

Сотрудник переходит в чистую зону после всей санитарной обработки и надевает чистую одежду.

Выводы

В своей работе мы разобрали основные принципы работы, организацию и размещения инфекционного стационара в период ЧС. Выяснили, что главное – скорость развертывания стационара для диагностики и лечения зараженных, обустройство стационара – система санпропускников, разделение отделений на зоны, технологические процессы при переходе из одной зоны в другую, изолирование зараженных от общества, наличие квалифицированного персонала, защита мед работников, поставка медикаментов и аппаратуры в необходимом объеме, слаженная работа всех систем и отслеживание эпидемиологической ситуации.

Список литературы:

1. Медицина катастроф: учеб.пособие дл мед. вузов / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. - м. :ГЭОТАР -. Медиа, 2012. - 140 с
2. Сахно. И.И. Медицина катастроф / И.И.Сахно,В.И.Сахно.- М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002г. - С.528
3. Безопасность и защита населения в чрезвычайных ситуациях / Под ред. Г.Н. Кириллова. - М.: НЦ ЭНАС, 2011. –С. 67
4. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). Второе издание.- М.: Всемирная организация здравоохранения,2008г. – С.56
5. ИС «Кодекс: 6 поколение» Алгоритм по работе с особо опасными инфекциями. [Электронный ресурс] // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2014. № 1 (7). С. 1-9. (дата обращения 03.03.2021)

УДК 616.521.5

**Иванова А.И., Антонова С.Б., Бочкарев Ю.М., Николаева К.И.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ У
ПАЦИЕНТКИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ivanova A.I., Antonova S.B., Bochkarev Yu.M., Nikolaeva K.I.
CLINICAL CASE OF DISHYDROTIC ECZEMA**

Department of Dermatovenerology and Life Safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ai.ivanova.dv@gmail.com

Аннотация. В статье описан клинический случай дисгидротической

экземы кистей у девочки-подростка 14 лет с отягощенным атопическим статусом. Представлены клинико-anamnestические характеристики, рассмотрены вопросы отечественной и зарубежной терминологии.

Annotation. The article describes a clinical case of dyshidrotic eczema of the hands in a 14-year-old girl with aggravated atopic status. Clinical and anamnestic characteristics are presented, issues of domestic and foreign terminology are considered.

Ключевые слова: дисгидротическая экзема кистей, атопический дерматит, дисгидроз, везикулезная ладонно-подошвенная экзема

Key words: dyshidrotic eczema of the hands, atopic dermatitis, dyshidrosis, vesicular palmar-plantar eczema

Введение

Неуклонный рост распространенности аллергических заболеваний кожи – экземы, атопического дерматита, обуславливает актуальность изучения звеньев этиологии и патогенеза заболевания. Несмотря на то, что дисгидротическая экзема часто рассматривается как подростковая и взрослая фаза атопического дерматита, исследования по этиологии и патогенезу дисгидротической экземы (ДЭ) до настоящего времени изучены недостаточно [1].

Термин «дисгидроз» в отечественной дерматологии закрепился как: 1) общее название расстройств потоотделения, 2) синоним «водяницы» - экземоподобное состояние, сопровождающееся закупоркой протоков потовых желез с образованием мелких везикул с типичной локализацией на ладонях и подошвах, боковых поверхностей пальцев кистей и стоп.

Дисгидротическая экзема - хронический везикуло-буллезный дерматит, характеризующийся мелкими везикулами от 1 до 5 мм на латеральных участках пальцев. Частота встречаемости дисгидротической экземы 1-5%. Пик заболеваемости у женщин 15-25 лет, у мужчин 30-40 лет [10].

В зарубежной литературе вместо термина «дисгидротическая экзема» можно встретить термин «везикулезная ладонно-подошвенная экзема» – дерматит кистей и стоп, характеризующийся пузырями различных размеров с гистологической картиной спонгиозных везикул [3].

Везикулезная ладонно-подошвенная экзема делится на 4 формы: помфоликс, хронический везикуло-буллезный дерматит кисти, гиперкератотический дерматит кисти и Id-реакция. Эти состояния можно объединять в категорию эндогенного дерматита кистей в противоположность дерматиту, вызванному исключительно экзогенными факторами [3].

Этиологические факторы возникновения дисгидротической экземы: 1) ассоциация с атопией, 2) контактная аллергия, 3) психологический стресс, 4) влажный и жаркий климат, 5) грибково - бактериальная сенсibilизация, 6) генетическая предрасположенность, 7) патология ВНС [10].

Преимущественно экзогенная форма экземы чаще ассоциируется с 4 типом аллергической реакции (ГЗТ) и дебютирует как контактный дерматит. При

частых рецидивах аллергического дерматита формируется поливалентная чувствительность кожи, экзематозная реакция развивается не только под действием конкретных аллергенов, но и различных ирритантов. Изменение реактивности и повышение чувствительности кожи обусловлено не только иммунными сдвигами, но и нарушениями ЦНС и ВНС. В дальнейшем на течение болезни начинают оказывать влияние эндогенные токсические факторы [6].

Эндогенная экзема. В европейских странах термин является синонимом «атопический дерматит». В отечественной дерматологии рассматривается как синдром, развившийся у пациентов с атопическим дерматитом. В развитии экземы преобладают генетически предопределенные дефекты в формировании кожного барьера, особенности функции гормональной и нейровегетативной систем, нарушения функциональных свойств кожи [6].

Цель исследования — описание клинико-анамнестических особенностей дисгидротической экземы, описание клинического случая дисгидротической экземы у девочки-подростка 14 лет на фоне атопического дерматита.

Материалы и методы исследования

Представлено описание клинического случая у девочки-подростка 14 лет с отягощенным атопическим статусом.

Результаты исследования и их обсуждение

Мать пациентки Д., 14 лет обратилась в ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер» с жалобами на высыпания на кистях у дочери, сопровождающиеся зудом.

Anamnesis morbi. Дебют атопического дерматита с 6-ти месячного возраста, когда на коже лица появились зудящие высыпания на эритематозном фоне с тенденцией к слиянию, периодически мокли, покрывались корками, начало заболевания связывает с введением прикорма. В дошкольный и младший школьный период были эпизоды кожных высыпаний в локтевых подколенных сгибах, затем был длительный период ремиссии. В течение последних 3-х лет отмечает появление зудящих высыпаний на кистях с периодичностью 1 раз в год в весеннее время. По поводу настоящего обострения обратилась за медицинской помощью к врачу-дерматовенерологу в детскую поликлинику по месту жительства, назначена терапия антигистаминным препаратом цетризин, наружно крем, содержащий пиритион цинка (0,2 %) – без эффекта.

Наследственность отягощена: у матери в анамнезе «аллергический диатез» в детстве, экзема кистей с 29 лет (со слов), редкие обострения (1 раз в 3 года).

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Рост 156 см, вес 45 кг. Рост и развитие соответственно возрасту. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ясные. пульс 74 в мин. АД — 120/70 мм рт. ст.

Status specialis Кожа физиологической окраски, сухая. Кожный процесс ограниченный, симметричный, локализуется на коже боковых поверхностей фалангов пальцев кистей, представлен очагами гиперемии с везикулами, буллами 3-4 мм, отмечаются фиссуры, серозные геморрагические корки темно-

коричневого цвета, эскориации. Дермографизм белый, стойкий.



Рис 1А., Б Клинические проявления дисгидротической экземы (до лечения).

Проведены следующие лабораторные исследования: общеклинические анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на гельминтов), исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови. По результатам проведенных лабораторных исследований выявлен повышенный уровень сывороточного иммуноглобулина Е 250 МЕ/мл (при норме до 200 МЕ/мл), остальные все проведенные анализы в пределах референсных значений.

На основании жалоб (наличие зудящих высыпаний на кистях), данных анамнеза (начало заболевания в раннем возрасте, сезонность, отягощенная наследственность), данных лабораторного исследования (повышенный уровень сывороточного IgE) и типичной клинической картины у данной пациентки установлен основной клинический диагноз: Дисгидротическая экзема кистей, обострение. Атопический дерматит, подростковый период, обострение.

Согласно федеральным клиническим рекомендациям РОДВК, 2017 («Атопический дерматит». «Экзема») было проведено комплексное лечение, которое включало гипоаллергенную диету, назначение антигистаминного препарата 1 поколения хифенадина гидрохлорид, наружная терапия анилиновыми красителями, курсовое лечение комбинированным топическим стероидом гентамицин+бетаметазон+клотримазол с постепенной отменой и переходом на средства, ускоряющие регенерацию кожи. На фоне терапии

отмечается положительная динамика: исчезновение зуда, регресс высыпаний.



Рис.2. Клинические проявления дисгидротической экземы (после лечения).

Выводы

1. Оценка клинико-anamnestических особенностей у пациентов с дисгидротическими поражениями ладоней (наличие семейного анамнеза атопии и экзем, длительность заболевания, продолжительность рецидивов, рецидивирующее течение заболевания) должна быть учтена в комплексной оценке прогнозирования течения заболевания и ответа на лечение.

2. Наружное лечение в терапии экземы рук имеет первостепенное значение. При наличии аллергического воспаления в сочетании с присоединением вторичной инфекции, выбор топических препаратов остается за комбинированными средствами, которые действуют на механизмы патогенеза.

Список литературы

1. Бизунова М.А. Исследование атопического статуса у больных с дисгидротической экземой / М.А. Бизунова, Н.Г. Ильина, Ю.М. Криницына, И.Г. Сергеева // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2015. – Т.13. – №4. – С.77-82.

2. Бойко В.В. Клинико-anamnestические характеристики пациентов с дисгидротическими поражениями ладоней и подошв // Дерматология и венерология. - 2019. - №1. - С.20-26.

3. Волф К. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: В 3 т / К. Волф, Л. А. Голдсмит, С.И. Кац, Б.А. Джилкрест и др.; пер. с англ.; общ. ред. Н. Н. Потекаева, А.Н. Львова. – изд. 2-е, исп., перер., доп. – М.: Издательство Панфилова, 2015. - Том 1. – 2015. – С.173-178.

4. Диковицкая И.Г. Подходы к топической терапии дисгидротической экземы / И.Г. Диковицкая, И.М. Корсунская, Л.Р. Сакания, О.В. Дорджијева // Клиническая дерматология и венерология - 2013. –Т.3. - №11. - С. 97-100.

5. Заславский Д. В. Экзема: тактика выбора наружной терапии / Д.В. Заславский, Е.С. Туленкова, К.Н. Монахов, Н.А. Холодилова, Ю.С. Кондратьева, О.Б. Тамразова, О.Б. Немчанинова, М.О. Гулиев, И.Л. Шлишко, И.Е. Торшина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – Т.94. - №3. – С.56–66.

6. Соколовский Е. В. Дерматовенерология: учебник для студентов учреждений высш. проф. мед. образования / Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т. В. Красносельских – СПб.: СпецЛит, 2017. – 687 с.

7. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.

8. Хлебникова А.Н. Роль протективных средств в терапии хронических дерматозов // Российский аллергологический журнал. - 2014. - №3. - С. 47-52.

9. Юсупова Л.А., Современные особенности клиники, диагностики и терапии больных экземой // Лечащий врач. – 2018. – №6. – С. 85-87.

10. Яковлев А.Б. Дисгидроз и дисгидрозиформные дерматозы: особенности клиники, диагностики и лечения. / А.Б. Яковлев, Л.С. Круглова // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Т.17. – №4. – С.72-78

УДК 656.13.05.001.25

**Иванова В.В., Шведа М.А., Герасимов А.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕТСКОГО ДОРОЖНО-
ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА НА ДОРОГАХ СВЕРДЛОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ivanova V.V., Shveda M.A., Gerasimov A.A.
COMPARATIVE ASSESSMENT OF CHILDREN'S ROAD-
TRANSPORT INJURIES ON THE ROADS OF THE SVERDLOVSK REGION**

Department of Dermatovenerology and Life Safety
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation
E-mail: mari.shveda@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрен анализ динамики детского дорожно-транспортного травматизма в Свердловской области в период с 2018 по 2020 год и условий, способствующих возникновению аварий с участием детей и подростков. Актуальность заявленной проблемы заключается в растущей в настоящее время автомобилизации нашей страны в целом и каждого населённого пункта в отдельности, и возрастающей, в связи с этим проблемой увеличения количества дорожно-транспортных происшествий.

Ключевые слова: дорожно-транспортные происшествия (ДТП), детский травматизм, аварийность, пандемия, детская смертность

Abstract. The article presents an analysis of the dynamics of child road traffic injuries in the Sverdlovsk region in the period from 2018 to 2020 and the conditions conducive to the occurrence of accidents involving children and adolescents. The