

СОДЕРЖАНИЕ

Коломиец Н.Д., Ключарева А.А., Романова О.Н., Малевич Ю.К., Тонко О.В., Ханенко О.Н. Болезнь, вызванная вирусом Зика: новая TORCH-инфекция?	3
Батян Г.М., Астапов А.А., Василёнок Е.В. Трудности в клинической диагностике системной красной волчанки у детей.....	7
Пронько Н.В., Данилевич Н.А., Рыбак Т.Г. Синдром острой диареи у детей: особенности этиологии, эпидемиологии и клинико-лабораторных проявлений	9
Гаврилова О.А., Астапов А.А. Эффективность современных методов диагностики коклюша у детей	12
Левончук Е.А., Навроцкий А.Л. Клинический случай дистрофической формы врожденного рецессивного буллезного эпидермолиза	14
Рубаник Л.В., Скворцова И.Ю., Полещук Н.Н. Папилломавирусная инфекция уrogenитального тракта и другие патогены (Chlamydia trachomatis, вирусы герпеса, Trichomonas vaginalis) как кофакторы воспаления и триггеры морфологической трансформации клеток	17
Романова О.Н. Подходы к лечению хронического гепатита С в зависимости от клинических проявлений.....	22
Сергиенко Е.Н., Труханович С.М. Лайм-боррелиоз у детей: клинико-эпидемиологические особенности, диагностика и эффективность терапии	26
Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В., Гончарик А.В., Прилуцкий П.С. Преальбумин в оценке нутритивного статуса маловесных новорожденных	28
Гаврилова О.А., Астапов А.А., Артёмчик Т.А., Кашкан А.М. Сложности в клинической диагностике атипичной формы коклюша	31
Кузнецов О.Е. Уровень D-димера при беременности	32
Розметов И.Р. Алгоритм капсульно-связочной балансировки пателлофemorального сустава при тотальном эндопротезировании коленного сустава	33
Полойко Н.А. Особенности оперативного лечения переломов нижней челюсти	38

Журнал «Медицинская панорама»
зарегистрирован в Государственном
реестре средств массовой информации
Свидетельство о регистрации № 180
от 31.03.09 г.

Основан: 1 августа 1998 года.

Учредитель: ООО «ДокторДизайн»

220117, Минск,
ул. Рафиева, 30, офис 197.
Тел./факс: (017) 376-88-68
Тел.: (017) 380-27-65, 380-27-56
Тел. моб.: (8 029) 662-52-46
e-mail: doctordesign@mail.ru

Периодичность: 7 номеров в год

Рецензионный совет:

Аверин В.И. д.м.н.; Михалевич С.И. д.м.н.;
Алейникова О.В. д.м.н.; Никифоров А.Н. д.м.н.;
Антонов И.П. д.м.н.; Панкратов О.В. д.м.н.;
Белецкий А.В. д.м.н.; Пристром М.С. д.м.н.;
Беляева Л.М. д.м.н.; Семак А.Е. д.м.н.;
Бова А.А. д.м.н.; Сидоренко В.Н. д.м.н.;
Воскресенский С.Л. д.м.н.; Силивончик Н.Н. д.м.н.;
Данилова Л.И. д.м.н.; Скугаревский О.А. д.м.н.;
Демидчик Ю.Е. д.м.н.; Смянович А.Ф. д.м.н.;
Канус И.И. д.м.н.; Строцкий А.В. д.м.н.;
Карпов И.А. д.м.н.; Сукало А.В. д.м.н.;
Ключарева А.А. д.м.н.; Тимошенко П.А. д.м.н.;
Косенко И.А. д.м.н.; Третьяк С.И. д.м.н.;
Лаптев А.Н. д.м.н.; Тябут Т.Д. д.м.н.;
Лаптева И.М. к.м.н.; Царев В.П. д.м.н.;
Ливенцева М.М. к.м.н.; Цыркунов В.М. д.м.н.;
Лукьянов А.М. д.м.н.; Шанько Ю.Г. д.м.н.;
Марченко Л.Н. д.м.н.; Шишко Г.А. д.м.н.;
Машевский А.А. д.м.н.; Яговдик Н.З. д.м.н.

Подписано в печать
с оригинала-макета 26.02.16.
Формат 60x90 1/8. Гарнитура «Официна Санс».
Уч.-изд. л. Усл. печ. л.
ISSN 2219-0791

Тираж 1000 (первый завод – 500 экз.).
Заказ № .

Цена номера 36000 рублей.

Отпечатано в ООО «Поликraft».

Лицензия № 02330/466 от 21.04.2014 г.
г. Минск, ул. Кнорина, 50, корп. 4, к. 401а.

Редакционная коллегия:

Бова А.А. д.м.н.;
Воскресенский С.Л. д.м.н.;
Канус И.И. д.м.н.;
Лаптев А.Н. д.м.н.;
Третьяк С.И. д.м.н.;
Силивончик Н.Н. д.м.н.;
Сукало А.В. д.м.н.;
Царев В.П. д.м.н.;
Цыркунов В.М. д.м.н.

Главный редактор: Малевич Ю.К.

Редактор: Кацевич И.В.

Редактор-корректор: Бялая Т.М.

Компьютерная верстка: Дуганова Т.В.

При перепечатке
материалов ссылка на журнал
«Медицинская панорама»
обязательна

СОДЕРЖАНИЕ

Сергиенко Е.Н. Диагностика и терапия острого стенозирующего ларингита и ларинготрахеита у детей	43
Ярмолик Е.С., Хворик Д.Ф. Алгоритм лечения тяжелых форм розацеа	45
Тищенко Г.В., Цыркунов В.М. Особенности поражения лимфатических узлов туберкулезной и криптококковой инфекциями у ВИЧ-инфицированных пациентов	49
Курбат М.Н., Цыркунов В.М., Гуляй И.Э. Антиоксидантная активность альфа-токоферола и убихинона в плазме крови ВИЧ-инфицированных пациентов при назначении антиретровирусных препаратов	52
Брынина А.В., Хворик Д.Ф., Лискович Т.Г. Псориаз, ассоциированный с ишемической болезнью сердца: распространенность и клиничко-лабораторная характеристика	55
Кроткова Е.Н., Богущкий М.И., Бабаева И.В., Цыркунов В.М. Особенности клещевого энцефалита в Гродненском регионе	59

6. Оноприенко, Г.А. Васкуляризация костей при переломах и дефектах / Г.А. Оноприенко. М.: Медицина, 1995. 216 с.
7. Швырков, М.Б. Неогнестрельные переломы челюстей / М.Б. Швырков, В.В. Афанасьев, В.С. Стародубцев. М.: Медицина, 1999. 336 с.
8. A computer study of biodegradable plates for internal fixation of mandibular angle fractures / J. Tams [et al.] // J. Oral Maxillofac. Surg. 2001. V. 59, № 4. P. 404–408.
9. Bayram, B. Comparison of Fixation Stability of Resorbable Versus Titanium Plate and Screws in Mandibular Angle Fractures / B. Bayram, K. Araz, S. Uckan [et al.] // J. Oral Maxillofac. Surg. 2009. V. 67, № 8. P. 1644–1648.
10. Gear, A.J. Treatment modalities for mandibular angle fractures / A.J. Gear, E. Apasova, J.P. Schmitz [et al.] // J. Oral Maxillofac. Surg. 2005. V. 63, № 5. P. 665–663.
11. Greenberg, A.M. Craniomaxillofacial fractures / A.M. Greenberg. N.Y.: Springer-Verlag, 1993. 186 p.
12. Spiessl, B., Schroll, K. Spezielle Frakturen- und Luxationslehre / B. Spiessl, K. Schroll // Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden. Band 1/1. Gesichtsschädel. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1972.

Дата поступления: 17.02.2016 г.

Информация

Сергиенко Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Диагностика и терапия острого стенозирующего ларингита и ларинготрахеита у детей

Н а сегодняшний день острые респираторные инфекции (ОРИ) у детей являются самыми частыми заболеваниями во всем мире. Нередко ОРИ сопровождаются обструкцией дыхательных путей, как верхних, так и нижних. Обструкция верхних дыхательных путей (ДП), приводящая к стенозу гортани (СГ) (синдром крупа), представляет собой серьезную проблему и является довольно частой причиной обращения за медицинской помощью [1, 3].

Круп – клинический симптомокомплекс, возникающий в результате нарушения проходимости гортани, который обусловлен разнообразными причинами как инфекционной, так и неинфекционной природы.

Слово «круп» происходит от шотландского *croop* – «каркать». Традиционно различают истинный круп, возникающий в результате поражения истинных голосовых складок (дифтерийный круп), и ложный – как проявление стенозирующего ларингита неинфекционной природы.

В современной литературе вместо термина «круп» используют термин «острый стенозирующий ларингит» (ОСЛ), или «ларинготрахеит» (ОСЛТ). Стенотические явления у ребенка за короткий промежуток времени могут привести к асфиксии, поэтому ОСЛ/ОСЛТ относится к неотложным состояниям. Летальность при ОСЛ и ОСЛТ колеблется от 0,4 до 5%, а в случае декомпенсированных форм СГ – до 60% [3, 5].

Острый стенозирующий ларингит/ларинготрахеит – это воспаление слизистой оболочки гортани/трахеи, сопровождающееся спастическим сужением просвета гортани, которое характеризуется появлением грубого, «лающего» кашля, хриплым или сиплым голосом и одышкой, чаще инспираторного характера, обусловленного отеком подвязочного пространства.

Согласно международной классификации заболеваний МКБ-10 острый ларингит имеет шифр J04.0, острый ларинготрахеит – J04.2, острый обструктивный ларингит – J05, хронический ларингит – J37.0, хронический ларинготрахеит – J37.1.

Этиология: ОСЛ/ОСЛТ может иметь инфекционную и неинфекционную этиологию. Среди инфекционных факторов обструкции

дыхательных путей наибольшее значение имеют вирусные инфекции. Так, в 75% случаев ОСЛ/ОСЛТ вызван вирусами парагриппа (чаще типа 1, возможно, также типов 2 и 3); имеют значение аденовирусы, вирусы гриппа А и В, респираторно-синцитиальный и энтеровирусы. Бактериальные возбудители относительно реже являются причиной ОСЛ/ОСЛТ (*St. aureus*, *St. pneumoniae*, *H. influenzae*, *B. catarrhalis*). При внутрибольничном инфицировании, особенно пациентов, находящихся в реанимационных отделениях и подвергшихся инструментальному вмешательству, возможно участие различных грамотрицательных микроорганизмов, среди которых синегнойная палочка [1–3].

Острым стенозирующим ларингитом/ларинготрахеитом преимущественно страдают дети в возрасте от 6 месяцев до 6 лет (чаще в возрасте от 6 до 36 месяцев). Соотношение мальчиков и девочек составляет 1,5:1. Характерна сезонность заболеваемости – осень-зима.

Развитие заболевания у детей раннего возраста связано как с тропностью вирусов, так и с анатомо-физиологическими особенностями строения дыхательных путей, а именно:

- относительно узким просветом гортани;
- воронкообразной формой гортани;
- мягкостью хрящевого скелета;
- рыхлой волокнистой соединительной и жировой тканью подвязочного аппарата;
- обилием лимфатических щелей и сосудов, множеством тонкостенных кровеносных сосудов, слизистых желез;
- наличием большого количества тучных клеток;
- особенностями иннервации гортани;
- относительной слабостью дыхательной мускулатуры.

Следует отметить, что отек слизистой оболочки с увеличением ее толщины всего на 1 мм уменьшает просвет гортани наполовину.

Патогенез: стеноз гортани возникает в результате действия сложных нервно-рефлекторных механизмов, регулирующих функцию дыхания. Основные компоненты, формирующие дыхательные расстройства при ОСЛ/ОСЛТ: отек слизистой оболочки гортани и трахеи, спазм мышц гортани и трахеи, гиперсекреция желез слизистой оболочки гортани и трахеи [3].

Нельзя не признать влияния на увеличение частоты ОСЛ/ОСЛТ неблагоприятных экологических факторов и погодных условий. Немаловажную роль играют изменения реактивности организма, отягощенное преморбидное состояние ребенка. У большинства детей с ОСЛ/ОСЛТ имеются указания в анамнезе на предшествующую сенсibilизацию, наличие пищевой и медикаментозной аллергии, различной аллергической патологии, отягощенную наследственность по атопии. У этих детей ОСЛ/ОСЛТ может возникнуть повторно и иметь рецидивирующий характер.

Клиническая картина: нарушения дыхания вследствие сужения просвета гортани чаще всего возникают ночью, во время сна, в связи с изменениями условий лимфо- и кровообращения гортани, уменьшением активности дренажных механизмов дыхательных путей, частоты и глубины дыхательных движений. В связи с этим ОСЛ/ОСЛТ называют «ночным хищником». Острый стенозирующий ларинготрахеит клинически характеризуется 3 ведущими клиническими симптомами: изменением голоса (охриплость, осиплость), «лающим» кашлем, затрудненным удлиненным шумным вдохом (инспираторная одышка).

Различают 4 степени стеноза гортани:

- I степень (компенсированный стеноз): состояние ребенка средней тяжести. При волнении или физическом напряжении вдох становится шумным, удлиненным, затрудненным. В покое дыхание свободное. Одышка и другие признаки дыхательной недостаточности отсутствуют. Наличие компенсированного стеноза гортани у пациента не требует его госпитализации в стационар;
- II степень (субкомпенсированный стеноз): состояние ребенка среднетяжелое или тяжелое. Вдох в покое шумный, удлинен-

ный, затрудненный; дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, нерезким втяжением уступчивых мест грудной клетки (яремной, над- и подключичных ямок, межреберных промежутков) и эпигастральной области. Отмечается выраженная инспираторная одышка и признаки кислородной недостаточности (особенно при беспокойстве): бледность, периоральный цианоз, тахикардия; в ряде случаев – возбуждение, вздрагивание, нарушение сна, потливость, мраморность кожи. Развиваются незначительная гипоксемия, гиперкапния, умеренный метаболический ацидоз. Такой пациент требует госпитализации в инфекционный стационар. На догоспитальном этапе вводится парентерально глюкокортикостероид (преднизолон 1–3 мг/кг или дексаметазон 0,6 мг/кг);

- III степень (декомпенсированный стеноз): состояние ребенка тяжелое или крайне тяжелое. Вдох в покое шумный, удлиненный, затрудненный, с резким втяжением податливых мест грудной клетки, эпигастральной области, выраженное западение нижнего края грудины, напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Выражены симптомы дыхательной недостаточности, нарастают признаки кислородной недостаточности – развиваются бледность, мраморность кожи, стойкий акроцианоз, потливость. Отмечается резкое беспокойство (ребенок мечется в кровати, принимает вынужденное положение), периодически сменяющееся адинамией; тремор, судороги, нарушение сна. Тоны сердца приглушены, тахикардия, парадоксальный пульс (выпадение пульсовой волны на вдохе). Выражены гипоксемия, гиперкапния, смешанный ацидоз;
- IV степень (асфиксия): состояние больного крайне тяжелое или терминальное. Дыхание аритмичное, поверхностное, вследствие чего вдох не слышен на расстоянии, нет втяжений податливых мест грудной клетки. Отмечаются потеря сознания, судороги, брадикардия; пульс едва определяется, артериальное давление падает, общий цианоз сменяется бледностью. В дальнейшем отмечаются апноэ и происходит остановка сердца. Выражены гиперкапния, гипоксия, декомпенсированный смешанный ацидоз. Пациентов с III и IV степенью стеноза следует немедленно госпитализировать в отделение интенсивной терапии и реанимации инфекционного стационара. На догоспитальном этапе вводятся парентерально глюкокортикостероидные лекарственные средства (преднизолон 1–3 мг/кг или дексаметазон 0,6 мг/кг) и проводится оксигенотерапия.

Таблица 1

Шкала Уэстли (в баллах), 2013

Признаки	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Втяжение уступчивых мест грудной клетки	Нет	Легкое	Умеренное	Выраженное		
Стридор	Нет	При беспокойстве	В покое			
Цианоз	Нет				При беспокойстве	В покое
Сознание	Ясное					Дезориентация
Дыхание	Нормальное	Затруднено	Значительно затруднено			

Примечание: суммарная балльная оценка основных параметров от 0 до 17 баллов позволяет оценить тяжесть крупа: легкий – ≤ 2, средней тяжести – от 3 до 7, тяжелый – > 8 баллов.

В англоязычной литературе для определения степени стеноза гортани часто используют шкалу Уэстли [2, 4].

Диагностика и дифференциальная диагностика: ОСЛ/ОСЛТ диагностируют на основании внезапно возникшей триады симптомов: грубого «лающего» кашля, шумного стенотического дыхания и изменения тембра голоса. В некоторых случаях приходится прибегать к прямой ларингоскопии для проведения дифференциальной диагностики, которая позволяет уточнить характер и степень поражения дыхательных путей, установить причину или этиологию заболевания, а также провести терапевтические мероприятия – отсасывание слизи, удаление корок, смазывание слизистой оболочки.

Дифференциальный диагноз ОСЛ/ОСЛТ проводят с заболеваниями, приводящими к стенотическому дыханию вследствие инфекционно-воспалительного и неинфекционного (травматического, токсического, аллергического) поражения верхних дыхательных путей, обтурации просвета гортани инородным телом или объемным образованием (опухолью), пороков развития, паралича голосовых складок, наружной компрессии (гнояно-воспалительные заболевания шеи и глотки).

Лечение: лечение ОСЛ/ОСЛТ должно быть направлено на восстановление проходимости дыхательных путей за счет уменьшения или ликвидации спазма и отека слизистой оболочки гортани, освобождения просвета гортани от патологического секрета [5].

При первых признаках заболевания ребенка необходимо взять на руки и попытаться успокоить; обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть стесняющую одежду) и дать теплое питье. При наличии дома ингалятора можно провести ингаляцию с 0,9%-ным раствором NaCl (физиологический раствор); при наличии у ребенка повышенной температуры более 38,5 °С необходимо дать ему одно из жаропонижающих средств: парацетамол или ибупрофен (ибуклин) в возрастной дозировке. Традиционно принято считать важным увлажнение воздуха (эффект «тропической атмосферы») в помещении. Однако в рандомизированном исследовании G. M. Neto и соавт. (2002) было показано, что увлажнение воздуха в помещении не влияет на улучшение клинических симптомов среднетяжелого стеноза гортани [5].

Как упоминалось выше, при наличии у ребенка субкомпенсированного стеноза гортани необходима госпитализация пациента в специализированный стационар или инфекционное отделение детского стационара, при стенозе гортани III или IV степени – в отделение интенсивной терапии и реанимации.

В лечении ложного крупа у детей существует высокий уровень доказательства клинической эффективности глюкокортикостероидов (уровень A (I): метаанализ K. Russell и соавт., 2004). Кроме того, с позиций доказательной медицины эффективность антигистаминных препаратов, бронхолитиков и спазмолитиков не доказана [5].

Таким образом, основу медикаментозной терапии ОСЛ/ОСЛТ составляют глюкокортикостероидные препараты (возможно применение дексаметазона внутрь или парентерально, будесонида через небулайзер, преднизона в суппозиториях ректально (J. C. Brown, 2002; D. Donaldson и соавт., 2003; K. Russell и соавт., 2004) [5]. Учитывая стремление всей медицинской общественности, тем более педиатров, уменьшить возможный риск развития побочных эффектов системной стероидотерапии, особенно перспективным представляется применение ингаляционных и ректальных форм глюкокортикостероидов [3, 5]. В настоящее время ингаляционная терапия проводится с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов, снабженных специальными насадками (спейсерами), или при введении лекарственных средств через небулайзер.

Этиотропная терапия ОСЛ/ОСЛТ предусматривает использование противовирусных препаратов: ингибиторов нейраминидазы (при ОСЛТ на фоне тяжелого гриппа) и препаратов рекомбинантного α-интерферона и индукторов интерферона (инозина пранобекс

(гроприносин), арбидола гидрохлорид (арпетол), циклоферон, анаферон и др.), которые обладают противовирусной активностью в отношении респираторных вирусов. При наличии признаков воспалительного процесса, обусловленного вирусно-бактериальной или бактериальной флорой, в план лечения рекомендуется включать антибактериальные препараты.

Важным компонентом лечения, нормализующим функции дыхания, является санация дыхательных путей с помощью муколитических, секретолитических средств. Из всех муколитиков предпочтение отдается амброксолу, АЦЦ, карбоцистеину, обеспечивающим улучшение реологических свойств секрета.

При благоприятном течении болезни выздоровление наступает через 3–5 дней, при тяжелом варианте – периоды улучшения и ухудшения, несмотря на проводимую интенсивную терапию, чередуются на протяжении нескольких дней.

Литература

1. Германенко, И.Г. Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей: учебн.-метод. пособие / И.Г. Германенко. Минск: Асобны, 2007. 40 с.
2. Клейн, Д.Д. Секреты лечения детских инфекций / Д.Д. Клейн, Т.Е. Заутис; пер. с англ.; под общ. ред. проф. В.Ф. Учайкина. М.: БИНОМ, 2007. 416 с.
3. Савенкова, М.С. Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом / М.С. Савенкова // Педиатрия. 2008. Т. 87, №1. С. 133–138.
4. Сергиенко, Е.Н. Дифференциальная диагностика респираторного синдрома у детей: учебн.-метод. пособие / Е.Н. Сергиенко, А.А. Астапов. Минск: БГМУ, 2014. 43 с.
5. Терапия острого крупа при респираторных инфекциях у детей / Л.С. Овчаренко [и др.] // Украинский медицинский альманах. 2008. Т. 11, № 4. С. 113–116.

Дата поступления: 17.12.2015 г.

Научная публикация

Ярмолик Е.С., Хворик Д.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет

Алгоритм лечения тяжелых форм розацеа

Резюме

В статье представлены результаты лечения пациентов с тяжелой степенью тяжести папуло-пустулезной формы розацеа по сравнению с традиционной терапией. Цель исследования – разработка патогенетически обоснованного комплексного метода лечения тяжелой степени папуло-пустулезной формы розацеа и оценка его клинико-лабораторной эффективности. Пациенты были разделены на две группы: I группа (n = 18) получала традиционную терапию, II (n = 19) – комплексную терапию (фототерапия, азелаиновая кислота, антибиотик). Показана высокая клинико-лабораторная эффективность предложенного метода лечения.

Ключевые слова: розацеа, тяжелая степень, папуло-пустулезная форма, лечение.

Khvoryk D.F., Yarmolik E.S.

Treatment algorithm of patients with severe papulo-pustular rosacea

Abstract

The article presents the results of treatment of patients with severe papulo-pustular rosacea in comparison with traditional therapy. The aim of our research was to develop pathogenetically proved complex method of treatment of patients with severe papulo-pustular rosacea and to estimate its clinical and laboratory efficiency. All patients we divided into two groups: group I (n = 18) received traditional therapy, group II (n = 19) – combined therapy (phototherapy, azelaic acid, an antibiotic). It was showed the high clinical and laboratory effectiveness of the proposed method of treatment.

Key words: rosacea, severe form, papulo-pustular subtype, treatment.

Введение

Розацеа представляет собой хронический рецидивирующий дерматоз фациальной локализации, склонный к прогрессирующему течению [1]. Многие авторы отмечают, что у женщин розацеа возникает в 2–4 раза чаще, чем у мужчин, что, возможно, связано с более частой обращаемостью женщин за медицинской помощью, поскольку данный дерматоз локализуется преимущественно на лице и в косметическом отношении представляет собой серьезную проблему [2, 3]. Возникновение розацеа и прогрессирование заболевания до тяжелых форм связывают с различными экзогенными и эндогенными факторами. По данным М.О. Oztas (2003), у пациентов с тяжелыми формами розацеа важное патогенетическое значение имеет окислительный стресс [4]. О.Ю. Ткачева и соавт. (2014) утверждают, что по мере увеличения числа высыпных элементов и, соответственно, нарастания степени тяжести клинического течения розацеа происходит дальнейшее усиление выраженности реакций свободнорадикального окисления [5]. По современным представлениям важная роль в патогенезе розацеа отводится вазоактивным пептидам, наиболее значимым из которых является фактор роста эндотелия сосудов (Vascular endothelial growth factor – VEGF), цитокин в 50 000 раз превосходящий активность гистамина, вызывающий активацию неоангиогенеза и вазодилатацию [6]. Некоторые авторы среди множества предполагаемых факторов, способствующих развитию и прогрессированию заболевания до папуло-пустулезной формы, выделяют влияние условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Другие исследователи утверждают, что при розацеа ввиду повышения температуры кожи из-за приливов крови к лицу, а также нарушений липидного барьера создаются благоприятные условия для размножения условно-патогенной микрофлоры и *D. folliculorum* [7, 8]. Кроме того, бактерии, выделенные с поверхности кожи пациентов с папуло-пустулезной формой розацеа, по сравнению со штаммами, выделенными с поверхности кожи здоровых людей, при повышении температуры до 37 °С синтезируют большее количество более патогенного белка, вызывающего формирование папул и пустул при данной форме дерматоза [8]. Участие *D. folliculorum* в развитии и поддержании клинической картины розацеа является одним из наиболее дискуссионных вопросов. По мнению В.П. Адаскевича (2005), эффективность применения акрицидных препаратов при розацеа подтверждает роль демодекса в патогенезе дерматоза [1]. В то же время возможность достижения клинического улучшения без использования противопротоzoных средств свидетельствует о непричастности железницы к возникновению розацеа [1].

Цель исследования – разработка патогенетически обоснованного комплексного метода лечения тяжелой степени папуло-пустулезной формы розацеа и оценка его клинико-лабораторной эффективности.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 37 пациентов (средний возраст составил 41,9 ± 1,6 год) с тяжелой степенью тяжести папуло-пустулезной формы розацеа. Степень тяжести устанавливалась на основании клинических и лабораторных данных. Клиническая оценка основывалась на классификации, предложенной Р.Е. Pochi, A.R. Shalita et al. (1991), где наличие единичных или нескольких папул и пустул оценивается как легкая степень тяжести; наличие папул и пустул в диапазоне от «несколько» до «много» при отсутствии бляшек – как умеренная степень тяжести; многочисленные и/или диссеминированные папулы и пустулы с бляшками или без бляшек – как тяжелое состояние [9]. Учитывая отсутствие объективных критериев в данной классификации, а также патогенетическую значимость интенсификации процессов перекисного окисления липидов и недостаточности антиоксидантной системы крови при утяжелении розацеа, мы посчитали целесообразным