

ЛИТЕРАТУРА

1. Панкратов, О. В. Ограниченная склеродермия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / О. В. Панкратов, Л. А. Порошина // *Здравоохранение*. — 2019. — № 6. — С. 28–38.
2. Юрковский, А. М. Экспрессия коллагена IV и виментина у пациентов с ограниченной склеродермией: возможности метода на разных стадиях заболевания / А. М. Юрковский, Л. А. Порошина, С. Л. Ачинович // *Здравоохранение*. — 2021. — № 3. — С. 56–60.
3. 14-MHz Ultrasonography as an outcome measure in morphea (localized scleroderma) / K. A. Nezafati [et al.] // *Arch Dermatol*. — 2011. — № 147(9). — P. 1112–1115.
4. High frequency ultrasound can detect improvement of lesions in juvenile localized scleroderma / F. Porta [et al.] // *Mod Rheumatol*. — 2014. — № 24(5). — P. 869–873.
5. Li, S. C. Ultrasonography is a sensitive tool for monitoring localized scleroderma / S. C. Li, M. S. Liebling, K. A. Haines // *Rheumatology (Oxford)*. — 2007. — № 46(8). — P. 1316–1319.

УДК 616.5-004.1-007.23-073.43

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СТАДИЮ АТРОФИИ

Порошина Л. А., Юрковский А. М.

**Учреждение здравоохранения
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Ограниченная склеродермия (ОС) представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани, которое характеризуется поражением кожи (реже слизистых оболочек) в виде воспалительных очагов с фиброзо-атрофическими изменениями [1]. В МКБ-10 данное заболевание рассматривается в категории L94 «Другие локализованные изменения соединительной ткани». Различные формы ОС могут существовать одновременно у одного пациента.

Заболеваемость ОС в Гомельской области в 2018–2019 гг. составила 0,13–0,15 случаев на 1000 населения [2]. В настоящее время распространенность ОС выросла и дерматоз характеризуется более агрессивным течением. Заболевание может возникать в любом возрасте, даже у новорожденных, но чаще выявляется в возрасте 30–55 лет. Девочки болеют чаще мальчиков более чем в 3 раза, а женщины в возрасте 40–55 лет составляют 75 % пациентов со склеродермией [1, 2].

Рутинная диагностика заболевания основана на таких клинических признаках, как эритема, диспигментация и атрофия кожи. Специфических лабораторных и инструментальных тестов для диагностики ОС в настоящее время не разработано. Внедрение в рутинный диагностический процесс современных неинвазивных методов исследования, таких как сонография кожи позволит улучшить качество диагностики ОС. Сонографическая диагностика позволяет оценивать степень воспалительного процесса и выраженность атрофии кожи и подкожно-жировой клетчатки, определить стадию заболевания [3, 4, 5]. Сонография может также активно применяться для динамического наблюдения за пациентом, оценки эффективности проводимой терапии. Биопсия кожи, которая применяется для подтверждения диагноза ОС, не подходит для этих целей. Ведь биопсия — это инвазивный тест и к тому же не моментальный. Неинвазивные быстрые и чувствительные методы более удобны для диагностики и непрерывного мониторинга состояния. В связи с этим мы считаем весьма актуальным разработку сонографических критериев при ОС в зависимости от стадии заболевания. Для решения данной задачи мы провели сопоставления клинических и сонографических данных с данными гистологических исследований.

Цель

Разработать сонографические критерии для диагностики ограниченной склеродермии в стадию атрофии.

Материал и методы исследования

Объектом исследования были 14 пациентов. Оценивались их клинические, сонографические и гистологические проявления (предварительный диагноз ставился на основании анамнеза, клинических данных, общеклинических лабораторных данных).

Выраженность атрофии кожи в зоне поражения клинически оценивались следующим образом: 0 — нет, 1 — незначительная, 2 — умеренная, 3 — выраженная. Выраженность атрофии подкожно-жировой клетчатки оценивались следующим образом: 0 — нет, 1 — незначительная, 2 — умеренная, 3 — выраженная. Интенсивность пигментации кожи оценивались следующим образом: 0 — нет, 1 — незначительная, 2 — умеренная, 3 — выраженная.

Сонографическое исследование проводилось на ультразвуковых сканерах Mindrey DS80 (применялся датчик с рабочей частотой 16 МГц) и Mindrey DS7 (применялся датчик с рабочей частотой 10 МГц). Оценка состояния дермы и гиподермы проводилась в В-режиме.

Забор материала для морфологического исследования (кожа и подкожная клетчатка) проводился с использованием дермо-панча 3,5–4 мм под местным обезболиванием ультракаином. Выбор участка кожи для биопсии проводился под сонографическим контролем.

Фрагменты тканей фиксировались в 10 % забуференном формалине и подвешивались стандартной парафиновой проводке: проводились через батарею спиртов, ксилол, парафин. Были выполнены гистологические срезы толщиной 4 мкм, гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону. Препараты фотографировали в 5 полях зрения (объектив 10) и в 5 полях зрения (объектив 40) при помощи микроскопа Olympus CX41 RF и цифровой камеры Olympus SC20 с разрешением 1596×1196 пикселей. Площадь поля зрения исследуемого изображения составила 190816 μm^2 (объектив 10) и 119301 μm^2 (объектив 40).

Статистический анализ проводился с применением пакета прикладных программ «StatSoft Statistica» 10.0.1011.MR-1. В случае распределения количественных показателей, отличного от нормального, данные представлялись в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей, при нормальном распределении признака — в виде среднего арифметического и стандартного отклонения среднего арифметического. Для оценки силы взаимосвязи данных, использовался метод Спирмена; для сравнения данных, полученных в группе контроля и опытной группе использовался Т-критерий, U-тест Манна — Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с ОС по мере прогрессирования заболевания начиная с центра наблюдалось размягчение очагов. Кожа становилась атрофичной, гипо- / гиперпигментированной, в ряде случаев отмечалась потеря придатков кожи в зоне поражения. В стадию атрофии очаг поражения на коже выглядел как гипо- или гиперпигментированная бляшка с гладкой или морщинистой поверхностью, плоская или с западением. Наблюдалась сухость кожи и сглаженность рисунка на поверхности бляшек, кроме того, отмечалось отсутствие пушковых волос, снижение чувствительности, а также сало- и потоотделения. В некоторых случаях (при сохранении активности и роста) по периферии бляшек имел место фиолетовый ободок.

Атрофия дермы и подкожно-жировой клетчатки различалась у разных пациентов. Так, у 1 (7,14 %) пациента отмечалась незначительная атрофия дермы, у 8 (57,14 %) — умеренная, у 5 (35,71 %) пациентов — выраженная атрофия дермы. Клинические признаки атрофии подкожно-жировой клетчатки не было выявлено у 3 (21,43 %) пациентов, незначительная атрофия подкожно-жировой клетчатки — у 7 (50 %) пациентов, умеренная и выраженная — у 2

(14,29 %) пациентов. В процессе разрешения очагов ОС у всех пациентов наблюдалась дисхромия кожи. Выраженная пигментация была у 3 (21,43 %) пациентов, умеренная — у 6 (42,86 %), незначительная — у 5 (35,71 %).

При сонографическом исследовании кожи у пациентов с ОС в стадию атрофии в В-режиме выявлялись следующие признаки: истончение дермы и гиподермы, истончение и понижение эхогенности гиподермы (рисунок 1).

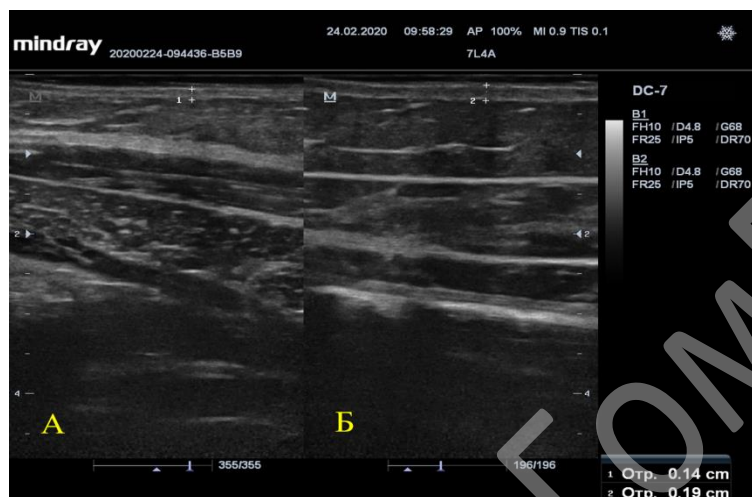


Рисунок 1 — Сонограмма кожи (В-режим) в стадию атрофии:
А — сонопаттерн в зоне поражения; Б — сонопаттерн вне зоны поражения

При гистологическом исследовании выявлялись признаки атрофии в эпидермисе. Во всех слоях дермы определялось уплотнение и гомогенизация коллагеновых волокон, местами с признаками гиалиноза. Сетчатая структура дермы не визуализировалась, придатки кожи не определялись. Определялось небольшое количество сосудов, стенки их были утолщены, местами гиалинизированы, просветы сужены. Лимфоциты, плазмацициты и макрофаги встречались в небольшом количестве (рисунок 2).

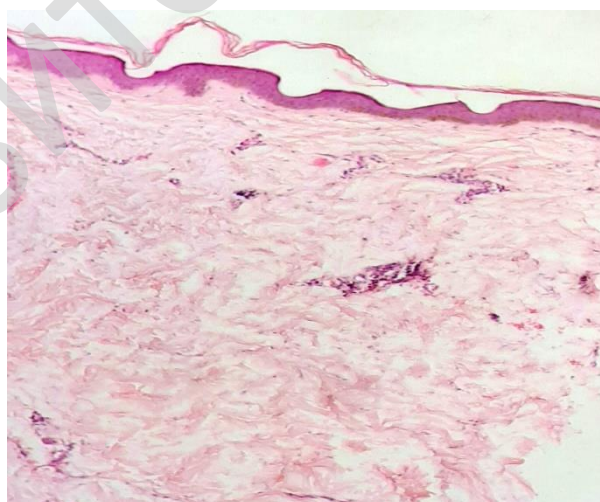


Рисунок 2 — Патогистологическая картина кожи у пациентов с ОС в стадию атрофии (окраска гематоксилином и эозином): увеличение: объектив ×10.

Выводы

Истончение комплекса дерма/гиподерма при понижении эхогенности гиподермы соответствует стадии атрофии при ОС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панкратов, О. В. Ограниченная склеродермия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение / О. В. Панкратов, Л. А. Порошина // *Здравоохранение*. — 2019. — № 6. — С. 28–38.
2. Порошина, Л. А. Анализ заболеваемости ограниченной склеродермией в Гомельской области / Л. А. Порошина, Е. И. Рублевская // *Дерматовенерология. Косметология*. — 2021. — Т. 7, № 2. — С. 185–188.
3. Юрковский, А. М. Ограниченная склеродермия: сонографический паттерн в стадию эритемы/отека / А. М. Юрковский, Л. А. Порошина, С. Л. Ачинович // *Проблемы здоровья и экологии*. — 2021. — Т. 18, № 3. — С. 137–143.
4. 14-MHz Ultrasonography as an outcome measure in morphea (localized scleroderma) / K. A. Nezafati [et al.] // *Arch Dermatol*. — 2011. — № 147(9). — P. 1112–1115.
5. High frequency ultrasound can detect improvement of lesions in juvenile localized scleroderma / F. Porta [et al.] // *Mod Rheumatol*. — 2014. — № 24(5). — P. 869–873.

УДК 613.84:[616.98:578.834.1]-06

КУРЕНИЕ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Прислопская А. Ю., Малаева Е. Г., Леоновец Е. С.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Коронавирусная инфекция (COVID-19) — это острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом вируса из рода коронавирусов SARS CoV-2 с тропностью к легочной ткани. Заболевание может протекать в виде бессимптомного вирусонительства или клинически выраженных форм, вплоть до развития атипичной пневмонии с риском развития осложнений (острой дыхательной недостаточности, острого респираторного дистресс-синдрома, сепсиса, шока, синдрома полиорганной недостаточности) [1].

Пандемия COVID-19 привела мировое здравоохранение к всеобщей мобилизации, и выдвинула совершенно новые проблемы для ученых и медицинских работников во всем мире.

Данные наблюдений, накопленные на протяжении всей пандемии коронавирусной инфекции, выявили несколько факторов, связанных с тяжестью COVID-19, включая пожилой возраст, мужской пол, избыточную массу тела, сопутствующие кардио-метаболические заболевания (такие как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и сахарный диабет), этническую принадлежность, а также табакокурение [2].

На сегодняшний день считается, что курение, возможно, связано с неблагоприятным прогнозом заболевания, поскольку многочисленные данные свидетельствуют о негативном влиянии употребления табака на здоровье легких и его причинной связи с множеством респираторных заболеваний [3].

Курение повышает риск респираторных инфекций, хронической обструктивной болезни легких, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, ослабляет иммунную систему, делает пациентов более уязвимыми в отношении COVID-19, усугубляет тяжесть болезни и ухудшают прогноз [4].

В опубликованном систематическом обзоре «COVID-19 и курение» журнала TID — Tobacco Induced Diseases за март 2020 г. проанализированы 5 исследований, представляющих данные о статусе курения пациентов, инфицированных COVID-19. Анализ показал, что у курильщиков в 1,4 раза чаще имелись серьезные симптомы COVID-19. Более того, курильщики примерно в 2,4 раза чаще поступали в отделение интенсивной терапии, нуждались в ИВЛ или умирали по сравнению с некурящими пациентами [5]. Поэтому вполне естественно, что изучение связи между курением табака с одной стороны и развитием COVID-19