгруппы, у каждой 4-й повторнородящей женщины II группы и 1 женщины (4,0%) III группы имелись изменения функционального состояния печени по результатам биохимического обследования во

время предшествующих беременностей, а также жалобы на зуд кожных покровов.

Выявленные изменения в основных биохимических показателях представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Активность АлАТ, АсАТ, содержание общего билирубина в сыворотке крови беременных

Показатель	Контрольная группа (n = 32)	Ia подгруппа (n = 33)	Iб подгруппа (n = 26)	II группа (n = 24)	III группа (n = 25)
АлАТ, Ед/л	17,1±1,06	65,2±2,86*	184,8±14,76*	215,2±30,91*	27,0±3,09*
АсАТ, Ед/л	19,1±0,86	46,2±3,77*	123,5±13,82*	152,5±21,25*	30,6±3,19*
о. билирубин	12,1±0,53	13,0±0,50	14,2±0,68*	28,2±2,10*	26,7±1,14*

Примечание: * - достоверное различие при сравнении с контрольной группой (p<0,05)

Как видно из таблицы 2, наиболее высокая активность АлАТ зарегистрирована в Ia подгруппе, Iб подгруппе и II группе (p<0,0001), во II группе данный показатель был значительно выше, чем в Ia подгруппе (p<0,01), тогда как отсутствовало достоверное различие с Iб подгруппой. В III группе, несмотря на достоверное различие с контролем (p<0,001), показатель активности АлАТ находился в допустимых физиологических пределах, что указывало на отсутствие признаков воспалительной реакции в печени у беременных данной группы.

Уровень билирубина был выше, чем в контроле в Iб подгруппе (p<0,05), II (p<0,0001) и III группах (p<0,0001), однако его содержание превышало нормальное значение только во II и III группах, в отличие от I группы, в которой он был в пределах нормальных величин.

Во всех случаях отмечено повышение ферментов холестаза: ГГТП и ЩФ (таблица 3).

Таблица 3. – Содержание маркеров холестаза в сыворотке крови беременных

	Контрольная группа (n = 32)	Ia подгруппа (n = 33)	Iб подгруппа (n = 26)	II группа (n = 24)	III группа (n = 25)
γ-ГТП	11,0 (9,0-15,0)	24,0 (17,0-34,0)*	27,0 (17,0-55,0)*	23,5 (19,5-76,5)*	12,0 (10,0-24,0)*
ЩФ	228,0 (191,5-282,5)	265,0 (210,0-441,0)*	417,5 (338,0-537,0)*	415,0 (313,5-563,5)*	237,0 (198,0-379,0)

Примечание: * - достоверное различие при сравнении с контрольной группой (p<0,05)

Как видно из таблицы 3, тенденция к достоверно повышенному содержанию γ -ГТП сохранена во всех основных группах, тогда как ЩФ достоверно повышена только в Ia, Ib подгруппах и II группе. Однако увеличение активности ЩФ может быть обусловлено не только холестазом, но и тем, что ее продуцирует плацента даже при нормальной беременности, а рост ее отмечается при плацентарной недостаточности.

Таким образом, синдром внутрипеченочного холестаза у беременных – нередко наблюдающаяся патология беременности, основным клиническим проявлением которой является кожный зуд. При обращении женщин с данной жалобой необходимо обязательное биохимическое исследование параметров холестатического и цитолитического синдромов.

Литература:

1. Герман, С.В. Особенности патогенеза, клиники и лечения кожного зуда при синдроме холестаза / С.В. Герман// РЖГГК. – 2005. - № 1. – С. 26-32.
2. Ковалева, Н.Б. Внутрипеченочный холестаз беременных /Н.Б. Ковалева, И.Х. Байрамова// РЖГГК. – 2006. - № 3. – С. 36-39.
3. Негода, В.В. К вопросу о синдроме внутрипеченочного холестаза у беременных. / В.В. Негода, З.С. Скворцов, В.В. Скворцов // Леч.врач. – 2003. - №6. – С. 58-61.
4. Heinonen, S. Pregnancy outcome with intrahepatic cholestasis / S. Heinonen, P. Kirkinen // Obstetrics and gynecology. – 1999. –Vol. 94. -№ 2. – P. 189-193.
5. Jenkins, J.K. Treatment of itching associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy. / Jenkins J.K., Boothby L.A.// Ann Pharmacother – 2002. – Vol. 36. – P. 1462-1465.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Н.В. Хворик

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы проблема вульвовагинитов, обусловленных грибковой инфекцией, приобрела большую клиническую значимость. Число их неуклонно растет и составляет 30-40% от всех инфекционных поражений вульвы и влагалища. У 90% женщин этиологическим агентом генитального кандидоза являются дрожжеподобные грибы – *Candida albicans*. Кандидоз – инфекционное заболевание слизистой оболочки влагалища, распространяющееся на шейку матки (эктоцервикс) и нередко на вульву. Наиболее частая форма генитального кандидоза у женщин – это вульвовагинит. Одним из ведущих моментов наличия данных заболеваний служит хронизация воспалительного процесса половых органов, что ухудшает процесс выздоровления. В