

новой кислоты, токоферола, ретинола и каротиноидов, наиболее выраженное в олигурическом периоде тяжелой формы заболевания.

2. Проводимая общепринятая витаминотерапия у больных среднетяжелой и тяжелой формами

ГЛПС не приводила к излечению развивающихся в течение заболевания гиповитаминозов, что требует дальнейшего ее применения в периоде реконвалесценции.

Сведения об авторе статьи:

Хасанова Гузель Миргасимовна – к.м.н., врач инфекционист высшей категории МУ Городская клиническая больница №13, ГО г. Уфа, адрес: ул. Нежинская, 28, тел.: (347) 240-13-13

ЛИТЕРАТУРА

1. Валишин, Д.А. Гормонально-иммунологический статус у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 31 с.
2. Витамины и микроэлементы в клинической фармакологии / под ред. В.А. Тутельяна. – М.: Палея-М, 2001. – 560 с.
3. Константинов, А.А. Патогенетическое значение нарушений некоторых сторон обмена веществ у больных дальневосточной геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 1959. – № 5. – С. 127.
4. Концевая, Н.Г. Некоторые показатели белкового обмена и витаминного баланса у больных дальневосточной геморрагической лихорадкой с почечным синдромом/Н.Г. Концевая, А.А.Константинов, С.Е.Шапиро, Г.С.Ковальский // Вопросы медицинской химии. – 1970. – Т. 16, № 4. – С. 376-381.
5. Мирсаева, Г.Х. Клинико-патогенетическое значение перекисного окисления липидов, уровня простаноидов и внутрисосудистого свертывания крови при геморрагической лихорадке с почечным синдромом: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 1999. – 44 с.
6. Хунафина, Д.Х. Гипергомоцистеинемия при геморрагической лихорадке с почечным синдромом / Д.Х. Хунафина, Ф.Х. Камбаров, Г.Р. Сыртланова [и др.] // Актуальные вопросы инфекционной патологии: сб. научн. тр. конференции, посвящ. 100-летию МУ ИКБ № 4г. Уфы РБ. – Уфа: ООО «Тихая пристань», 2010. – С. 205-206.
7. Шайхуллина, Л.Р. Состояние процессов перекисидации у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на фоне терапии с применением йодантипирина: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2004. – 22 с.
8. Fischer P.A., Dominguez G.N. et al. Hyperhomocysteinemia induces renal hemodynamic dysfunction: is nitric oxide involved? / P.A. Fischer, G.N. Dominguez [et al.] // J Am Soc Nephrol. – 2003. – № 14. – P. 653-660.
9. Thompson J. Vitamins and minerals 4: overview of folate and the B vitamins / J. Thompson // Community Pract. – 2006. – Vol. 79. – № 6. – P. 197-198 (PubMed abstract).

УДК [616.12-008.331.1:616.69-008.1]-092: 616.13-018.74

© Э.Г. Ямлихина, Л.И. Сайфуллина, Ш.З. Саттаров, А.Э. Нигматуллина, В.Р. Галаяутдинова, А.А. Кинзикева, Д.С. Комлев, О.А. Кабанова, А.Г. Мусин, Г.М. Сахаутдинова, 2011

Э.Г. Ямлихина, Л.И. Сайфуллина, Ш.З. Саттаров, А.Э. Нигматуллина, В.Р. Галаяутдинова, А.А. Кинзикева, Д.С. Комлев, О.А. Кабанова, А.Г. Мусин, Г.М. Сахаутдинова

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, Уфа

В статье представлены результаты исследования эндотелиальной дисфункции у мужчин с артериальной гипертензией и эректильной дисфункцией. По результатам сексологического обследования выявлено, что у 45,7% больных артериальной гипертензией наблюдается эректильная дисфункция. Нарушения эндотелиальной функции по результатам исследования сосудодвигательной функции эндотелия у данной категории пациентов проявляются снижением эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации, увеличением толщины интима-медиа и зависят от степени тяжести эректильной дисфункции, длительности артериальной гипертензии, наличия таких факторов риска, как курение, гиперлипидемия, возраст пациентов.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, эректильная дисфункция, эндотелиальная дисфункция.

E.G. Yamlikhina, L.I. Saifullina, Sh.Z. Sattarov, A.E. Nigmatullina, V.R. Galyautdinova,

A.A. Kinzikeyeva, D.S. Komlev, O.A. Kabanova, A.G. Musin, G.M. Sahautdinova

FEATURES OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND ERECTILE DYSFUNCTION

Results of a study on endothelial dysfunction in men with arterial hypertension and erectile dysfunction are presented in the article. Based on a sexological research, erectile dysfunction was detected in 45.7% of patients with arterial hypertension. According to the vasomotion function study of the endothelium, abnormalities of endothelial function in the given patient group were specified as a decrease in endothelium-dependent and endothelium-independent vasodilatation, an increase in intima media thickness and were found to be contingent on erectile dysfunction severity level, arterial hypertension chronicity, involvement of such risk factors as smoking, hyperlipidemia and patient age.

Key words: cardiovascular diseases, arterial hypertension, erectile dysfunction, endothelial dysfunction.

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных проблем современной медицины в связи с широкой распространенностью, повышенным риском сердеч-

но-сосудистых осложнений, высокой смертностью и отсутствием адекватного контроля в масштабах популяции [1,3]. Одним из основных механизмов формирования АГ является

эндотелиальная дисфункция (ЭД), которая носит генерализованный характер. В силу крайнего разнообразия возможных последствий эндотелиальной дисфункции клинические её проявления могут быть крайне вариабельны и включают в себя почти полный перечень сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, в том числе эректильную дисфункцию [2,3,6].

В настоящее время доказано, что можно поставить знак равенства между эндотелиальной и эректильной дисфункциями и существует тесная взаимосвязь этих патологических состояний [2,4,6,7,8].

Эндотелиальная дисфункция является общим патогенетическим звеном развития АГ и васкулогенной эректильной дисфункцией (ЭрД) [3,6,8]. В сыворотке крови пациентов с АГ и ЭрД выявляется повышение маркеров эндотелиальной дисфункции [5,7]. Длительное неконтролируемое повышение артериального давления способствует тому, что стенки артерий утрачивают эластичность. Артериальная гипертензия приводит к пролиферации мышечной ткани в кавернозных телах и кровеносных сосудах, вызывает фиброз кавернозной ткани и увеличивает в ней количество коллагена III, причем выраженность этих изменений зависит от степени повышения систолического артериального давления. Снижается артериальное давление в сосудах меньшего калибра, в спиральных артериях полового члена. Поражение сосудов полового члена препятствует возникновению эрекции, необходимой для выполнения полового акта. Запускается порочный круг, когда патологические процессы стимулируют друг друга [2,6]. Таким образом, ЭД является фактором, ухудшающим прогноз иотягчающим течение АГ и способствующим развитию осложнений АГ. Несмотря на многочисленные исследования, проведенные по изучению ЭД у кардиологических больных, этот вопрос по-прежнему остается актуальным. Одним из важнейших аспектов этой проблемы является возможность коррекции ЭД, которая является новой терапевтической мишенью при лечении кардиоваскулярных заболеваний.

Материал и методы

Обследовано 140 мужчин, страдающих артериальной гипертензией, в возрасте от 30 до 59 лет (средний возраст $43,4 \pm 2,5$ года).

В качестве контрольной группы были выбраны 50 практически здоровых мужчин в возрасте от 31 года до 57 лет (средний возраст $42,8 \pm 4,1$ года).

По результатам сексологического об-

следования пациенты с АГ были разделены на две группы: основная группа – пациенты АГ с ЭрД и группа сравнения – пациенты АГ без ЭрД.

Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата SONOS-4500 (фирма “Hewlett Packard”, США) линейным датчиком 7 МГц в режиме триплексного сканирования по методике Celermajer и соавт. (1992) в модификации О.В. Ивановой (1997). Для проведения сексологического обследования пациентов использовался опросник Международный индекс эректильной функции (МИЭФ) (Rosen R., 1997).

Результаты и обсуждение

Исходный диаметр плечевой артерии перед проведением пробы с реактивной гиперемией составил у пациентов с АГ $0,48 \pm 0,04$ см. При исследовании эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией 85,8% пациентов, включенных в исследование, исходно характеризовались недостаточной и даже парадоксальной реакцией эндотелия. Среднее значение ЭЗВД плечевой артерии в группе пациентов с АГ исходно составило $9,26 \pm 0,25\%$, этот показатель в 1,5 раза меньше, чем у лиц группы контроля. У 14,3% больных не наблюдали прироста диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию (ЭЗВД имела нулевое значение), в 26,4 % случаев отмечена парадоксальная реакция эндотелия – вазоконстрикция в ходе проведения пробы.

При изучении частоты сексуальных нарушений с помощью опросника МИЭФ была выявлена ЭрД у 64 (45,7%) пациентов с АГ. В группе контроля сексуальные расстройства не отмечались. Средний балл показателя МИЭФ составил в группе пациентов с АГ и ЭрД $17,77 \pm 2,0$ и на 30,96% был достоверно ниже этого показателя в группе контроля ($p < 0,001$) и в группе пациентов с АГ без ЭрД на 34,5% ($p < 0,001$). Тяжелая ЭрД (ЭФ < 11) наблюдалась у 7,8%, умеренная ЭрД (ЭФ 11-16) – у 31,3%, легкая ЭрД (ЭФ 17-25) у 60,9% обследованных. При оценке различных компонентов эректильной функции (вопросы МИЭФ 1-5, 15) выявлено, что у пациентов АГ с ЭрД они были достоверно ниже, чем у пациентов контрольной группы (рис.1). Наиболее выраженными были изменения показателя МИЭФ 15, характеризующего уверенность в эрекции: в группе пациентов с АГ и ЭрД показатель был в 1,4 раза ниже в сравнении с группой контроля ($p < 0,002$), и в 1,5 раза ниже в сравнении с группой пациентов с АГ без

ЭрД ($p < 0,005$). Также у пациентов с АГ и ЭрД были отмечены изменения по показателю

МИЭФ 1, он достоверно в 1,5 раза был ниже данных контрольной группы ($p < 0,01$).

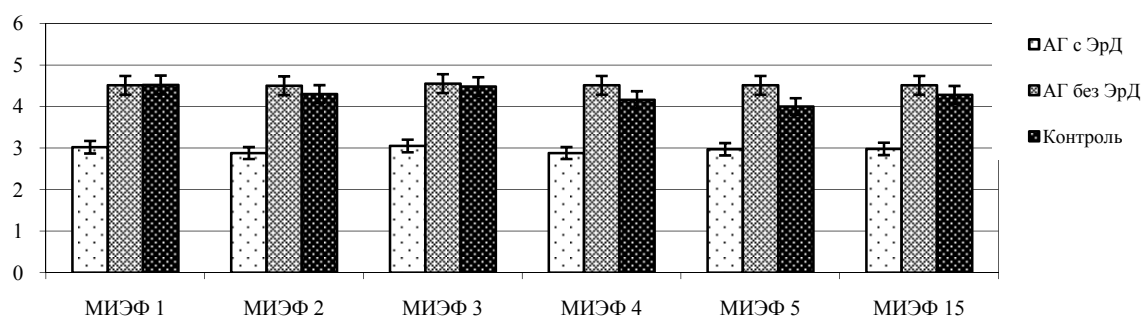


Рис. 1. Показатели МИЭФ у больных АГ

В группе больных с АГ и ЭрД были выявлены нарушения других аспектов сексуальной функции: удовлетворенность половым актом (МИЭФ 6,7,8), оргазм (МИЭФ 9,10), либидо (МИЭФ 11,12), общая удовлетворенность (МИЭФ 13,14). Наиболее выраженные

изменения отмечены по показателям, характеризующим удовлетворенность половым актом: в когорте больных с АГ и ЭрД этот показатель оказался в 1,6 раза ниже контроля ($p < 0,001$) (рис.2).

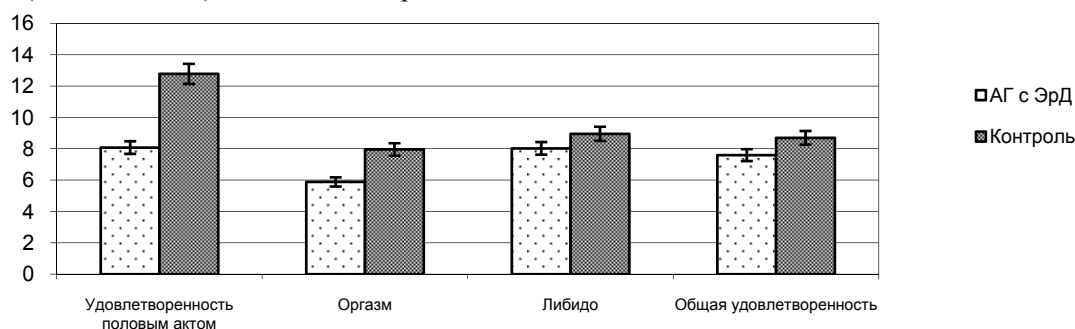


Рис. 2. Показатели сексуальной функции у больных АГ

При оценке функции эндотелия в группе пациентов с АГ и ЭрД выявлено, что показатель среднего значения ЭЗВД в 1,4 раза был ниже, чем в когорте больных с АГ без ЭрД, и в 1,95 раза ниже, чем в группе контроля. У больных с АГ и ЭрД определялись более высокие значения индекса пульсации - на 14,6% больше, чем в группе контроля ($p < 0,05$). Повышение индекса пульсации указывает на снижение эластичности сосудистой стенки и характеризует резистентность сосуда.

Анализ взаимосвязи между показателями ЭрФ и параметрами реактивности плечевой артерии у пациентов с АГ и ЭрД показал, что прирост диаметра плечевой артерии в ответ на повышение скорости кровотока в ней после компрессии оказался достоверно ниже у больных с АГ по сравнению с группой контроля, также достоверно более низкий показатель был получен в когорте пациентов с ЭрД по сравнению с группой пациентов без сексуальных нарушений. Так, в ответ на повышение скорости кровотока у больных контрольной группы на $21,5 \pm 1,9\%$ диаметр плечевой артерии увеличился на $16,78 \pm 2,15\%$. У боль-

ных АГ скорость кровотока достоверно повышалась на $34,2 \pm 2,56\%$, а диаметр артерии увеличился - на $8,22 \pm 3,47\%$. Таким образом, при увеличении стимула - скорости кровотока в 1,46 раза у больных АГ не происходило соразмерного возрастания ЭЗВД. В группе пациентов с АГ и ЭрД эти изменения были еще более выражены - при возрастании скорости кровотока на $30,3 \pm 4,1\%$ диаметр плечевой артерии увеличился на $4,67 \pm 2,14\%$.

Вызванная нитроглицерином вазодилатация в группе больных с АГ была в 1,4 раза достоверно ниже контроля. В когорте пациентов с АГ и ЭрД показатель ЭНВД был достоверно ниже в 1,7 и 1,4 раза соответственно, чем в группе контроля и у больных без сексуальных нарушений. У больных АГ с ЭрД по сравнению с группой контроля и пациентами без сексуальных нарушений величины ЭЗВД и ЭНВД были ниже, что свидетельствует об ухудшении способности сосудов к вазодилатации в ответ на механическую деформацию сосудов и действие NO на гладкомышечные сосудистые клетки.

Показатели толщины интимы-медии

(ТИМ) в группе пациентов с АГ в 1,6 раза были выше, чем в группе контроля ($p<0,05$), что указывает на неблагоприятное влияние нарушений при АГ на упругоэластические свойства и толщину сосудистой стенки. В когорте больных с АГ и ЭрД эти значения достоверно превышали аналогичные параметры в группах контроля и больных с АГ без ЭрД.

У пациентов с АГ и ЭрД отмечалось более выраженное снижение величин ЭЗВД и ЭНВД, а также увеличение ТИМ плечевой артерии. Полученные результаты подтверждают тесную патогенетическую взаимосвязь ЭД и ЭрД (см. таблицу).

При индивидуальном анализе состояния ЭЗВД были выделены два типа ответной реакции: нормальная и патологическая. Последняя включала как недостаточную степень вазодилатации, так и вазоконстрикцию в ответ на окклюзию. Патологическую вазодилатацию, вызванную потоком, наблюдали в группе с АГ без ЭрД у 54 (71,1%) больных, в группе с АГ и ЭрД – у 55 (85,9%) пациентов. В группе пациентов с патологической ответ-

ной реакцией сосудистой стенки при проведении пробы с реактивной гиперемией наблюдались достоверно более выраженные нарушения эректильной функции, особенно низкие значения в этой когорте были по показателям МИЭФ 1,4,5 и по интегральному показателю «эректильная функция» (рис. 3).

Таблица

Показатели	Контрольная группа (n=50)	Все больные с АГ (n=140)	АГ без ЭрД (n=76)	АГ с ЭрД (n=64)
D ₀ , см	0,41±0,03	0,48±0,04	0,46±0,05	0,49±0,03
ЭЗВД, %	14,01±0,24	9,26±0,25	9,8±0,93 $p_2<0,01$	7,2±0,23 $p_1<0,001$
ЭНВД, %	20,4±1,8	14,8±2,13	16,1±1,23 $p_2<0,05$	11,7±2,02 $p_1<0,02$
Δ D, %	16,78±2,15	8,22±3,47	9,84±1,06	4,67±2,14 $p_1<0,001$
PI	7,12±0,17	8,18±0,15	7,89±0,12	8,34±0,17 $p_1<0,05$
Объемная скорость кровотока, мл/мин	21,5±1,9	34,2±2,56	40,85±1,82	30,3±4,1 $p_1<0,05$
ТИМ плечевой артерии, мм	0,54±0,12	0,81±0,04	0,58±0,16 $p_2<0,05$	0,86±0,12 $p_1<0,01$

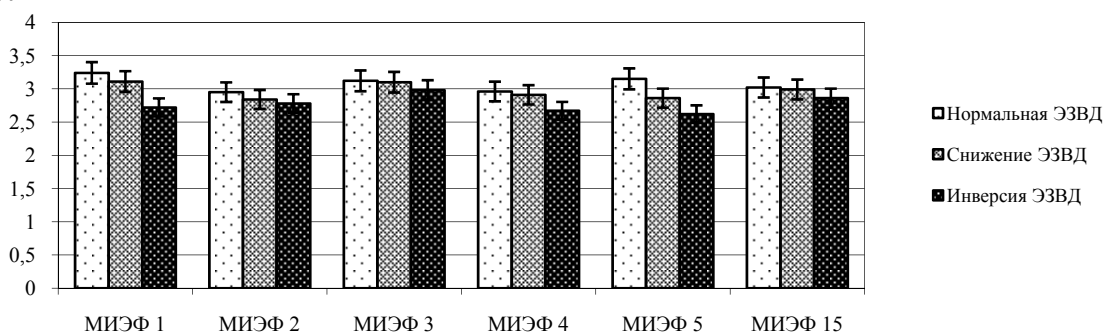


Рис. 3. Показатели МИЭФ у пациентов АГ и ЭрД с различными результатами пробы с реактивной гиперемией.

Вывявлена прямая корреляционная связь между величинами ЭЗВД и показателями МИЭФ (1,2,3,4,5,15). Что касается показателей ЭНВД, то между ними и показателями МИЭФ были менее выраженные взаимосвязи.

Достоверные различия были обнаружены в относительном расширении плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией у больных с АГ в зависимости от курения, причем наиболее выраженные нарушения наблюдались в группе курящих пациентов с АГ и ЭрД.

Также нами было проанализировано наличие взаимосвязи между степенью, длительностью АГ, продолжительностью сексуальных нарушений, тяжестью ЭрД и выраженностью эндотелиальной дисфункции.

У больных с длительностью АГ более 10 лет и тяжелой степенью ЭрД наблюдается более выраженная эндотелиальная дисфункция, проявляющаяся достоверно более низкими показателями прироста плечевой артерии

по результатам пробы с реактивной гиперемией. Степень АГ и продолжительность ЭрД не оказывали влияния на параметры ЭЗВД: достоверных различий по данным показателям между группами не обнаружено. У большинства больных АГ с ЭрД имел место более низкий уровень ЭЗВД по сравнению с лицами группы АГ без ЭрД, хотя величины линейной скорости кровотока на реактивную гиперемию статистически значимо превышали показатели у лиц с АГ без ЭрД (96,6±5,2 см/с у первых, 142,5±4,7 см/с у вторых; $p<0,01$). При этом выявлена прямая средняя корреляционная связь выраженности признаков эндотелиальной дисфункции и толщины комплекса интима-медиа ($r=0,334$; $p<0,01$).

Анализ взаимосвязей морфологических и функциональных показателей сосудистой реактивности с факторами риска выявил зависимость толщины сосудистого комплекса с возрастом пациентов ($r=0,42$; $p<0,001$), длительностью АГ ($r=0,35$; $p<0,005$).

Выводы

Таким образом, ЭД у больных с АГ и ЭРД, проявляющаяся снижением величин ЭЗВД, ЭНВД и увеличением ТИМ плечевой артерии, зависит от степени тяжести ЭРД, длительности АГ, наличия таких факторов риска, как курение, гиперлипидемия, возраст

пациентов. В терапевтической практике должно учитываться наличие взаимосвязи между эндотелиальной дисфункцией, возникновением артериальной гипертензии и эректильной дисфункцией, усугубляющих течение друг друга.

Сведения об авторах статьи:

Ямлихина Эльвира Гайсаевна – аспирант кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Сайфуллина Лилия Ильдусовна – аспирант кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Саттаров Шамиль Зифович – к.м.н., врач эндоскопического отделения МУ ГКБ №13 г. Уфы, e-mail: sttrvshml@mail.ru
 Нигматуллина Альбина Эльдусовна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Галяутдинова Велена Рамилевна – ассистент кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Кинзикеева Алина Ахтямовна – аспирант кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Комлев Дмитрий Сергеевич – аспирант кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Кабанова Олеся Александровна – соискатель кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Мусин Артур Гумарович – клинический ординатор кафедры госпитальной терапии №1 БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3
 Сахаутдинова Г.М. – д.м.н., профессор БГМУ, г. Уфа, ул. Ленина, 3

ЛИТЕРАТУРА

- Бахтияров, Р.З. Гипертоническая болезнь и эндотелиальная дисфункция / Р.З. Бахтияров, М.Р. Забиров // Вестник ОГУ. – 2004. - № 4. – С. 114-118.
- Верткин А.Л. Эректильная дисфункция в практике врача-кардиолога. / А.Л. Верткин // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т.11, №19. – С. 1107-1113.
- Камалов А.А. Кардиоваскулярные аспекты эректильной дисфункции / А.А. Камалов, С.Д. Дорофеев, Е.А. Ефремов // Consilium medicum. – 2004. - Т.6, № 5.
- Сексуальная дисфункция у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (обзор). / А.Т. Тепляков, Е.Ю. Пушкинова, Т.А. Степачева, В.В. Калюжин // Терапевтический архив. – 2002. - №10. – С. 77-80.
- Cheitlin M.D. Sexual activity and cardiovascular disease. / M.D. Chetlin // Am. J. Cardiol. – 2003. – Vol.92. - №9A. – P.3M-8M.
- Endothelial dysfunction in erectile dysfunction: role of the endothelium in erectile physiology and disease / T.J. Bivalacqua, M.F. Usta, H.C. Champion, P.I. Kadowitz, W.J. Hellstrom // J. Androl. – 2003. Vol. 24 (suppl. 6). – P. 17-37.
- Erectile dysfunction: an early marker for hypertension? / D. Behr-Roussel, D. Corny, K. Mevel et al. // Am. J. Physiol. – 2004. in press.
- Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular disease: results of the minority health institute expert advisory panel / K.L. Billups, A.J. Bank, H. Padma-Nathan et al. // J. Sex. Med. – 2005. – Vol. 2. – P. 40-52.

УДК 616-092.6

© Э.Ф. Гарифуллина, З.Р. Хисматуллина, З.Г. Тухватуллина, 2011

Э.Ф. Гарифуллина¹, З.Р. Хисматуллина¹, З.Г. Тухватуллина² АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравоохранения России, г. Уфа

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

В статье отражены исследования при выявлении в анамнезе больных наличия или отсутствия воздействия на организм химических, токсических, биологических канцерогенных и/или триггерных факторов риска возникновения лимфопролиферативных заболеваний кожи (ЛПЗК), степень их влияния на биохимические показатели сыворотки крови и наличие сопутствующей патологии внутренних органов. Выявлено, что в структуре больных ЛПЗК преобладают рабочие профессии, мужчины трудоспособного возраста. Установлено, что патогенез ЛПЗК состоит из сложных звеньев, сочетая в себе кожные и внекожные механизмы, и выявление ЛПЗК должно базироваться на донозологическом уровне – результатах анамнестических, биохимических, иммунологических исследований.

Ключевые слова: лимфопролиферативные заболевания кожи, анамнез, биохимические показатели, монооксигеназная система печени.

E.F. Garifullina, Z.R. Khismatullina, Z.G. Tukhvatullina PATIENT RECORDS DATA AND BLOOD SERUM BIOCHEMICAL INDICATORS IN PATIENTS WITH LYMPHOPROLIFERATIVE SKIN DISEASES

The paper reviews study results of patient records data revealing exposure of the body to chemical, toxic, biological carcinogenic and/or trigger risk factors for lymphoproliferative skin diseases (LPSD) development, their impact level on the blood serum biochemical indicators and concomitant internal pathology. The contingent structure of LPSD patients predominantly included individuals of blue-collar occupations, men of employable age. In the course of the study, LPSD pathogenesis was shown to comprise multiple links of cutaneous and extracutaneous mechanisms. Herewith, LPSD identification should be based on patient records findings, biochemical and immunological examination during the prenosological period.

Key words: lymphoproliferative skin diseases, anamnesis, biochemical indicators, liver monooxygenase system.