

Определено, что стойкая ОГ является плохим прогностическим признаком развития сердечно-сосудистых осложнений [5]. Так, относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий у пациентов с ОГ, зарегистрированной 2 и более раз в сутки был в 3,4 раза больше (ДИ 1,1–10,9) по сравнению с пациентами без ортостатической гипотензии, а риск суммарного числа инсультов, ИМ, аритмий, нестабильных стенокардий и летальных исходов был в 2,5 раза больше (ДИ 1,2–8,4) у пациентов с повторяющейся ортостатической гипотензией 2 и более раз в сутки.

Конечно, кроме частоты патологических ОР в течение суток необходимо учитывать их тяжесть, а также наличие признаков гипоперфузии головного мозга, ишемии миокарда возникающие при переходе в вертикальное положение.

Таким образом, для обоснования максимально рациональной лечебной тактики необходим комплексный подход к диагностике нарушений ортостаза с учетом различных механизмов их возникновения, различных гемодинамических сдвигов, выраженности клинической симптоматики и целесообразности использования инструментальных методов обследования.

Заключение

Предложен новый подход к классификации ортостатических реакций.

Выявление стойкой ортостатической гипотензии при многократном измерении в течение суток является достоверным фактором риска развития неблагоприятных событий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kaufmann, H. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure and multiple system atrophy / H. Kaufmann // Clin. Auton. Res. — 1996. — Vol. 6. — P. 125–126.
2. A new blood pressure and heart rate signal analysis technique to assess Orthostatic Hypotension and its subtypes / B. M. Deegan [et al.] // Conf. Proc. IEEE Eng. Med. Biol. Soc. — 2007. — P. 935–938.
3. EFNS guidelines on the diagnosis and management of orthostatic hypotension / H. Lahrman [et al.] // Eur. J. Neurol. — 2006. — Vol. 13. — P. 930–936.
4. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC) / A. Moya [et al.] // Eur Heart J. — 2009. — Vol. 30, № 21. — P. 2631–2671.
5. Методы исследования ортостатических реакций / В. И. Козловский [и др.]. — Витебск: ВГМУ, 2010. — 255 с.

УДК 616.517.8

ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

Полын И. В., Филипенко-Каханчук Е. А., Ксензова А. С., Скребец Ю. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориаз — один из самых распространенных хронических дерматозов, которым, по данным разных авторов, страдает от 0,1 до 10 % населения планеты [1, 2]. Неуклонный рост заболеваемости, особенно тяжелых форм, резистентных к терапии, приводящих к инвалидности, нарушающих психический статус, придают проблеме все большую актуальность [2–3].

В последнее время все чаще о псориазе говорят, как о системном заболевании из-за вовлечения в процесс не только кожи, но и суставов, почек, печени, называя его «псориатической болезнью». Несмотря на большое количество исследований по изучению псориаза, причина заболевания остается до конца невыясненной. В настоящее время «эту загадочную болезнь» рассматривают, как заболевание мультифакториальной природы с участием генетических, иммунных и средовых факторов. Различают два типа псориаза. Псориаз I типа связан с системой HLA антигенов (HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57, HLA-Cw6). Этим типом псориаза страдают 60–65 % пациентов, причем заболевание чаще начинается в возрасте 20–25 лет. Псориаз II типа не связан с системой HLA антигенов и возникает одинаково часто у мужчин и женщин в среднем и пожилом возрасте [4].

Среди пусковых механизмов прежде всего имеет значение эмоциональный стресс и психосоциальный статус пациента. Однако наличие инфекционных заболеваний, очагов хронической инфекции, таких как тонзиллит, гайморит, мочеполовые заболевания, также может спровоцировать появление первых признаков псориаза. Достаточно часто псориаз возникает в местах механического повреждения кожи, а именно в области порезов, царапин, уколов, расчесывания, потертостей, ожогов или после приема лекарственных препаратов (b-блокаторов, нестероидных противовоспалительных средств, интерферона). Нельзя не учитывать влияния климатических факторов. Практически все пациенты, страдающие псориазом, отмечают благотворное влияние солнца на течение болезни. Но ни одна из концепций и гипотез не является общепризнанной. В настоящее время преобладает точка зрения, что это системное заболевание организма мультифакториальной природы, основную роль в возникновении которого играет триада патогенетических факторов: генетических, иммунометаболических и провоцирующих [2]. Степень выраженности псориаза может варьировать как у одного пациента, так и у разных в широких пределах (ограниченные, распространенные и тотальные формы поражения). При отсутствии должного лечения наблюдается тенденция к прогрессированию заболевания с течением времени (увеличению площади поражения, увеличению обострений, уменьшению времени ремиссий, вовлечению новых участков кожных покровов). Также, при псориазе часто поражаются ногти (так называемые ониходистрофии), наблюдаются воспалительные поражения суставов (псориазическая артропатия). Псориазический артрит характеризуется выраженной гетерогенностью клинических проявлений и течения, причем по этим параметрам не имеет себе равных среди других заболеваний суставов и позвоночника [5].

Цель

Изучить особенности проявления псориаза у пациентов в настоящее время. Определить характер поражения кожных покровов и придатков кожи, осложнения псориаза, а также степень тяжести заболевания. Оценить характер сопутствующей патологии у пациентов, страдающих псориазом, в том числе и выраженность психопатологической симптоматики у данной группы пациентов.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 76 пациентов, страдающих псориазом. Изучались: локализация кожной сыпи, изменение ногтей кистей и стоп, характер ониходистрофий, наличие грибковых поражений, вовлечение волосистой части головы, наличие осложнений, сопутствующая патология. Оценка степени тяжести псориаза проводилась с помощью индекса PASI. Для определения психопатологической симптоматики мы пользовались симптоматическим опросником выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised).

Результаты исследования и их обсуждение

Для определения степени повреждения кожных покровов данной группы пациентов был использован индекс PASI. В ходе работы были исследованы критерии: уровень эритемы, степень инфильтрации, степень шелушения, площадь поражения отдельных областей тела. Изучены сопутствующие соматические заболевания (таблица 1).

Таблица 1 — Сочетание псориаза и других патологически изменений

Выявляемая патология	Абсолютные значения (n = 76)	Процентное соотношение
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	1	1,31
Вульгарные угри	5	6,57
Ожирение	15	19,73
Микоз крупных складок	5	6,57
Хронический гепатит С	1	1,31
Хронический гастрит	17	22,36
Бронхиальная астма	1	1,31
Артропатия	4	5,26
Сахарный диабет	8	10,52
Артериальная гипертензия	56	73,68
Не выявлено	15	19,73

Индекс PASI варьировал от 14,4 до 64,8 %. Наиболее часто псориаз сочетался с другими соматическими заболеваниями. У 80,26 % пациентов наблюдалось сочетание псориаза и др. патологий: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротические изменения коронарных сосудов, артериальная гипертензия, сахарный диабет, хронический гастрит. Наиболее часто выявлялась артериальная гипертензия (таблица 2).

Таблица 2 — Соотношение индекса PASI в исследуемой группе

Индекс PASI	Количество в % (n = 76)
0–30 %	34,62
30–60 %	61,54
Более 60 %	3,84

Таким образом 65,38 % пациентов, которые находились в стационаре были со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза.

У 28 (36,84 %) пациентов ногтевые пластинки не поражались. На стопах ониходистрофии были представлены преимущественно в виде изменения цвета и подногтевого гиперкератоза (67,5 %); на кистях — симптома «наперстка», феномена «масляного» пятна. Поражение ногтей было выявлено на 1, 2 и 4 пальцах кистей. Поражение ногтей стоп затрагивало 1 пальцы. Всем пациентам был произведен микроскопический анализ ногтевых пластин на наличие микотических поражений, у 3 (3,94 %) пациентов были выявлены грибковые поражения ногтей стоп.

У 13,33 % пациентов первичной локализацией сыпи была волосистая часть головы, в последующем она распространилась на другие участки кожного покрова. Изменения волос не наблюдалось. На момент обследования у 8,33 % высыпания были ограничены волосистой частью головы. У большинства 66,67 % пациентов наблюдалось одновременное поражение, как волосистой части головы, так и кожных покровов.

Жалобы на поражение суставов предъявляли 13 пациентов. Четырем из них был выставлен диагноз псориатический артрит.

При изучении психопатологической симптоматики оценивались: общий индекс тяжести симптомов (GSI) — индикатор текущего состояния и глубины расстройства, информирует о количестве и интенсивности симптомов (таблица 3):

- ✓ PST — общее число утвердительных ответов-показывает широту диапазона симптоматики;
- ✓ индекс личного симптоматического дистресса (PSDI) отражает меру интенсивности состояния (дистресса), соответствующую количеству симптомов, а также тенденцию к преувеличению или сокрытию симптомов испытуемым;
- ✓ соматизация (SOM);
- ✓ обсессивно-компульсивные расстройства (O-S);
- ✓ интерперсональная чувствительность (INT);
- ✓ депрессия (DEP);
- ✓ тревожность (ANX);
- ✓ враждебность (HOS);
- ✓ навязчивые страхи, фобии (PHOB);
- ✓ паранойдность (PAR);
- ✓ психотизм (PSY).

Таблица 3 — Характеристика психопатологической симптоматики, PST

Пол	SOM	O-S	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD
Женщины	5,83	2,75	3,5	3,41	2,5	1,25	1,5	1,33	1,58	2,58
Мужчины	3,44	1,88	0,77	1,88	0,88	0,55	0	0,77	0,33	1,22

Наибольшее количество баллов было получено в группах SOM, как у женщин, так и у мужчин по 5,83 и 3,44 соответственно; O-S — 2,75 и 1,88, INT 3,5 балла у женщин и DEP

3,41 — у женщин и 1,88 баллов у мужчин. PST (общее число утвердительных ответов показывает широту диапазона симптоматики) была выше у женщин, чем у мужчин в 3,33 раза (1,9 — у мужчин и 6,33 — у женщин), таблица 4.

Таблица 5 — Выраженность психопатологической симптоматики

Индекс	Женщины, n = 43	Мужчины, n = 33
GSI	29,26	14,7
PST	199	6,8
PSDI	1,58	1,55

С помощью опросника SCL-90-R были опрошены 33 мужчин и 43 женщин. GSI было выявлено, что у женщин психопатологическая симптоматика проявлялась в 1,99 раз больше, чем у мужчин (женщины 29,26 и мужчины 14,7). PST было выявлено преобладание данного критерия у женщин в 3,33 раза (женщины 199; мужчины 68). PSDI — и у мужчин, и у женщин существенно не отличалось — 1,55 и 1,58, соответственно.

Выводы

1. Индекс PASI варьировал от 14,4 до 64,8 %.
2. Сочетание псориаза и соматических заболеваний наблюдалось у 80,26 % пациентов. Наиболее часто псориаз сочетался с ИБС, АСКС, АГ, хроническим бронхитом, СД.
3. Поражение ногтевых пластин наблюдалось у 63,16 % пациентов. Среди ониходистрофий наиболее часто выявлялись: подногтевой гиперкератоз, изменение цвета, феномен «масляного» пятна. При этом поражение ногтей стоп преобладало (66,67 %). Онихомикоз мы выявили лишь у 3,94 % пациентов. Поражение волосистой части головы наблюдалось у 8,33 % пациентов. У большинства 66,67 % пациентов наблюдалось одновременное поражение, как волосистой части головы, так и кожных покровов.
4. Женщины подвержены психопатологической симптоматике больше мужчин. Среди психопатологических симптомов наиболее часто выявлялись признаки соматизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опыт эффективной терапии больных тяжелым псориазом / Н. В. Кунгуров [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2012. — № 1. — С. 76–83.
2. Психонейросоматические аспекты патогенеза псориаза / Л. А. Порошина [и др.] / Специфические и неспецифические механизмы адаптации при стрессе и физической нагрузке: сборник научных статей I Республиканской научно-практической интернет-конференции с международным участием / Н. И. Штаненко [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 2,31 Мб). — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 1 электрон. опт. Диск (CD-ROM). — С. 54–56.
3. Суколина, О. Г. Комплексная оценка эффективности патогенетической терапии псориаза. / О. Г. Суколина, Э. А. Баткаев // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — № 3. — С. 30–34.
4. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни: учеб. руководство / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М.: Медицинская литература, 2009. — 672 с.
5. Смагина, Н. Н. Дифференциальная диагностика псориазического артрита / Н. Н. Смагина, Л. А. Порошина, Е. А. Ивашкевич // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 4(50). — С. 19–25.

УДК 339.92

ЭВОЛЮЦИЯ РАЗВИТИЯ ИНТЕГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В СФЕРЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЕДИНОГО НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА СТРАН ЕАЭС

Полякова И. А.

**Учреждение образования
«Витебская государственная академия ветеринарной медицины»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Развитие интеграционных процессов на постсоветском пространстве диктует необходимость расширения и углубления взаимодействия стран-участниц по новым направлениям