

ДИКЖ от 10–20 баллов, что соответствует умеренному снижению качества жизни. К третьей группе пациентов с акне мы отнесли 10% детей с низким уровнем качества жизни. Исходный ДИКЖ принимался за 100%. Средний возраст больных в группе составил 14–17 лет. Распределение по полу было равномерным. У большинства больных в семейном анамнезе была выявлена наследственная предрасположенность (70%). Выявлена взаимосвязь приема пищи с значительным содержанием молочных продуктов-60%, сладкого-80%, жирного-30%, с появлением акне и способствует прогрессированию тяжести заболевания.

**Выводы:** на основании полученных результатов, больные были разделены на три группы по качеству жизни: 1-удовлетворительное КЖ (80%); 2-умеренное снижение КЖ (10%); 3-низкий уровень качества жизни (10%). Отмечено снижение качества жизни с повышением тяжести поражения кожи. Установлена корреляция между заболеванием и рационом питания пациентов. Самими пациентами отмечается связь между пищевым поведением и проявлениями акне.

Диета играет важную роль при угревой болезни. Полученные данные необходимо учитывать в комплексном лечении пациентов.

#### Литература

1. Вестник дерматологии и венерологии 2018; 94(2):41–47с.
2. Альбанова В.И; Шишкова М.В. Угри. Патогенез. Клиника. Лечение. М.: БИНОМ, 2009. 112 с.
3. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: Ютком, 2009. 288 с.

## ПЕРСОНИФИКАЦИЯ ТЕРАПИИ АКНЕ

*Кудрявцева П.В.*

Научный руководитель: ассистент Бражникова А.П.

Кафедра дерматовенерологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** вульгарные угри — распространенное заболевание кожи. У 20–40% подростков — могут протекать в среднетяжелой и тяжелой формах, сопряженных с длительным воспалительным процессом, часто приводящим к образованию стойких рубцов и вызывающих серьезные психологические и социальные последствия, приводящие к дезадаптации. [1]

**Цель исследования:** определить состояние иммунологической реактивности у больных тяжелой формой вульгарных угрей.

**Материалы и методы:** клинические и лабораторные данные пациентов.

**Результаты:** было обследовано 19 пациентов в возрасте от 11 до 17 лет (5 девочек и 14 мальчиков). У 68% пациентов отмечалось изменение содержания одного из иммуноглобулинов: в 21% случаев снижена концентрация sIgA, у 26% — отмечалось повышение концентрации IgG, у 21% больных значительно увеличена концентрация IgE (у 50% из этих пациентов отмечалось снижение фагоцитарной активности лейкоцитов). В 10,5% случаев были повышены показатели и IgM, и Ig G. Выявлены различные варианты угнетения Т-клеточного звена иммунитета: снижены иммунорегуляторный индекс и общее количество Т-лимфоцитов у 32% подростков, у 21% пациентов уменьшено количество киллерных клеток (как естественных, так и иммунных), в 26% случаев отмечается уменьшение числа «неклассических» Т-клеток.

**Выводы:** при тяжелой форме вульгарных угрей у части пациентов воспалительный процесс в коже может быть обусловлен изменениями иммунологической реактивности, что необходимо учитывать при выборе подходов к терапии [2].

#### Литература

1. Возможности и перспективы оценки иммунной системы кожи / Е.В. Мельникова, Я.А. Юцковская, Н.Б. Метляева, Н.В. Кусая, Е.В. Маслова // Мед. иммунология. 2005. Т. 7, № 2–3. С. 262.

2. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. Акне: природа возникновения и развития, вопросы систематики и современные ориентиры в выборе терапии // Вестн. дерматологии и венерологии. 2006. № 4. С. 8–11.

## ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ ПОД «МАСКАМИ» ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Купреева А.Д.*

Научный руководитель: ассистент Куликова С.Ю.

Кафедра дерматовенерологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** несмотря на успехи современной диагностики, ранняя постановка диагноза СКВ у детей является актуальной, т.к. на ранних этапах признаки системности заболевания отсутствуют и дебют заболевания протекает в виде различных клинических «масок».

**Цель исследования:** изучить основные триггеры и клинические характеристики СКВ, а также выявить «маски», под которыми может протекать данное заболевание [2].

**Материалы и методы:** проведена оценка 18 историй болезни пациентов с СКВ госпитализированных в клинику СПбГПМУ. Проанализировано: частота расхождения диагноза при поступлении и окончательного диагноза, изучены триггеры и клинические особенности дебюта СКВ.

**Результаты:** среди заболевших детей преобладали девочки, которые составили 88%, мальчики 22%. Проанализированы триггеры, спровоцировавшие дебют КВ: инсоляция — 28%, перенесенные инфекции — 67%, при этом инфекционные заболевания вирусной этиологии составили-56%, а бактериальной — 12%. С первых признаков заболевания диагноз СКВ был заподозрен лишь у 11% пациентов. Остальные пациенты наблюдались с различными диагнозами: ювенильный артрит-17%, инфекционные заболевания-50%, гематологические заболевания- 28%, коллагенозы(ЮДМ, ДКВ)– 11%, другие (отек Квинке, тромбоз глубоких вен) — 22%. У всех 18 пациентов наблюдались кожные проявления болезни: у 50% больных наблюдалась патогномоничная волчаночная «бабочка», в остальных случаях встречались другие изменения кожи. У этих пациентов описаны различные сосудистые изменения: синдром Рейно-17%, сетчатое ливедо-6%. Поражения слизистой оболочки у 39%, представлены в виде хейлита у 17%, афтозного стоматита 23%, энантемы слизистой оболочки мягкого неба 22%, гингивит у 11%.

**Выводы:** расхождение диагнозов наблюдалось в большинстве случаев. Во время анализа историй болезни у пациентов в дебюте уже проявлялась клиническая картина полисиндромного заболевания. Для корректной диагностики КВ необходимо учитывать наличие признаков поражения различных систем организма и соответствующих симптомов, а также, принимать во внимание отклонение от классического проявления первичного заболевания, что несет за собой пересмотр первичного диагноза.[2] Своевременное распознавание КВ под «масками» других заболеваний позволит оптимизировать диагностику и повысить эффективность лечения, избежав осложнений от неправильно поставленного диагноза.

### Литература

1. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. М.: Медицина, 2004. 640 с.
2. Педиатрия: клинические рекомендации. Системная красная волчанка / Под ред. А.А. Баранова. Москва, 2015.