

Таблица 4
Динамика ЛИИ в послеоперационном периоде

Группы больных n-92	ЛИИ после операции		
	2 сут.	6 сут.	10 сут.
1-группа n-60	7,9±0,3	6,2±0,3*	2,2±0,2*
2-группа n-36	5,7±0,2-1	4,1±0,1*·1	2,1±0,2*

Примечание: * — различия с исходным фоном статистически значимы ($p < 0,05$), — межгрупповые различия статистически значимы ($p < 0,05$). Номер группы сравнения указан после значка.

Средние сроки госпитализации при проведении радикальной операции в первой группе 15,4±3,2 суток, а во второй — 12,3±2,1 суток, что в среднем на 3 суток меньше, чем в первой группе ($p < 0,05$).

Анализ данных о типах заживления ран среди исследуемых групп больных показал, что в первой группе у всех пациентов рана заживала вторичным натяжением на всем протяжении.

Во второй группе у подавляющего большинства пациентов (94,5%) рана зажила первичным натяжением, и лишь у 2 (5,5%) — вторичным натяжением.

Таким образом, из полученных результатов видно, что наилучшие результаты наблюдаются во второй группе больных, где заживление раны у большинства больных проходило по типу первичного заживления раны, что способствует сокращению сроков заживления раны.

В первой группе средний срок временной нетру-

доспособности составил 33,4±9,1 суток, во второй — 16,1±8,7 суток ($p < 0,05$).

Средние сроки временной нетрудоспособности коррелируют со сроками полного заживления ран. Во второй группе они меньше в 2 раза, что в очередной раз свидетельствует о преимуществе предложенного способа операции.

Для клинической оценки отдаленных результатов оперативного лечения в сроки до 3 лет нами использованы критерии А.М. Кузьмина (2004), включающие отсутствие и возникновение рецидивов, наличие признаков недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты наблюдали у 27 (45%) больных 1 группы, во 2 группе у 35 (97,2%) — при отсутствии рецидива и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные — у 21 (35%) в 1 группе, у 1 (2,8%) во 2 группе при недостаточности анального сфинктера с отсутствием рецидива. Неудовлетворительные результаты выявлены только в 1 группе у 12 (20%) больных вследствие рецидива свища в сроки до 3 лет.

Таким образом, улучшение результатов лечения у больных с хроническим рецидивирующим парапроктитом, оперированных по поводу экстрасфинктерных ректальных свищей с помощью предложенного способа связано с полным закрытием внутреннего отверстия свища, малой травматичностью операции, что позволяет уменьшить число рецидивов заболевания, обеспечить профилактику послеоперационной недостаточности анального сфинктера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.М.О. Оптимизация лечения больных острым и хроническим парапроктитом: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Ставрополь, 2008. — 23 с.
2. Ан В.К., Ривкин В.П. Неотложная проктология. — М.: Медпрактика, 2003. — 140 с.
3. Болквдзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009. — 38 с.
4. Болквдзе Э.Э., Коплатдзе А.М., Проценко В.М. и др. Объем некрэктомии и лечение послеоперационной раны при анаэробном парапроктите. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2009. — Т. 84. №1. — С. 84-85.
5. Воробьев Г.И., Камаева Д.К., Коплатдзе А.М. Результаты лечения больных острым парапрокти-

- том. // Анналы хирургии. — 2001. — №1. — С. 54-58.
6. Кусьмина С.В., Ачкасов Е.Е. Влияние способа хирургического лечения у больных с послеоперационными стриктурами анального канала на качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. // Московский хирургический журнал. — 2010. — № 6(16). — С. 4-8.
7. Кусьмина С.В., Ачкасов Е.Е. Лечение послеоперационных стриктур анального канала. // Вестник Санкт-Петербургского университета. — Серия 11. Медицина. — СПб., 2010. — Прил. — С. 369.
8. Чарышкин А.Л., Солдатов А.А., Дементьев И.Н. Результаты хирургического лечения больных острым парапроктитом. // Ульяновский медико-биологический журнал. — 2011. — №4. — С. 49-53.

Информация об авторах: 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ, тел. (8422) 41-20-88, e-mail:charyshkin@yandex.ru Чарышкин Алексей Леонидович — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Солдатов Александр Александрович — аспирант кафедры; Дементьев Иван Николаевич — аспирант кафедры.

© ЯКУБОВИЧ А.И., ЧАШИН А.Ю., БОБКОВА Е.Н. — 2013
УДК: 616.5-053.2

СЛУЧАЙ КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

Андрей Игоревич Якубович, Александр Юрьевич Чащин, Елена Николаевна Бобкова
(Иркутский государственный медицинский институт, ректор — д.м.н., д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Якубович, кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС, зав. — д.м.н., проф. И.О. Малова)

Резюме. Описана остроразвившаяся форма красного отрубевидного волосяного лишая у больного 62 лет. Достигнут быстрый регресс высыпаний при комплексной терапии, включающей ре-ПУВА терапию.

Ключевые слова: красный волосяной отрубевидный волосяной лишай, неотигазон, ПУВА-терапия, дифференциальный диагноз, псориаз.

A CASE OF PITIRIASIS RUBRA PILARIS

A.I. Yakubovich, A.Yu. Chashchin, E.N. Bobkova
(Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. An acutely developed form of pityriasis rubra pilaris in the patient of 62 years old has been described. The rapid regression of lesions in the complex therapy, including re-PUVA therapy has been reached.

Key words: pityriasis rubra pilaris, neotigason, PUVA therapy, differential diagnosis, psoriasis.

Красный волосной лишай Девержи является редким заболеванием кожи и встречается с частотой 0,03% среди дерматозов. В отечественной и зарубежной литературе имеются немногочисленные публикации, посвященные болезням Девержи [1, 2, 3, 7].

Учение о красном отрубевидном лишае берет начало с 1815 г., когда Т. Bateman в своем учебнике «Руководство по кожным заболеваниям», описывает, что данное заболевание «... наблюдается чаще всего в преклонных годах и представляет результат легкого воспаления пораженной кожи, отчасти напоминая диффузный псориаз. Поверхностная часть кожи в начале заболевания бывает только красноватой и шероховатой, но скоро становится как бы посыпанной мукой и покрытой чешуйками, шелушится, оставляя красноватую кожу» [6].

А. Девержи описал этот дерматоз как самостоятельное заболевание в 1857 г. под названием «*pityriasis pilaris*». Автор обращал внимание на то, что «... краснота кожи может появляться на любом месте, но преимущественно начинается с передней поверхности туловища, внутренней части конечностей и, распространяясь дальше, принимает более насыщенный цвет» [6].

Клинически в настоящее время выделяют пять типов заболевания: классический (I) и атипичный (II) взрослых, классический (III) и ограниченный (атипичный) (IV) детей, ассоциированный с ретровирусной инфекцией (V). Наиболее распространены I, III, IV типы заболеваний [7].

Первые признаки появляются обычно на коже волосистой части головы: на слабо эритематозном фоне образуются желтоватые и асбестовидные толстые чешуйки, напоминающие проявления себореи, псориаза, что вызывает большие затруднения в диагностике на ранних этапах заболевания [4].

В дальнейшем (иногда через несколько месяцев или лет) развивается основной симптом болезни Девержи — характерные множественные остроконечные мелкие фолликулярные желтовато-красного цвета папулы с роговыми чешуйками на вершине, в которых можно обнаружить скрученные пушковые волосы. При поглаживании пораженной кожи возникает ощущение терки. Сыпь локализуется главным образом на коже разгибательных поверхностей конечностей, туловище, шея, реже лицо. Папулы могут сливаться в бляшки бледно-красного цвета с белесоватыми плотно сидящими чешуйками на поверхности, что особенно выражено в области локтевых и коленных суставов. Такая клиническая картина может напоминать псориаз, однако при болезни Девержи в окружности бляшек близко к их границам видны характерные мелкие фолликулярные конусовидные папулы («спутники»). На коже ладоней и подошв нередко возникает стойкая эритема с пластинчатыми белесоватыми чешуйками на поверхности. Возможно также образование глубоких трещин. На коже тыльной поверхности пальцев рук появляются остроконечные мелкие папулы или черноватые роговые пробки в устьях волосных фолликулов (конусы Бенье).

Лечение больных амбулаторное, при остром течении и универсальном поражении стационарное. Назначают аевит, ретиноиды, которые эффективны у большинства больных [5, 8].

Мы наблюдали острое развитие болезни Девержи у мужчины, с появлением первых высыпаний на волосистой части головы и лице, имитирующий себорейный дерматит, и прогрессирующий на фоне применения системных кортикостероидов.

Больной М., 62 лет, поступил в клинику кожных болезней с жалобами: на высыпания, сопровождающиеся сильным зудом и жжением.

Считает себя больным с октября 2012 года, когда впервые на волосистой части головы и лице появилось шелушение, затем появились высыпания в виде покраснения и мелких элементов, сопровождающиеся значительным зудом и жжением. Затем высыпания распространились на туловище, верхние и нижние конечности.

Начало заболевания больной ни с чем не связывает. В конце ноября проходил стационарное лечение по месту жительства. Диагноз указать не может. Было назначено: тиосульфат натрия 30%-10,0 в/в, физиологический раствор с преднизолоном 90 мг N 7, лоратадин 10 мг, дипроспан 1,0 в/м №1, наружно: крем адвантан. Наблюдалась незначительная положительная динамика в виде прекращения появления новых высыпаний и побледнения элементов, но через неделю больной отметил ухудшение кожного процесса: появились новые высыпания, увеличились размеры предыдущих элементов, после чего больной обратился к дерматологу по месту жительства и с диагнозом: Распространенный псориаз был направлен в клинику кожных болезней.

Из анамнеза жизни: родился в Иркутской области, образование — среднее, пенсионер. Профессиональные вредности и вредные привычки — отрицает. Аллергические реакции не отмечает. Семейный анамнез не отягощен.

Данные объективного осмотра: рост 172 см; вес 75 кг; состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Региональные лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная и мышечная системы без особенностей. Дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Язык чистый. Границы печени в пределах нормы, пальпация безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Локальный статус. Патологический процесс носит диффузный характер, и локализуется на волосистой части головы, на лице, туловище, верхних и нижних конечностях. На волосистой части головы и лице диффузная эритема с отрубевидным шелушением. На туловище, верхних и нижних конечностях высыпания представлены в виде множественных мелких желтовато-красного цвета фолликулярных конусовидных папул, размером от 0,2 см до 0,5 см в диаметре с роговыми чешуйками на вершине. Наряду с папулами отмечаются инфильтрированные бляшки ярко-красного цвета, размером от 5-7 см до более крупных очагов, захватывающие всю поверхность груди, спины и бедер с белесоватыми плотно сидящими чешуйками на поверхности. На коже ладоней и подошв отмечается эритема розово-красного цвета с инфильтрацией. На поверхности пластинчатые белесоватые чешуйки и гиперкератоз. На подошвенной поверхности стоп имеются глубокие трещины.

Результаты лабораторных исследований. Анализ крови на РПГА, маркеры гепатита С и В отрицательные. Общие анализы крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови: сахар 4,6 ммоль/л, билирубин общий 13,3, билирубин свободный 9,3 мкмоль/л. АСАТ 31, АЛАТ 22 ЕД.

Консультация терапевта: Хронический поверхностный антральный гастрит. Фаза ремиссии. Консультация окулиста: Птеригизм II ст. правого глаза. Птеригизм I ст. левого глаза.

Клинический диагноз: Красный отрубевидный волосной лишай Девержи.

На фоне проводимого лечения: ацитретин 50 мг в сутки, ПУВА-терапия с аммифурином, физиологический раствор натрия хлорида 200 мл и фуросемид 0,02 в/в, клемастин 0,001 по 1 таб. 2 раза в день. Наружное: Кольд-крем с витамином А + Акридерм СК отмечен выраженный регресс процесса.

При дифференциальном диагнозе красного отрубевидного волосного лишая Девержи от псориаза, необходимо учитывать следующие факторы: в анамнезе отсутствие хронически текущего кожного процесса с периодами ремиссии и обострений, характерного для псориаза. Появление первых клинических признаков на лице и волосистой части головы в виде диффузной эритемы с отрубевидным шелушением. Болезнь Девержи отличается отсутствием характерных для псориаза трех феноменов — стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения и наличием типич-

ных фолликулярных конусовидных папул. Значительно большая резистентность к терапии характерны для болезни Девержи. При отсутствии типичных элементов, для того чтобы установить диагноз, проводят гистологическое исследование.

Данный случай иллюстрирует развитие заболевания

в пожилом возрасте, острое начало с поражением лица и волосистой части головы и быстрое распространение процесса с поражением всего кожного покрова. Комплексное лечение с использованием ре-ПУВА-терапии способствовало регрессу кожных проявлений в течение двух недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А.А., Курбанова А.А., Акимов В.Г., Арифов С.С. Красный волосистой лишаи Девержи. // Вестник дерматологии и венерологии. — 1990. — №6. — С. 20-24.
2. Кряжева С.С., Галустян М.А. Случай красного отрубевидного лишая, имитирующего псориаз, у больной сахарным диабетом. // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2010. — №5. — С. 30-32.
3. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Лугинцов Н.И. К клинике болезни Девержи. // Клиническая дерматология и венерология. — 2005. — №2. — С. 29-32.
4. Суворова К.Н., Кузлин В.Т., Рукавишников В.М. Детская дерматовенерология. — Казань: Татполиграф, 1996. — 441 с.
5. Dicken Ch.H. Isotretinoin treatment of pityriasis rubra pilaris. // Journal of the American Academy of Dermatology. — 1987. — Vol. 16 (2). — P. 297-301.
6. Griffiths W.A. Pityriasis Rubra Pilaris — a historical approach. // Clinical and Experimental Dermatology. — 1976. — Vol. 1 (1). — P. 37-50.
7. Griffiths W.A. Pityriasis rubra pilaris: the problem of its classification. // Journal of the American Academy of Dermatology. — 1998. — Vol. 26 (1). — P. 140-142.
8. Van Voorst Vader P.C., Van Oostveen F., Houthoff H.J., Marrink J. Pityriasis rubra pilaris, vitamin A and retinol-binding protein: a case study. // Acta Dermato-venereologica. — 1984. — Vol. 64 (5). — P. 430-432.

Информация об авторах: 664025, Иркутск, ул. Российская, 16, Клиника кожных болезней ИГМУ, кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии, тел. 8 (3952) 243126, 242313, e-mail: divanand@mail.ru, Якубович Андрей Игоревич — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Чашин Александр Юрьевич — ассистент кафедры, к.м.н.; Бобкова Елена Николаевна — ординатор кафедры дерматовенерологии ФПК и ППС.

© КАЗАКОВА Р.В., РОЖАНСКИЙ А.А., ПОШКАЙТЕ И.А., СЕРГЕЕВА Л.В. — 2013
УДК: 616.36-002-022.6-08

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ ИНТРОНОМ-АЛЬФА БОЛЬНОЙ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОГО С ГЕНЕЗА (ДАННЫЕ ТРИНАДЦАТИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Рита Владимировна Казакова¹, Андрей Александрович Рожанский²,
Ирина Антоносовна Пошкайте², Людмила Владимировна Сергеева²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. А.Н. Калягин, ²Клиническая больница №1 г. Иркутска, гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. Представлено 13-летнее клиническое наблюдение положительного вирусологического ответа на лечение стандартным интерфероном-альфа больной с циррозом печени вирусного С-генеза.

Ключевые слова: цирроз печени, противовирусная терапия, стойкий вирусологический ответ.

POSITIVE VIROLOGIC RESPONSE TO TREATMENT INTRON-ALPHA PATIENTS WITH CIRRHOSIS VIRAL HEPATITIS C GENESIS (DATA THIRTEEN-YEAR FOLLOW-UP)

Rita Kazakova¹, Andrey Rozhanskiy², Irina Poshkayte², Lyudmila Sergeeva²
(¹Irkutsky State Medical University, ²Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1, Russia)

Summary. Presented by the 13-year clinical follow-up of positive virologic response to treatment with standard interferon-alpha cirrhotic patients viral hepatitis C genesis.

Key words: liver cirrhosis, antiviral therapy, SVR.

Инфицирование вирусами гепатита В и С является одной из наиболее частых причин возникновения хронического гепатита, цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы.

ЦП, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. ЦП — финальная стадия хронических заболеваний печени.

Декомпенсированный ЦП в большинстве развитых стран служит основным показанием для трансплантации печени. В мире более 500 млн человек инфицированы вирусом гепатита С, высока инфицированность и на территории Прибайкалья [4], ЦП входит в число 6-ти основных причин смерти в возрасте 35-60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100 тыс. населения. В странах СНГ ЦП встречается у 1% населения [5].

Сложность ранней диагностики ЦП в большей степени обусловлена разнообразием его первых клинических проявлений. К числу наиболее частых клинических проявлений относятся такие общие симптомы, как слабость, пониженная трудоспособность, неприятные ощущения в животе, диспепсические расстройства, повышение температуры тела, боли в суставах. Часто отмечаются метеоризм, боль и чувство тяжести в верхней половине живота, похудание, астенизация. При осмотре выявляется увеличение печени с уплотнением и деформацией ее поверхности, край печени заострен. В начальной стадии отмечается равномерное умеренное увеличение обеих долей печени, в последующем часто преобладает увеличение левой доли. Портальная гипертензия проявляется умеренной спленомегалией.

Период развернутой клинической картины многообразен по своей симптоматике и отражает вовлечение