

J. M. Gelfand и соавт. (2005) установили, что примерно у 50–80 % пациентов, по данным Van de Kerkhof и соавт. (1998) в 79 % случаев наблюдается поражение кожи волосистой части головы, возникновение которого может быть изолированно или же в комбинации одной из других форм псориаза. Российские исследователи отметили поражение кожи волосистой части головы при дебюте наследственно обусловленного псориаза с преобладанием стрессового триггерного фактора в 66,7 % случаев, при выраженном псориаатическом артритe — в 9,6 %, при спонтанном процессе — у 42,8 % пациентов [4].

Также были проведены исследования Scalp Psoriasis, Clinical Presentations and Therapeutic Management, которые позволили отметить в качестве наиболее тревожных для пациентов симптомов видимость очагов поражения — 18 % случаев, шелушение — 34 %, зуд — 32 % и другие симптомы (боль, жжение и т. д.) — 16 % [5].

Лечение любой форм псориаза должно проводиться в комплексной терапии. Наиболее значимым является местное лечение. При легких формах течения применяется лосьон, содержащий в своем составе ГКС, например, клобетазол. Если же псориаз волосистой части головы имеет более тяжелое течение и на поверхности имеются чешуйки, то следует использовать кератолитические средства. При этом добавляются шампуни, содержащие деготь или кетоконазол.

Общая терапия включает назначение витаминов, антигистаминных и седативных препаратов. Витаминотерапию следует назначать с осторожностью, потому что сами витамины часто являются аллергенами и их прием может вызвать обострение или ухудшение уже существующего состояния кожи. Антигистаминные препараты при псориазе назначаются как дополнительное лечение, особенно при наличии зуда.

Целью терапии больных псориазом является достижение клинической ремиссии процесса с уменьшением активности воспаления, нормализацией процессов кератинизации и ликвидацией инфильтрации кожи. В большинстве случаев (65–75 % пациентов) манифестации псориаза носят умеренный или легкий характер и подлежат терапии в амбулаторном режиме с использованием топических средств и методов [6, 7].

Выводы

Общие симптомы дерматозов осложняют диагностику, и лечение псориаза волосистой части головы. Данной форме псориаза предшествуют различные триггерные факторы, но наиболее часто стрессовые. Лечение псориаза волосистой части головы проводится в комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абек, Д. Болезни кожи у детей: пер. с англ. / Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер. — М.: Медицинская литература, 2007. — С. 86.
2. Tervaniemi, Mari. Gene expression and functional studies on psoriatic epidermis: Doctoral dissertation (article-based) / Mari H. Tervaniemi // University of Helsinki and Folkhälsan Institute of Genetics Finland. — Helsinki, 2016. — P. 86.
3. Иванов, О. Л. Кожные и венерические болезни: справочник / О. Л. Иванов. — М.: Медицина, 2007. — С. 336.
4. Псориаатическая болезнь / Н. В. Кунгуров [и др.]. — Екатеринбург, 2002. — С. 193.
5. Scalp psoriasis, clinical presentations and therapeutic management / P. C. Van de Kerkhof [et al.] // Dermatology. — 1998. — № 197 (4). — P. 326–334.
6. Филимонова, Н. Н. Дерматотропные средства в комплексной терапии псориаза / Н. Н. Филимонова, Я. В. Кашеева, К. А. Чуверова // Клиническая дерматология и венерология. — 2010. — № 1. — С. 35–38.
7. Scalp psoriasis: A review of current topical treatment options / K. Papp [et al.] // J Eur Acad Dermatol Venerol. — 2007. — Vol. 21 (9). — P. 1151–1160.

УДК 616.832-004.2

ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Смирнов В. С., Канаиш Т. И.

Научный руководитель: д.м.н. Н. В. Галиновская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рассеянный склероз (РС) относится к хроническому прогрессирующему демиелинизирующему заболеванию, поражающему центральную нервную систему, в основе которого

выявляется рассеянная неврологическая симптоматика, в результате которой появляются очаги диссеминированной воспалительной демиелинизации с вторичной нейродегенерацией [1]. Значимость заболевания обуславливает ранний возраст дебюта и частота встречаемости, которая составляет около 45 на 100 тыс. населения [2]. Так как патогенез и этиология РС остаются до конца не выясненными, то основной причиной развития считается мультифакторная теория. Так же, в последние годы большое внимание отводится значимости сосудистого генеза, следовательно, исследование показателей сосудистого русла можно считать достаточно актуальным для дополнительного изучения.

Цель

Определение доплерографических показателей посредством ультразвука у пациентов с РС в сравнении с контрольной группой.

Материал и методы исследования

Исследование выполнялось на базе II неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» с 2016 по 2017 гг. В работу включены 10 пациентов с рецидивно-ремиттирующим РС в стадии ремиссии, среди них 7 женщин и 3 мужчин, средний возраст — 30 (21; 44) года, а также контрольная группа, состоящая из 10 человек, среди них 7 женщин и 3 мужчин.

Диагноз каждой нозологической формы выставлялся в соответствие с общепринятой клинической классификацией. Выраженность неврологического и функционального дефицита у пациентов с РС была объективизирована с помощью шкалы Kurtzke.

Ультразвуковая доплерография сосудов основания мозга и их ветвей выполнялась с помощью прибора СОНОМЕТ 300 с линейным датчиком 2,0 МГц в В-режиме. Вычислялись такие показатели, как $V_{\max}$ (максимальная систолическая скорость), $V_{\min}$ (минимальная диастолическая скорость), V_{aver} (средняя скорость кровотока), R_i (индекс циркуляторного сопротивления Пурсело), P_i (индекс пульсации Гослинга). Показатели во всех случаях снимались в положении больного лежа на спине после 15-минутного отдыха для стабилизации показателей гемодинамики (таблица 1).

Таблица 1 — Основные доплерографические показатели кровотока в интракраниальных артериях здоровых людей (В. Ротенберг, 1987).

Артерия, глубина (мм)	Возраст	$V_{\max}$ см/с	$V_{\min}$ см/с	V_{aver} см/с	R_i	P_i
СМА 45–65	< 40	$94,5 \pm 13,6$	$58,4 \pm 8,4$	$45,6 \pm 6,6$	$0,55 \pm 0,16$	$0,83 \pm 0,21$
	40–60	$91 \pm 16,9$	$57,7 \pm 11,5$	$44,3 \pm 9,5$	$0,5 \pm 0,17$	$0,86 \pm 0,14$
	> 60	$78,1 \pm 15$	$4,7 \pm 11,1$	$31,9 \pm 9,1$	$0,45 \pm 0,14$	$1,03 \pm 0,18$
ПМА 65–75	< 40	$76,4 \pm 16,9$	$47,3 \pm 13,6$	36 ± 9	$0,53 \pm 0,18$	$0,85 \pm 0,2$
	40–60	$85,4 \pm 20,1$	$53,1 \pm 10,5$	$41,1 \pm 7,4$	$0,5 \pm 0,15$	$0,85 \pm 0,18$
	> 60	$73,3 \pm 20,3$	$45,3 \pm 13,5$	$34,2 \pm 8,8$	$0,47 \pm 0,17$	$0,86 \pm 0,16$
ЗМА 60–75	< 40	$53,2 \pm 11,3$	$34,2 \pm 7,8$	$25,9 \pm 6,5$	$0,55 \pm 0,16$	$0,79 \pm 0,22$
	40–60	$60,1 \pm 20,6$	$36,6 \pm 9,8$	$28,7 \pm 7,5$	$0,53 \pm 0,14$	$0,85 \pm 0,17$
	> 60	$51 \pm 11,9$	$29,9 \pm 9,3$	$22 \pm 6,9$	$0,51 \pm 0,16$	$0,96 \pm 0,14$
ПА 45–80, ОА 80–100	< 40	$56,3 \pm 7,8$	$34,9 \pm 7,8$	$27 \pm 5,3$	$0,52 \pm 0,16$	$0,83 \pm 0,23$
	40–60	$59,5 \pm 17$	$36,4 \pm 11,7$	$29,2 \pm 8,4$	$0,49 \pm 0,12$	$0,84 \pm 0,19$
	> 60	$50,9 \pm 18,7$	$30,5 \pm 12,4$	$21,2 \pm 9,2$	$0,48 \pm 0,14$	$0,97 \pm 0,2$

Примечание: СМА — средняя мозговая артерия; ПМА — передняя мозговая артерия; ЗМА — задняя мозговая артерия, ПА — позвоночная артерия, ОА — основная артерия.

Полученные результаты анализировались в статистических пакетах «Statistica» 7,0.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным, у пациентов с РС были отмечены следующие изменения в скоростных показателях: правая ПА — $V_{\max}$ ($106 \pm 3,16$ см/с при сравнении с контролем $110 \pm 4,83$ см/с; $p = 0,043$), $V_{\min}$ ($104 \pm 2,22$ см/с и $108 \pm 4,25$ см/с соответственно; $p = 0,01$), V_{aver} ($103 \pm 2,51$ см/с и $108 \pm 4,25$ см/с соответственно; $p = 0,028$); правая ЗМА $V_{\max}$ ($103 \pm 2,0$ см/с и $109 \pm 3,3$ см/с соответственно; $p = 0,001$), $V_{\min}$ ($104 \pm 2,33$ см/с и