

беременности или физических нагрузок) и чрезмерно сухая кожа, у 7 – тонкие рубцы, у 3 – широкие атрофические рубцы, у 1 – шов в виде папиросной бумаги; у 2 – повышенная растяжимость, гиперэластичность; у 4 – тонкая, просвечивающая, легко ранимая кожа, у 5 – бархатистая нежная, у 2 – мягкая рыхлая текстура кожи; у 2 – подкожные псевдоопухоли и сферические образования, у 3 – истончение подкожно-жирового слоя, у 2 – варикозное расширение вен; 5 пациентов отмечали возникновение ушибов и кровоподтеков при незначительных ударах, 4 – легкое возникновение гематом, у 2 – наличие геморрагических проявлений; наличие пролапсов органов (в основном пролапса митрального клапана) отмечали 6 пациентов, у 3 определялись грыжи. Выраженная гипомagneзиемия выявлена у 3 больных (0,49–0,58 ммоль/л), умеренно-выраженная – у 5 (0,7–0,76 ммоль/л), слабовыраженная – у 4 (0,84–0,89 ммоль/л), нормомagneзиемия – у 5 (0,91–1,04 ммоль/л). В данной отборочной группе значимой корреляционной связи между выраженностью изменений кожи у пациентов с НДСТ и показателями мagneзиемии не выявлено.

Некоторые исследователи, основываясь на выявляемом в 46,6–72,0 % наблюдений при НДСТ дефиците магния в различных субстратах (сыворотка крови, эритроциты, волосы, ротовая жидкость), допускают патогенетическое значение гипомagneзиемии в развитии НДСТ. Нормомagneзиемия не исключает возможно дефицита магния. Поэтому обнаружение гипомagneзиемии (магний сыворотки меньше 0,92) является признаком выраженного дефицита магния в организме. В нашем же исследовании выявлено снижение магния в сыворотке крови у 70,6 % (12 человек) пациентов, причем в 47,1 % случаев (8 человек) гипомagneзиемия более значима, что сопоставимо с вышеперечисленными исследованиями (по данным литературы) и требует патогенетически обоснованного назначения препаратов магния от 2 до 6 месяцев (с показателями выраженной гипомagneзиемии – пожизненно) как коллагеностимулирующей терапии, отражающей сегодняшние представления о патогенезе НДСТ, в том числе с целью профилактики дегенеративных изменений кожи, предупреждения раннего старения.

ДЕРМАТОЗЫ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ

*Н. П. Торопова, Л. Ю. Насырова, Н. В. Щербакова
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,
г. Екатеринбург*

В практике детского дерматолога среди болезней кожи и подкожной клетчатки (код L 00-L99, класс XII согласно МКБ X пересмотра 1992 г.), а также по классу I (вирусные поражения кожи, код A00–B 99), по классу XVII

(врожденные аномалии, код Q 00–Q 99) регистрируются 103 нозологические формы дерматозов, 365 клинических вариантов для уточненного диагноза (в число дерматозов не включены микозы, чесотка, педикулез). Ежегодный анализ нозологических форм дерматозов у детей, госпитализированных в клинику УрНИИДВиИ (2005–2008), показал, что наибольший удельный вес в структуре госпитализированных больных составляют больные атопическим дерматитом (от 31,2 до 34,9 %), псориазом (от 16,7 до 18,2 %), больные экземой (дети раннего возраста от 14,1 до 17,2 %). Общее число госпитализированных детей за 4 года – 2806. Наиболее частым показанием для госпитализации детей, больных атопическим дерматитом (АтД), являлось обострение и диссеминация высыпаний, обусловленных присоединением вторичной инфекции (бактериальной, вирусной, кандидозной). Среди госпитализированных больных наряду с АтД отмечены дерматозы детского возраста, протекавшие с эпизодами осложнений вторичной инфекцией: энтеропатический акродерматит, врожденный буллезный эпидермолиз, болезнь Сульцбергер–Блоха (у детей первого года жизни), герпетиформный дерматит, простой и опоясывающий герпес, буллезный дерматоз, обусловленный отложением IgA по базальной мембране и др.

Всем больным с клиническими проявлениями вторичной инфекции проводилось лабораторное обследование, предусматривавшее исследование микрофлоры отделяемого с кожи и зева с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам. Среди 48 обследованных детей с АтД до одного года было 9 больных (18,7 %), от 1 года до 3 лет – 13 (27,1 %), от 3 до 7 лет – 15 (31,3 %), от 7 до 14 лет – 11 (22,9 %). Бактериологическое исследование материала с кожи у подавляющего большинства больных выявило *Staph. aureus* (70,8 %). *Staph. epidermidis* выделен у 7 детей (14,6 %), сочетание *Staph. aureus* и *Candida albicans* у 3 (6,3 %) больных. У 4 больных (8,3 %) выделены *Proteus mirabilis* и *Klebsiella spp.* (8,3 %).

В материале из зева выделяли более разнообразную флору, в том числе сочетание трех и четырех микроорганизмов: *α-haemolyticus Streptococcus*, *Neisseria spp.*, *Staph. aureus*, *Corynebacterium spp.* и др. Как правило, микрофлора зева соответствовала таковой на коже, особенно это заметно при выделении коагулозоположительных и коагулозоотрицательных стафилококков. Определялась чувствительность выделенных штаммов с кожи и зева к антибиотикам (эритромицину, гентамицину, левомицетину, оксациллину, азитромицину, клиндамицину, доксициклину). Чувствительность изолятов кожи и зева к антибиотикам практически не отличалась. У подавляющего большинства больных отмечена чувствительность выделенных с кожи *Staph. aureus* к гентамицину. При осложненных формах АтД у детей в возрасте от одного года с целью получения санирующего, противовоспалительного и противозудного эффекта успешно использована комбинация бетаметазона пропionato 0,05 % и гентамицина 0,1 % (белогент, крем и мазь). Клинический эф-

фект в виде устранения вторичной инфекции отмечался на 5–7-й день, явления воспаления и зуд на 8–14-й день (в зависимости от локализации и распространенности поражения кожи). Второй этап наружной терапии – использование смягчающих и увлажняющих средств, обучение родителей и пациентов правилам ухода за кожей.

СОВРЕМЕННАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Н. Н. Филимонкова, К. А. Чуверова
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,
г. Екатеринбург*

Существенная роль в комплексной терапии больных псориазом принадлежит наружному медикаментозному лечению, назначаемому с учетом стадии псориазического процесса, остроты его проявлений.

В клинике УрНИИДВиИ применяли 0,1 % мазь, крем и лосьон Элоком в терапии больных псориазом в прогрессирующей стадии при наличии сочетания островоспалительных проявлений – выраженных явлениях гиперемии (3–4 балла по PASI), инфильтрации (3–4 балла) однократно в сутки в течение 7–10 дней. Затем при гиперемии (2–3 балла), инфильтрации (1–2 балла) и появлении шелушения (2–3 балла) клинически эффективно было назначение мази Элоком-С (мометазон/салициловая кислота) однократно в сутки в течение 10–14 дней с последующей терапией индифферентными наружными средствами. При псориазическом поражении кожи волосистой части головы однократно вечером назначалась 3 % серная мазь. При наличии резко выраженного шелушения, инфильтрации, гиперемии (2–3 балла) эффективно применение утром шампуня Фридерм-деготь и в течение дня 1–2-кратное назначение лосьона Элоком (мометазон).

Терапия была проведена 63 больным вульгарным псориазом в прогрессирующей стадии процесса с длительностью заболевания от 11 до 15 лет. Наружная терапия дополняла активную традиционную (дезинтоксикационно-противовоспалительную) терапию.

Терапевтическая эффективность последовательного назначения Элокома и Элокома-С характеризовалась уменьшением зуда, эритемы, шелушения начиная с 4–5-го дня, снижением индекса PASI в 4,3 раза, сокращением госпитального этапа терапии в среднем до 24,0 дня.

Наш практический опыт применения различных лекарственных форм препаратов Элоком и Элоком-С при поэтапной комплексной терапии больных псориазической болезнью позволил положительно оценить их терапевтиче-