

Мы определили излюбленную локализацию высыпаний при МЭ. Таким образом, наиболее часто поражались нижние конечности — в 18 % случаев, преимущественное поражение лица было у 22 % пациентов, а верхних конечностей — у 13 %. Распространенная сыпь в виде нумулярных очагов была у 10 пациентов, что составило 45 %. Из них у 77 % наблюдались симметричные поражения. Деформация ногтей была выявлена у 14 (63 %) пациентов. Из них ногти кистей были поражены значительно реже — 14 %, против 86 % ониходистрофий на стопах. При микроскопическом исследовании ногтевых пластинок у 8 (57 %) пациентов были обнаружены нити мицелия.

#### **Выводы**

1. Микробная экзема — заболевание, которое часто ведет к временной утрате трудоспособности, имеет хроническое рецидивирующее течение.

2. Наиболее часто микробной экземе сопутствуют варикозное расширение вен нижних конечностей, ИБС, АГ, пороки сердца, гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Преимущественную локализацию высыпаний при микробной экземе можно объяснить сочетанием данной патологии с варикозным расширением вен и онихомикозом. Необходимо внедрять новые методы лабораторной диагностики для уточнения этиологических факторов микробной экземы, что позволит проводить лечебные мероприятия более эффективно, а профилактику рецидивов заболевания в более полном объеме.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — 653с.
2. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — С. 187–191.
3. Курдина, М. И. Атлас кожных и венерических болезней / М. И. Курдина. — М.: 2008. — 164 с.

**УДК 616.529.1**

### **БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ**

**Полын И. В., Маркова К. О., Богомаз А. С.**

**Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Буллезный эпидермолиз — группа пузырных наследственных кожных заболеваний, включающая более 20 моногенных дерматозов. Клинически общим для всех форм является раннее начало заболевания, чаще с рождения или первых дней жизни, и возникновение пузырей или эрозий на коже и слизистых оболочках в результате незначительной механической травмы («механобуллезная болезнь»). Наличие или отсутствие рубцов после заживления дает основание для разделения всех форм на дистрофические и простые. С введением в диагностику наследственного буллезного эпидермолиза метода электронной микроскопии все формы стали разделять на 3 группы: простой, пограничный и дистрофический буллезный эпидермолиз.

При простых формах буллезного эпидермолиза образование пузырей происходит в результате цитолиза базальных эпителиоцитов, что выявляется на электронограммах в виде резко выраженного отека их цитоплазмы с разрывом клеточной оболочки. При этом неповрежденная базальная мембрана находится в основании пузыря. При пограничных формах отделение эпидермиса от дермы происходит на уровне светлой пластинки базальной мембраны эпидермиса из-за неполноценности полудесмосом и крепящих филаментов. Плотная пластинка базальной мембраны находится в основании пу-

зырей. При дистрофических формах отделение эпидермиса от дермы происходит ниже базальной мембраны и связано с неполноценностью крепящих фибрилл — структур, соединяющих базальную мембрану с дермой [1, 2].

Причины, приводящие к наследованию буллезного эпидермолиза, до сих пор не установлены. Полагают, что данный дерматоз возникает за счет генетического кодирования мутационных изменений в половых клетках. Замечено, что в разных семьях наследуется какой-либо один тип буллезного эпидермолиза. Простая и дистрофически-гиперпластическая формы дерматоза наследуются по аутосомно-доминантному типу, а дистрофически-полидис-пластическая и летальная формы — по аутосомно-рецессивному типу.

**Цель**  
Изучить заболеваемость и течение буллезного эпидермолиза. Клиническую картину и прогноз.

#### **Материалы и методы исследования**

Мы изучили заболеваемость буллезным эпидермолизом по Гомельской области; провели обследование пациента страдающего пограничной формой буллезного эпидермолиза. Изучили анамнез заболевания, анамнез жизни, клиническую картину, наследственный

#### **Результаты исследования**

В ходе проделанной работы, мы провели обследование пациента, страдающего буллезным эпидермолизом. Этот случай был клинически интересен, т. к. буллезный эпидермолиз очень редкое заболевание, почти не поддающееся лечению. Пациент П. — мальчик 10 лет. Родился вторым ребенком в семье. Наследственность в первом поколении не отягощена. Родился в срок, путем операции Кесарева сечения. Болезнь дала о себе знать на пятый день жизни малыша. Появились пузыри и эрозии по всему телу. В результате ухудшения состояния, спустя полтора месяца мальчик был переведен в реанимационное отделение, где находился около 3-х месяцев и был выписан с улучшением. Количество пузырей уменьшилось, на месте высыпаний сформировались атрофические рубцы.

В дальнейшем, благодаря приобретенным навыкам матери по уходу за кожей ребенка, удавалось поддерживать кожу мальчика в более или менее удовлетворительном состоянии, избегать серьезных осложнений. Но пузыри продолжали и продолжают постоянно появляться в местах давления и трения кожи, а также на слизистой оболочке ротовой полости. Так, в грудном возрасте преимущественная локализация пузырей была на голове, туловище, затем — на коленях, после — на стопах и кистях. Сидеть ребенок начал к году, ходить — в полтора года. Сезонности в течении заболевания не отмечается. В семье ни у кого из известных родственников подобных проявлений не было. У мальчика есть сестра (по матери), она здорова.

В настоящее время обучается на дому; умственное развитие соответствует возрасту. Внешне ребенок очень активный, внимательный, приветливый и веселый.

Объективно: поражение кожи носит распространенный характер, с локализацией на лице, верхних и нижних конечностях, туловище, волосистой части головы, с преимущественной локализацией на стопах и кистях, представлена в виде пузырей с серозным и геморрагическим содержимым, окруженных небольшой зоной гиперемии. Имеются как напряженные пузыри, так и дряблые. Некоторые пузыри вскрылись с образованием эрозивных поверхностей, имеются кровянистые корки. Субъективно в области крупных пузырей пациент отмечает болезненность. На волосистой части головы, туловище — очаги атрофии. Ногтевые пластинки на кистях и стопах деформированы: истончены, короткие, желтоватого цвета, исчерчены. Зубы желтого цвета, эмаль истончена, кариес. На момент осмотра на слизистой ротовой полости

#### **Выводы**

1. Буллезный эпидермолиз — это не смертный приговор, это сигнал к действию. Необходимо обучать родителей всем тонкостям, связанным с уходом за больным ма-

лышом, поддерживая его нормальное развитие и жизнерадостность. Правильный и своевременный уход за больным, обучение ребенка правилам и навыкам позволят ему полноценно жить и развиваться.

2. Основными правилами ухода за такими детьми является богатое белками питание, препятствие травматизации кожи, ношение свободной одежды из натуральных тканей и ортопедической, хорошо проветриваемой обуви, профилактика присоединения вторичной инфекции.

3. При правильном уходе буллезный эпидермолиз может медленно прогрессировать и приводить к инвалидизации в отдаленные сроки, что значительно улучшает общее состояние пациентов и их качество жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Альбанова, В. И. Клиническая характеристика доминантного дистрофического буллезного эпидермолиза / В. И. Альбанова // Вестник дерматол. — 1994. — № 1. — Р. 48–52.
2. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М., 2006. — 567 с.
3. Скрипкин, Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — М., 1996. — 147 с.

**УДК 616.127-005.8-085**

### **РОЛЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНОГО ПРЕПАРАТА МЕКСИКОР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**Полянская Ю. С., Денисова О. Ю., Алименко Ю. Н.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. П. Михин**  
**Государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего профессионального образования**  
**«Курский государственный медицинский университет»**  
**г. Курск, Российская Федерация**

#### **Введение**

Коррекция систолической и диастолической дисфункции является одной из актуальных проблем современной кардиологии.

В этой связи особый интерес представляет новое направление в лечении — миокардиальная цитопротекция. В отличие от традиционных методов лечения, направленных на непосредственное улучшение коронарного кровообращения, в основе принципа действия современных цитопротекторов лежит их свойство увеличивать способность миокарда переносить ишемию, не теряя или быстро восстанавливая при этом свою функциональную активность.

#### **Цель**

Изучить роль кардиопротективного препарата мексикорв лечении больных острым инфарктом миокарда на фоне традиционной терапии.

#### **Материалы и методы исследования**

Под наблюдением находилось 30 больных (22 мужчин, 8 женщин) с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 30 до 70 лет (в среднем  $53,7 \pm 2,8$ ), проходивших лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии в кардиологическом отделении муниципального учреждения здравоохранения городской больницы скорой медицинской помощи г. Курска в течение 2011 г.

Пациенты, включенные в исследование, были рандомизированны в одну из двух групп лечения Ч основную, в которой больные получали традиционную терапию ОИМ в сочетании с мексикором, и группу сравнения, где проводилась традиционная терапия ОИМ. Ценку сократительной функции миокарда проводили путем регистрации параметров, отражающих систолическую, диастолическую функции левого желудочка и ло-