

ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. При этом определяется существенное омоложение контингента больных, умерших от туберкулёза. Еще менее выражены (нередко практически отсутствуют) специфические клеточные реакции [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Таким образом, на основании собранного материала можно сказать, что лучшие традиции, накопленные уральской научной школой фтизиатров и ознаменованные немалыми достижениями во фтизиатрической науке, в настоящее время не только не угасли, а напротив, продолжают свое развитие.

Выводы:

1. Процесс развития науки и совершенствования всей противотуберкулезной службы в стране и в отдельных ее регионах, каким является Урал, неостановим;
2. Развитие научных исследований в области фтизиатрии направлено на улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу в стране, способствует повышению эффективности противотуберкулёзных мероприятий и ведет к новым фундаментальным знаниям о туберкулезе.

Литература:

1. Гринберг Л.М. Актуальные вопросы патологии и патоморфоза микобактериальных инфекций / Л.М. Гринберг, Е.Ю. Баранова, Д.Л. Кондрашов // Уральский медицинский журнал. Спец. выпуск. – 2005. – С. 44-48.
2. Гринберг Л.М. Патологическая анатомия и современные аспекты патоморфоза туберкулеза / Л.М. Гринберг, Т.И. Казак // Оптимизация работы фтизиатрической службы в новых социально-экономических условиях промышленного региона: Сб. тр. науч. сессии ин-та и тез. докл. рабочего совещания фтизиатров Уральского и Волго-Вятского регионов, 10-12 апреля 1996 г., г. Екатеринбург, МЗМП РФ, УрНИИФ. – 1996. – С. 29.
3. Соколов В.А. Мы прошли через бури и выжили // Уральское медицинское обозрение. – 2001. – №1 (32). – С. 86-88.
4. Соколов В.А. Сохранить добрые традиции / В.А. Соколов, Д.М. Голубев, М.Л. Шулутко, Л.А. Колосова // Уральскому научно-исследовательскому институту фтизиопульмонологии 70 лет. – 2001. – С. 3-105.
5. Шулутко М. Л. Дарующая жизнь: этюды о хирургии: научно-популярная литература // Свердловск: Средне-Уральское книжное издательство. – 1973. – С. 98.

УДК 616.527.4

О.Д. Лесная, М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская
ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА
Кафедра кожных и венерических болезней

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

O.D. Lesnaya, M.A. Ufimtseva, E.P. Gurkovskaya

PEMPHIGUS PARANEOPLASTIC

Department of dermatology and venereology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: defibrillation@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены патогенез, клиника, диагностика, лечение паранеопластической пузырчатки.

Annotation. The article deals pathogenesis, clinical manifestations, diagnostics and treatment of pemphigus paraneoplastic.

Ключевые слова: паранеопластическая пузырчатка, плакины, облитерирующий бронхиолит.

Keywords: pemphigus paraneoplastic, plakins, bronchiolitis obliterans.

Паранеопластическая пузырчатка (ПНП) – это редкий тяжелый аутоиммунный пузырный дерматоз, характеризующийся полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках и сопутствующими новообразованиями внутренних органов. Связь между опухолями и поражением кожи была впервые описана в 1990 году (Anhalt et al., Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore) [1, 5]. Манифестация дерматоза может предшествовать, возникать в тоже время или после подтверждения неоплазии. Летальность заболевания крайне высока, что обусловлено инфекционными осложнениями, облитерирующим бронхиолитом, ассоциированными новообразованиями [2, 3, 6].

Ассоциированные новообразования включают неходжкинские лимфомы, хроническую лимфоцитарную лейкемию, опухоль Кастлемана, макроглобулинемию Вальденстрема, тимому, болезнь Ходжкина, Т-клеточные лимфомы, а также солидные опухоли внутренних органов [1, 4, 5].

Цель исследования – изучение клинической картины паранеопластической пузырчатки у лиц с ассоциированными неоплазиями.

Материалы и методы исследования

Проведен литературный обзор материалов отечественных и зарубежных исследователей, описывающих течение ПНП с использованием поисковых систем PubMed, Google Scholar, BioMed Central (всего 95 статей). Обследовано 2 пациента с ПНП, находящихся на лечении в УрНИИДВиИ в 2015 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент А., 54 лет поступил в отделение хронических дерматозов УрНИИДВиИ, в связи с торпидным течением кожного процесса с

направительным диагнозом: Токсико-аллергический дерматит. Из анамнеза заболевания установлено, что болен в течение 4 месяцев, когда отметил боль летучего характера в крупных суставах конечностей, смазывал область пораженных суставов НПВС с временным эффектом. В течение месяца отметил высыпания на слизистой конъюнктивы и слизистой оболочки гениталий. Дерматологом по месту жительства выставлен диагноз: Болезнь Рейтера(?), при этом хламидии методом ПЦР не обнаружены. Назначен доксициклина моногидрат 100 мг перорально 2 раза в сутки в течение 14, с незначительным эффектом – эпителизацией эрозий на гениталиях, разрешение конъюнктивита. В течение трех месяцев больной похудел на 20 кг. В августе отметил резкое ухудшение самочувствия: подъем температуры тела до фебрильных цифр, появление распространенных буллезных высыпаний на волосистой части головы, груди, верхней части спины, с вовлечением слизистой полости рта, гениталий, конъюнктивы. Пузыри вскрывались с образованием болезненных эрозий. Эрозии полости рта затрудняли прием пищи. Был госпитализирован в инфекционное отделение по месту жительства с диагнозом: Токсико-аллергический дерматит.

Терапия включала внутривенные инфузии с преднизолоном до 120 мг. Выписан с положительным эффектом, эпителизацией части эрозий на 9 таблетках преднизолона в сутки (45 мг/сут). Поступил в отделение хронических дерматозов УрНИИДВиИ, в связи с торпидным течением кожного процесса, с направительным диагнозом: Токсико-аллергический дерматит. Из обследований: ОАК: Нв $105 \cdot 10^{12}$ /л, Тг $180 \cdot 10^9$ /л. Кровь на антитела к HIV, HbSAg, АнтиHCV – отрицательные, Антитела к вирусу герпеса 1, 2 типа, ЦМВ содержимого пузырьков – отрицательные, ПЦР на хламидии с конъюнктивы, выделений из уретры – отрицательный. Исследование на клетки Тцанка и эозинофилию с пузыря в области плеча правой верхней конечности – клетки Тцанка обнаружены, эозинофилия 0%. Гистологическое исследование биоптата кожи спины: внутриэпидермально надбазально локализуется полость, содержащая гранулоциты и акантолитические клетки. В поверхностных отделах дермы рыхлые, преимущественно периваскулярные смешанно клеточные инфильтраты. Заключение: Акантолитическая пузырьчатка.

Терапия системными глюкокортикостероидами: 45 мг/сут преднизолона и инъекции дипроспана 1,0, в/м, 1 р/нед, а также адекватная наружная обработка элементов, с положительным эффектом. Пациент отметил улучшение самочувствия, появился аппетит. При повторном исследовании общего анализа крови: Нв $90 \cdot 10^{12}$ /л, Тг $50 \cdot 10^9$ /л. Пальпаторно в правой подреберной области – объемное образование, размером с куриное яйцо.

Заключение УЗИ органов брюшной полости: диффузно – очаговые изменения в правой доле печени, диффузные изменения в поджелудочной железе. УЗ-признаки объемного образования в брюшной полости (Сг толстого кишечника?). Жидкость в брюшной полости.

Выписан для КТ – исследования, заключение: Объемное образование (Cr?) брыжейки тонкой кишки. Метастазы печени. Асцит.

После диагностической лапаротомии установлен диагноз: рак толстой кишки (T4, N+, M+). Канцероматоз органов брюшной полости. Асцит.

В патогенез ПНП основная роль отводится синтезу противоопухолевых антител, что ведет к образованию аутоантител, которые связываются с белками эпителия - десмоглеинами и плакинами. Последние индуцируют антиплакиновые аутоантитела класса IgG, при взаимодействии которых с аутоантигенами происходит образование воспалительной инфильтрации, акантолиза и некроза кератиноцитов с последующим формированием пузыря [1, 5].

Клиническая картина дерматоза характеризуется полиморфизмом высыпаний [7]. Характерно эрозивное поражение слизистых оболочек полости рта, красной каймы губ, глаз, носоглотки, пищевода, трахеи, бронхов и гениталий. Пузыри и лихеноидные элементы на ладонях и подошвах – характерный признак ПНП [1].

Лечение паранеопластической пузырчатки эффективно лишь при удалении доброкачественной неоплазии – полное разрешение высыпаний наблюдается через 6-18 месяцев. При сопутствующем злокачественном процессе прогноз, как правило, неблагоприятный [2].

Выводы:

1. Паранеопластическая пузырчатка - это редкий тяжелый аутоиммунный пузырный дерматоз, характеризующийся полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках и сопутствующими новообразованиями внутренних органов.

2. Наше наблюдение приводим в связи с редкой встречаемостью данного тяжелого дерматоза, прогноз которого обусловлен своевременностью диагностики и лечения, настороженностью врачей смежных специальностей.

Литература:

1. А.В. Самцов Буллезные дерматозы // М. 2012. С. 46-55.
2. Kitagawa C. A typical case of paraneoplastic pemphigus without detection of malignancy: effectiveness of plasma exchange/ C. Kitagawa, K. Nakajima, Y. Aoyama, A. Fujioka, H. Nakajima, M. Tarutani, D. Tsuruta, T. Hashimoto, S. Sano. – ActaDermatoVenereologica, 2014; №94(3), P.:359-61.
3. Mahajan V. K. Paraneoplastic Pemphigus: A Paraneoplastic Autoimmune Multiorgan Syndrome or Autoimmune Multiorganopathy/ Mahajan V.K., Sharma V., Chauhan P.S., Mehta K.S., Sharma A.L., Abhinav C., Khatri G., Prabha N., Sharma S., Negi M. - Case Reports in Dermatological Medicine, 2012.
4. Ohzono A. Clinical and immunological findings in 104 cases of paraneoplastic pemphigus/A. Ohzono, R. Sogame, X. Li, K. Teye, A. Tsuchisaka, S. Numata, H. Koga, T. Kawakami, D. Tsuruta, N. Ishii, T. Hashimoto . – British Journal of Dermatology, 2015; № 6, P.: 1447–1452.

5. Silva J. A. Paraneoplastic cutaneous manifestations: concepts and updates/ Silva J.A., Mesquita K.C., Igreja A.C., Lucas I.C., Freitas A.F., Oliveira S.M., Costa I.M., Campbell I.T. – Anais Brasileiros Dermatologia, 2013; № 88(1), P.: 9–22.

6. Su Z. Paraneoplastic pemphigus associated with follicular dendritic cell sarcoma: report of a case and review of literature/ Z. Su, G. Liu, J. Liu, T. Fang, Y. Zeng, H. Zhang, S. Yang, Y. Wang, J. Zhang, J. Wei, Y. Li, Y. Guo. - International Journal of Clinical and Experimental Pathology, 2015; №8(10), P.: 11983–11994.

7. Zeng M. A case of Paraneoplastic Pemphigus associated with Castleman's disease/ M. Zeng, M. Zhang, W. Hu, Q. Kong, H. Sang, X. Xu. – Anais Brasileiros Dermatologia, 2013; №88, P.: 11-14.

УДК 616-022.6; 616-022.7

Я.Е. Лопухова, Г.З. Ханипова, А.Е. Макаров
TICK-ВЕКТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ КРУПНОГО
ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА (НА ПРИМЕРЕ Г.ЕКАТЕРИНБУРГА)

Кафедра эпидемиологии
Уральская государственная медицинская академия Министерства
Екатеринбург, Российская Федерация

YA.E. Lopuchova, G.S. Hanipova, A.E. Makarov
TICK-VECTOR INFECTION IN THE TERRITORY OF A LARGE
INDUSTRIAL CENTRE (ON THE EXAMPLE OF EKATERINBURG)

Department of epidemiology
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: janka169@rambler.ru

Аннотация. В период с 2005 по 2015 г. проанализирована заболеваемость клещевым вирусным энцефалитом и иксодовыми клещевыми боррелиозами жителей Екатеринбурга. В последние годы, при стабилизации заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом, отмечена тенденция к росту заболеваемости иксодовыми клещевыми боррелиозами. За 2015 г. дана характеристика обращаемости жителей в травмпункты по поводу инокуляции клеща. Определены группы риска среди пострадавших. Большую их часть составляли жители мегаполиса профессионально не связанные с лесом: пенсионеры, организованные дети 3-6 лет и школьники.

Annotaition. In the period from 2005 to 2015 analyzed the incidence of tick-borne encephalitis and Ixodes tick-borne borreliosis the residents of the city of Yekaterinburg. When you stabilize in recent years, the incidence of tick-borne encephalitis revealed a tendency to increase the incidence of Ixodes tick-borne