

Люди верующие в состоянии депрессии будут испытывать ощущение богооставленности, утраты веры, появление «окамененного бесчувствия», «холода на сердце», говорить о своей исключительной греховности, духовной гибели, жаловаться, что не могут молиться, читать духовную литературу. При тяжелой депрессии нередко отмечаются суицидальные мысли. Люди верующие обычно говорят, что совершить самоубийство они не могут, ведь за это их ожидает ад. Но, как показывает практика — и на это нужно обращать внимание, — они также совершают самоубийства, хотя немного реже, так как душевные страдания являются самыми тяжелыми и не все способны их вынести.

Это лишь один из примеров психических расстройств, где психиатрия в союзе с церковью сможет добиться большего результата, нежели по отдельности.

Многие классики психиатрии и современные исследователи отмечали, что христианское восприятие жизни делает человека устойчивым к различным стрессовым ситуациям. Очень четко эту мысль сформулировал Виктор Франкл, основатель теории логотерапии и экзистенциального анализа: «Религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше» [3].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ларше, Ж.-К. Исцеление психических болезней (Опыт христианского Востока первых веков) / Ж.-К. Ларше. — М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007. — С. 223.
2. Иоанн Кассиан Римлянин, прп. Собеседования египетских подвижников. 5,11.
3. Франкл, В. Психотерапия и религия / В. Франкл. — М.: Прогресс, 1990. — С. 334.

УДК 616.521-002.7-036.1

## МИКРОБНАЯ ЭКЗЕМА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Полын И. В., Кулюгова Е. И., Маркова К. О.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Экзема — острое или хроническое воспалительное заболевание кожи, имеющее аллергическую природу, характеризующееся разнообразной сыпью, чувством жжения, зудом и склонностью к рецидивам. Термин «экзема» применяли еще за два века до нашей эры, но для обозначения различных остро возникающих дерматозов. Лишь в первой половине XIX века Уиллен (1808), Бейтмен (1813), Рейс (1823) и другие ученые выделили экзему в отдельную нозологическую форму [1].

Возникновению экземы способствуют разнообразные внешние (механические, химические, термические и др.) и внутренние (заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта, эндокринной, нервной систем и др.) факторы, генетическая отягощенность и иммунная недостаточность.

По этиологии, локализации и характеру кожных проявлений различают несколько форм экземы: истинную, себорейную, дисгидротическую, микробную, профессиональную и тилотическую (роговую, мозолевидную) разновидности экземы.

Экзема — полиэтиологическое заболевание, но основное значение в патогенезе экзематозного процесса уделяют различным иммунным сдвигам. Установлено, что у больных экземой выражена дисгаммаглобулинемия (избыток IgG, IgE и дефицит IgM), уменьшено число функционально активных Т-лимфоцитов, снижено общее число Т-клеток, изменено соотношение хелперных и супрессорных субпопуляций, в связи с чем количество В-лимфоцитов увеличено. Слабость иммунитета при наличии инфекцион-

ных антигенных раздражителей проявляется персистенцией микробных и бактериальных антигенов с формированием хронического рецидивирующего воспаления в эпидермисе и дерме [2].

Микробная экзема (МЭ) — клиническая разновидность экземы, которая имеет вторичный характер и возникает вследствие сенсibilизации кожи к различным микробным факторам (кокковая флора, грибы, дрожжевые микроорганизмы). Изменение чувствительности кожи к пиококкам, дерматофитам и другим биологическим аллергенам объясняется их антигенными свойствами. Наличие сенсibilизации к стрепто- и стафилококкам у больных микробной экземой подтверждается повышенными титрами стрепто- и стафилокиназы, стрептолизина и стафилолизина, положительными кожными тестами со специфическими антигенами. Процесс сенсibilизации к стафилококкам, стрептококкам и продуктам их жизнедеятельности у больных микробной экземой совершается на фоне нейроэндокринных нарушений, изменения процессов обмена и иммунитета. Клинически МЭ проявляется папуловезикулезными высыпаниями, сливающимися и образующими отечный гиперемированный сплошной очаг с четкими границами, овальными или правильно-округлыми очертаниями. На поверхности очага имеется характерное значительное наслоение серозно-гнойных корок, под которыми располагается мокнущая эрозивная поверхность. По краям очагов имеется эпидермальный венчик с фестончатыми очертаниями. Под чешуйками отслаивающегося эпидермального бордюра содержится серозно-гнойное отделяемое на фоне сухой и гиперемированной кожи.

Изучить распространенность МЭ среди жителей г. Гомеля. Изучить характер течения МЭ у исследуемых пациентов, определить значимость фонового заболевания, наследственности.

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

Мы исследовали заболеваемость МЭ по г. Гомелю за 2012 г. Нами было обследовано 22 пациента с МЭ, у которых уточнялись данные анамнеза (сопутствующая патология, наследственность), характер течения заболевания, производился забор материала из очагов поражения с последующим культуральным исследованием и определением чувствительности флоры к антибиотикам. Мы обращали внимание на наличие ониходистрофии у данных пациентов и проводили микроскопию ногтевых пластин.

#### **Результаты исследования**

Среди исследуемых пациентов было мужчин 21, женщин — 1. Возраст пациентов составил от 22–70 лет (50–70 лет — 69 %; 30–50 лет — 13 %; до 30 лет — 18 %). Пенсионерами являлись 5 (23 %) пациентов, временно не работали — 5 (23 %), у 12 (54 %) были профессии, требующие усиленного физического и психоэмоционального труда (фрезеровщик, грузчик, монтажник). Наследственность у всех пациентов была неотягощенной. Среди обследуемых пациентов впервые диагноз МЭ был выставлен 7 (31 %) пациентам, у остальных заболевание имело рецидивирующий характер. Рецидивы заболевания до нескольких раз в год наблюдались у 9 (40 %) обследованных, у 18 % случаев высыпания проявлялись реже: 1 раз в 2–5 лет, у 2 (11 %) пациентов обострения были редкими — последний раз высыпания были более 5 лет назад.

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась патология со стороны сердца и сосудов — 36 %. Это были такие заболевания, как варикозное расширение вен нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), пороки сердца. Заболевания желудочно-кишечного тракта: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 32 % случаев, патология других органов и систем выявлялись реже — у 4 (19 %) человек. У 4 (18 %) пациентов МЭ сочеталась с чесоткой. У 3 (13 %) пациентов сопутствующей патологии выявлено не было.

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-