

УДК 616.5-004.1-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В НАСТРОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Свентицкая А. Л., Чернявская П. И.

Научный руководитель: ассистент *Л. А. Порошина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последнее десятилетие существенно расширились представления о системных заболеваниях соединительной ткани, среди которых второе место по частоте занимает склеродермия (как системная, так и локализованная). Заболевание характеризуется системным прогрессирующим поражением соединительной ткани с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых изменений по типу облитерирующего эндартериита с распространенными вазоспастическими расстройствами. Склеродермия кожи относится к группе коллагеновых заболеваний и является болезнью взрослых, а также детей.

Склеродермия кожи была известна издавна, однако и по сей день, данный недуг недостаточно изучен. Заболевание удивляет своими проявлениями, а течение непредсказуемостью.

Несмотря на значительный прогресс в изучении системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ), их диагностика, особенно ранняя, до настоящего времени представляет для врачей значительные трудности. Сложной и неразрешенной в полной мере остается также проблема лечения СЗСТ, которая еще в большей степени усугубляется несвоевременной постановкой правильного диагноза. В этой связи возрастает роль ранней и дифференциальной диагностики, базирующейся из-за отсутствия специфических лабораторных тестов на знании клинических проявлений СЗСТ [1].

Цель

Изучить особенности клинических проявлений очаговой склеродермии в настоящее время.

Материалы и методы исследования

Мы провели ретроспективный анализ 32 историй болезни пациентов, страдающих ограниченной склеродермией, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельский областной кожно-венерологический диспансер», изучили у них особенности локализации поражений на коже, распространённость процесса, сопутствующую патологию, особенности лабораторных данных. Была проведена оценка индекса массы тела (ИМТ) для определения степени ожирения. (А. С. Аметов приводит классификацию Международной группы по ожирению (IOTF), которая была использована в данном исследовании) [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследованных пациентов была 31 женщина и 1 мужчина, 23 человека из которых проживают в г. Гомеле, 9 человек — в Гомельском районе. В возрасте от 18 до 30 лет было 3 человека, от 31 до 40 — 1 женщина, 2 пациента были в возрасте от 41 до 50 лет, 16 человек — от 51 до 60, 8 пациентов — в возрасте от 61 до 70, двое пациентов были старше 71 года. Средняя длительность госпитализации составила 11 дней.

У преобладающего большинства пациентов была выявлена очаговая бляшечная склеродермия (31 человек), у 1 пациента был выставлен диагноз многоочаговая бляшечная склеродермия. Лишь у 2 пациентов ограниченная склеродермия была выявлена впервые, у остальных 30 имело место длительное хроническое течение заболевания от 3 месяцев до 26 лет (у многих пациентов со склонностью к периодическим обострениям).

У большинства пациентов очаги склеродермии были выявлены в области туловища (75 %): на туловище и на верхних и нижних конечностях — 54 %, с преимущественной локализацией в области позвоночника — 33,3 %; на лице (область лба, щеки) — 9,4 %, в паховой области — 6,25 %, в области молочных желез, подмышечных впадин и волосяной части головы — по 3,12 %. Площадь поражения кожи составляла от 1 до 20 %, в среднем — 6,3 %.

Нормальная масса тела (ИМТ от 18,5 до 24,9) отмечалась у 5 пациентов, избыточная масса тела (ИМТ от 25,0 до 29,9) — у 6 обследованных, ожирение I степени (ИМТ от 30,0 до 34,9) — у 15 пациентов, ожирение II степени (ИМТ от 35,0 до 39,9) — у 5 пациентов, ожирение III степени (ИМТ 40,0 и более) диагностировано у 1 пациента.

В подавляющем большинстве случаев сопутствующим заболеванием были артериальная гипертензия у 18 пациентов, у 8 из которых определялся атеросклеротический кардиосклероз (АСКС). У 11 пациентов были обнаружены заболевания щитовидной железы, представленные в виде аутоиммунного тиреоидита (у 5 пациентов), узлового зоба (у 3 пациентов), диффузного токсического зоба (у 1 пациента), гипотиреоза (у 1 пациента), клинического эутиреоза (у 1 пациента). Хронический гастрит был выявлен у 4 пациентов, хронический панкреатит — в 3 исследованиях, заболевания почек, такие, как пиелонефрит и цистит — у 3 пациентов, заболевания органов дыхания такие, как хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма — у 3 пациентов и сахарный диабет (СД) II типа — у 2 пациентов. Заболевания кожи такие, как распространенное витилиго, аллергический дерматит верхних конечностей, кожный зуд и дискоидная красная волчанка были выявлены у 4 обследуемых.

У 5 пациентов имело место сочетание артериальной гипертензии, повышения уровня глюкозы в крови, избыточной массы тела. С учетом вышеизложенного можно заподозрить наличие метаболического синдрома. Однако данный синдром не отмечается в историях болезни и, соответственно, коррекция его не проводится, что могло бы способствовать лучшим результатам в лечении.

В процессе анализа результатов лабораторных исследований были выявлены следующие изменения. У 7 пациентов отмечается повышение СОЭ (значения от 17 до 29 мм/ч), у 10 пациентов наблюдается эозинофилия (значения от 6 до 27 %). Повышение уровня глюкозы в крови натощак отмечается у 7 пациентов (от 6,2 ммоль/л до 8,5 ммоль/л), однако СД II типа установлен лишь у 2 пациентов.

Выводы

1. По нашим данным очаговая бляшечная склеродермия чаще встречалась у женщин в возрасте от 51 до 70 лет.
2. Наиболее частой локализацией очагов были области туловища в виде немногочисленных высыпаний.
3. Основными сопутствующими заболеваниями при очаговой склеродермии являются артериальная гипертензия, патология щитовидной железы, заболевания ЖКТ.
4. У 84 % пациентов выявлялся преимущественно высокий ИМТ (в т. ч. и ожирение I, II и III степени), отмечалось повышение уровня глюкозы в крови натощак у 16 % обследованных.
5. Пациентов, страдающих склеродермией, необходимо обследовать на наличие метаболического синдрома, проводить раннюю его коррекцию, что будет способствовать улучшению прогноза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммуные нарушения и показатели липидного спектра крови у детей и подростков с системными заболеваниями соединительной ткани / Л. М. Беляева [и др.] // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы VI Международной конференции 4–5 апреля 2008 г., Минск. В 2 ч. Ч. 1. — Минск: БГУ, 2008. — С. 113–115.
2. Аметов, А. С. Перспективы лечения диабетической нейропатии – фокус на фенофибраты / А. С. Аметов, М. А. Лысенко // Сахарный диабет. — 2011. — № 2. — С. 70–73.
3. Адаскевич, В. П. Кожные и венерические болезни. — 2-е изд. / В. П. Адаскевич, В. М. Козин. — М.: Мед. Лит., 2013. — 672 с.