

влажной уборке, стирке мягких игрушек (84,4 %). При этом влажную уборку 60 % делают 1 раз в неделю, 15,6 % — ежедневно, 3,2 % — 2 раза в неделю, остальные реже. По вопросам питания получены следующие данные: после рождения 62,5 % детей находились на грудном вскармливании, 31,3 % — на смешанном, 6,3 % — на искусственном. 81,3 % матерей соблюдали гипоаллергенную диету в период кормления ребенка грудью. В 18,8 % случаев была необходимость в раннем введении прикорма. Установлено, что пищевой дневник ребенку вели лишь 29 % родителей. Но было обнаружено, что во время беременности 81,25 % матерей включали в свой рацион шоколад, цитрусовые фрукты, йогурты, полуфабрикаты.

Выводы

Несмотря на то, что в настоящее время информация о причинах и механизме развития атопического дерматита, его проявлениях и осложнениях является доступной, наблюдается недостаточная осведомленность среди населения по вопросам о данном заболевании. По этой причине некоторые из них недостаточно уделяют внимание исключению неблагоприятных средовых факторов для предупреждения развития атопического дерматита у своего ребенка.

УДК 616.72-002.158-07

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Белкина И. С.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориатический артрит — это хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся разнообразием клинической картины, включая периферический артрит, энтезит, дактилит, дистрофию ногтей, увеит и остеоит, в дополнение к сопутствующим заболеваниям [1].

Метаанализ 2019 г. описал распространенность псориатического артрита в 20 % среди пациентов с псориазом и в 25 % среди пациентов с умеренным и тяжелым псориазом. Оценки распространенности псориатического артрита среди больных псориазом составили от 4 до 30 % [2].

Псориатический артрит может протекать доброкачественно или злокачественно с поражением внутренних органов, а также развиваться с атипичными и латентными формами псориаза.

Поэтому диагностика не всегда подходит под разработанные критерии.

Цель

Изучить существующие методы клинко-лабораторной дифференциальной диагностики поражений суставов псориатическим артритом с другими заболеваниями, поражающими суставы.

Материал и методы исследования

Обзор и анализ литературных данных, научных статей по исследуемой проблематике.

Результаты исследования и их обсуждение

Псориатический артрит следует дифференцировать с ревматоидным артритом, реактивным артритом, анкилозирующим спондилоартритом, подагрой, остеоартрозом, палиндромном ревматизмом и другими.

Ревматоидный артрит — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов [3].

Реактивный артрит — это асептическое воспаление суставов, развивающееся в ответ на внесуставную кишечную и урогенитальную инфекцию, часто ассоциированное с HLA-B27.

Анкилозирующий спондилит — хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов и (или) позвоночника с потенциальным переходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс периферических суставов [4].

Подагра представляет собой системное заболевание, клинически проявляющееся рецидивирующими острыми артритами или хроническим артритом, тофусами различной локализации, что обусловлено отложением кристаллов моноурата натрия.

Остеоартроз — гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц [3].

Палиндромный ревматизм — представляет собой редкую доброкачественную форму поражения суставов и периартикулярных тканей, проявляющуюся рецидивирующим через нерегулярные промежутки времени ярко выраженным, но полностью обратимым моноартритом, гораздо реже — олигоартритом. Рецидивы артрита характеризуются острым началом, небольшой длительностью и быстрым разрешением.

Выводы

Таким образом, при псориазе может развиваться любое ревматическое заболевание. Диагноз устанавливают, на основании выявления типичных клинических и рентгенологических признаков. Ревматоидный фактор в крови обычно отсутствует. У 40–60 % больных биомаркеры воспаления (СОЭ, уровень СРБ) остаются нормальными. У 1/3 пациентов выявляют HLA-B27-антиген. Анализ синовиальной жидкости не дает специфических результатов, иногда обнаруживается высокий цитоз. Инструментальная диагностика включает минимально обязательное стандартное рентгенографическое исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Коротаева, Т. В.* Псориазический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение / Т. В. Коротаева, Ю. Л. Корсакова // Научно-практическая ревматология. — 2018. — С. 22–24.
2. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies / F. Alinagh [et al.] // J Am Acad Dermatol. — 2019. — Vol. 80. — P. 251.
3. *Насонов, Е. Л.* Ревматология: клинические рекомендации / Е. Л. Насонова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 752 с.
4. О терминологии спондилоартритов / Ш. Ф. Эрдес [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2015. — № 53(6). — С. 657–660.

УДК 616.31:616.516

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Болбат Е. З., Иотченко Д. О.

**Научные руководители: к.м.н., доцент М. В. Качук, д.м.н., член-корреспондент
Национальной академии наук Беларуси, профессор Ф. И. Висмонт**

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) — хроническое воспалительное заболевание с многообразными клиническими проявлениями, возникающими на коже и слизистых