

2. ФАВ-68 обладает антифибрилляторными свойствами (активно на хлороформной модели аритмии).

3. ФАВ-68 не имеет бета-адреноблокирующей активности (не активно на адреналиновой модели аритмии).

4. ФАВ-68 практически не обладает свойствами предотвращать возникновение аконитиновой аритмии.

5. Можно предположить принадлежность ФАВ-68 к I классу антиаритмиков. Однако для точного определения места этого декагидрохинолина в ряду антиаритмиков, несомненно, необходимы дополнительные обширные исследования.

6. Декагидрохинолины заслуживают углублённого фармакологического изучения, поскольку потенциально пригодны для последующего введения в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прихожий, С.С. Изучение противоаритмической активности и токсичности некоторых производных декагидрохинолина / С.С. Прихожий, Л.И. Ухова // Материалы 3-го съезда фармацевтов БССР. – Минск. – 1977. – С. 211-213.

2. Беленький, М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта / М.Л. Беленький – Л.: Изд-во мед. лит-ры. – 1963. – 152 с.

3. Dawes, G. Experimental cardiac arrhythmias and quinidine-like drugs / G. Dawes // Pharmacol. Rev. – 1952. – N 4. – P. 43-54.

4. Lawson, J.W. Antiarrhythmic activity and acute toxicity of cis- and trans-isomers of 5-(3,4,5-trimethoxybenzamino), 2-methyldecahydroisoquiniline (M-30 & M-32) / J. Lawson, N. Woiciechowski // Drugs Exp. and Clin. Res. – 1984. – N 10. – P. 197-211.

5. Mathison, I. Synthesis and antiarrhythmic properties of some decahydroquinolines / I. Mathison, R. Pringston // J. Med. Chem. – 1980. – Vol. 28. – N 2. – P. 206-209.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Горбацевич Д. С., Ландюк М. М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. В общей структуре дерматологической заболеваемости КПЛ по данным различных авторов занимает

от 0,5 до 2,5 %. Большая вариабельность течения дерматоза, наличие атипичных клинических и гистологических проявлений могут затруднять своевременную постановку диагноза. В то же время, некоторые формы КПЛ (веррукозная, синдром Гриншпана-Потекаева) склонны к затяжному, рецидивирующему течению и устойчивы к терапии, что часто служат причиной повторного поступления больных в стационар и значительно ухудшают качество жизни пациентов. Длительно существующие и не поддающиеся терапии проявления дерматоза на слизистой оболочке полости рта требуют проведение биопсии для исключения эпителиальной дисплазии или развития плоскоклеточного рака.

Цель работы. Цель работы заключалась в изучении и оценке клинических проявлений, особенностей современного течения и терапии различных клинических форм красного плоского лишая.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе клинической документации 2 групп пациентов, проходивших стационарное лечение в ЛПУ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» за 2-летний период (2009-2010 гг.): основная группа - 204 пациента (75 мужчин (37%) и 129 женщин (63%) в возрасте от 19 до 84 лет) с верифицированным диагнозом КПЛ, и контрольная группа - 111 пациентов (58 мужчин (55%) и 53 женщины (45%) в возрасте от 19 до 81 года) с различным спектром кожной патологии (псориаз, экзема, контактный дерматит, пузырьчатка и др.). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 17.0 (ранговая корреляция Спирмена, непараметрический метод сравнения средних двух независимых выборок (критерий Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение. Среди пациентов с КПЛ преобладают женщины в возрасте 50-60 лет (средний возраст - 51,7 лет), в то время как у мужчин имеется склонность к возникновению дерматоза в более молодом возрасте (средний возраст - 45,2 лет). В зависимости от пола меняется и встречаемость различных форм: поражение слизистой оболочки полости рта в 75% случаев наблюдалось у женщин, в то время как мужчины чаще страдали веррукозной и фолликулярной формами КПЛ.

Наибольшая длительность заболевания наблюдалась у пациентов с веррукозной формой КПЛ (в среднем -12,5 лет) и в случаях комбинации различных клинических форм (в среднем – 8,3 года), что отражает торпидный характер течения этих вариантов дерматоза и устойчивость к проводимой терапии.

Лихеноидные высыпания по типу КПЛ у 1/3 больных были проявлением токсидермии (анамнез, клинико-лабораторные исследования), что важно учитывать при постановке диагноза и выборе рациональных схем лечения.

Тридцать пять пациентов (27,2%) указали возможные причины, повлиявшие на развитие или обострение заболевания, среди которых доминируют стресс и прием лекарственных препаратов. У 40,2 % пациентов были выявлены аллергические реакции на лекарственные препараты.

В большинстве случаев диагноз КПЛ может быть выставлен на основании клинических проявлений заболевания, хотя у части пациентов патогномоничные объективные и субъективные признаки могут отсутствовать (у 40 пациентов (24%) с локализацией процесса на кожных покровах субъективные ощущения (зуд) в области высыпаний не выявлялись).

Установлена достоверная связь ($p < 0,05$) между наличием у пациентов КПЛ и патологии со стороны органов ЖКТ, эндокринной системы, гинекологической сферы, которые возможно имеют триггерное значение в развитие дерматоза.

На основании данных литературы о нарушении липидного обмена при хронических воспалительных заболеваниях кожи был проанализирован уровень липидов у пациентов с КПЛ и пациентов контрольной группы. Тем не менее, полученные нами данные о повышенном содержании липидов в сыворотке крови у пациентов с КПЛ по сравнению с контрольной группой требует более детального изучения с исключением всех факторов, влияющих на этот показатель. Тем не менее, возможность ассоциированного нарушения липидного обмена следует учитывать при ведении пациентов с КПЛ, особенно при наличии в анамнезе заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Терапия КПЛ независимо от клинической формы заболевания подбиралась комплексно и индивидуально и была направлена, главным образом, на коррекцию иммунологиче-

ского статуса. Дифференцированный подход к лечению в 93% случаев позволял добиться клинического улучшения состояния пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский, С. И., Слесаренко, Н. А. Красный плоский лишай /Под ред. Сяно В.И. - Саратов, 1990. - 175 с.
2. Катина, М. А. Красный плоский лишай: особенности клинических форм заболевания и методы их лечения//Мед. Панорама. – 2010.- №1.- с. 33-42.
3. Лукьянов, А. М., Артамонова, О. В. Современная терапия больных красным плоским лишаем//Рецепт. – 2007. - № 3. – С. 107-114.
4. Clinical practice. Lichen planus/ Le Cleach L., Chosidow O.// N Engl J Med. -2012.-Vol.366, N.8.- P. 723-732.

МРТ МОНИТОРИНГ ПРИ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Гордеев Я. Я., Шамова Т. М., Бойко Д. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Чувствительность МРТ в диагностике рассеянного склероза (РС) достигает 95-99% и основывается на выявлении патологических очагов в ЦНС, диссеминированных во времени и в пространстве. Традиционные критерии диагностики РС [1] были пересмотрены и дополнены в свете результатов, полученных методами нейровизуализации [2]. Выявлено не соответствие МРТ картины у взрослых (по критериям Barchof F. et al., 1997) и в случаях педиатрического РС (пРС). Callen et al., используя стандартизированные методы МРТ исследования, предложили педиатрическо-определенные модификации, являющиеся более чувствительными для диагностики РС в детском возрасте [3]. Достоверность предложенных критериев, особенно при первых манифестации, оценивается неоднозначно [4] и требует дальнейших исследований. Необходимость длительного МРТ-мониторинга при пРС вытекает из следующих установленных и предполагаемых факторов: высокой функциональной пластичности мозга с более интенсивной ремиелинизацией и менее тяжелым нейрональным повреждением [7], медленного формирования необратимых изменений (об-