

25. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2009—2010 годы. Статистические материалы. Москва. 2011. <http://www.mednet.ru/ru/statistika/dermatovenerologicheskaya-sluzhba.html>
26. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Чесотка". М.: МЗ РФ, 2003; 64. <http://zakonprost.ru/content/base/part/386116>
27. Сырнева Т. А., Корюкина Е. Б. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 6: 20—5.
28. Панкратов Б. А. Чесотка — как с ней бороться. Лечащий врач. 1997; 7: 25—6.
29. Шувалова Т. М. Чесотка: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Пест-менеджмент. 2008; 4: 22—6.
30. Соколова Т. В., Гладько В. В., Малярчук А. П. Сравнительный анализ заболеваемости чесоткой военнослужащих и гражданского населения за 18 лет. Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара и применение стационарозамещающих технологий: Тезисы докладов научно-практической конференции. М.: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко; 2009: 174—5.
31. Соколова Т. В., Малярчук А. П. Факторы, определяющие топичку чесоточных ходов. Вестник последипломного профессионального образования. 2009; 3—4: 21—2.
32. Рязанцев И. В., Гладько В. В., Соколова Т. В. Анализ причин роста заболеваемости чесоткой в современных условиях (обзор литературы). Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004; 5: 33—5.
33. Рязанцев И. В., Гладько В. В., Соколова Т. В. К вопросу о причинах высокой заболеваемости чесоткой в ВС РФ. Проблемы профилактики актуальных для войск инфекций и пути их решения. М.; 2003: 120—1.
34. Гладько В. В., Соколова Т. В., Рязанцев И. В. Организация медицинской помощи военнослужащим, больным чесоткой в ВМУ МО РФ: Методические рекомендации. М.; 2004.
35. Шевченко А. Г., Шевченко М. Н., Глузмин М. И. Заболеваемость чесоткой, социопатические триггеры. Вестник последипломного медицинского образования. 2010; 1: 57.
36. Чернигова О. А. Динамика заболеваемости чесоткой в Иркутской области в 2008—2010 годах. Сибирский журнал дерматологии и венерологии. 2012; 3: 53—6.
37. Новикова Л. А., Бахметьева Т. М. Кожные заболевания и ИППП у детей и подростков Воронежа: Тезисы научных работ X всероссийской конференции дерматовенерологов "Организация оказания дерматовенерологической помощи в современных условиях". М.; 2006.
38. Фролова А. И., Олифер В. В. Чесотка в Российской Федерации. Дезинфекционное дело. 1995; 4: 45—6.
39. Панкратов В. Г., Навроцкий А. Л., Панкратов О. В., Веденьков А. Л. Паразитарные дерматозы. Сообщение 1. Чесотка. Медицинские новости. 2011; 7: 7—11.
40. Соколова Т. В., Лопатина Ю. В., Малярчук А. П., Киселева А. В. Чесотка. Учебно-методическое пособие. М.; 2010.
41. Малярчук А. П., Соколова Т. В., Лопатина Ю. В., Киселева А. В. Заболеваемость чесоткой и другими дерматозами в детском социально значимом коллективе. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011; 4: 27—32.
42. Смирнова Т. С., Гайворонская О. В., Бородин И. С. О состоянии заболеваемости ИППП, заразными заболеваниями кожи и дерматозами в Санкт-Петербурге в 2005 г. Материалы юбилейной научно-практической конференции "Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины". Тверь; 2006: 22—6.
43. Корюкина Е. Б. Современные клинико-эпидемиологические особенности чесотки на Среднем Урале: Автореферат дис ... канд. мед наук. Екатеринбург; 2010.
44. Суворова К. Н., Опарин Р. Б., Сысоева Т. А., Тамразова О. Б., Гришко Т. Н. Чесотка у детей. Вопросы практической педиатрии. 2006; 4: 117—23.
45. Суворова К. Н., Тамразова О. Б. Акародерматозы в дерматологической практике. Материалы юбилейной научно-практической конференции "Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины". Тверь; 2006: 81—5.
46. Олифер В. В. Чесотка и ее лечение. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1995; 4: 50—4.
47. Соколова Т. В., Лопатина Ю. В. Паразитарные дерматозы: Чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином. 2003.
48. Кубанова А. А., Федоров С. М., Тимошин Г. Г. Спрегаль в терапии больных розовыми угрями и демодекозом. Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем. Научно-практическая конференция. Москва, 22—23 октября 1997 г. М.; 1997: 49—50.
49. Коган Б. Г. Антипаразитарная терапия демодекоза с применением препарата спрегаль. Паразитология. 2002; 2: 50—1.
50. Степанова Ж. В. Грибковые заболевания. М.: Крон-Пресс; 1996.

Поступила 20.11.12

© В. Н. ЗАВАДСКИЙ, 2013
УДК 616.511-039.35-06:616.995.132.2]-036.1

Фигурная эритема по типу кольцевидной эритемы Дарье при стронгилоидозе

В. Н. Завадский

Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России

*Описана фигурная эритема у больной стронгилоидозом, подтвержденным обнаружением в кале личинок нематод *Strongyloides stercoralis*, представляющая собой своеобразный вариант кольцевидной центробежной эритемы Дарье. Заболевание прогрессировало около 6 мес. После дегельминтизации албендазолом по 400 мг 2 раза в день в течение 5 дней достигнут полный регресс заболевания.*

Ключевые слова: фигурная эритема, кольцевидная центробежная эритема, стронгилоидоз

Сведения об авторе:

Завадский Валентин Николаевич — кандидат мед. наук, профессор (zavad.985@mail.ru).

FIGURED ERYTHEMA ASSOCIATED WITH STRONGYLOIDOSIS

V.N.Zavadsky

Yaroslavl State Medical Academy, Yaroslavl, Russia

Figured erythema in a female patient with strongyloidosis is described. Strongyloidosis was confirmed by detection of Strongyloides stercoralis nematodes in the feces. Figured erythema is a peculiar variant of Darier's erythema annulare centrifugum. The disease progressed for about 6 months. The disease completely regressed after albendazole dehelminthization (two doses of 400 mg daily during 5 days).

Key words: *figured erythema, erythema annulare centrifugum, strongyloidosis*

Среди фигурных и кольцевидных эритем определенный интерес представляет кольцевидная центробежная эритема Дарье. Рассмотрены разные причины ее возникновения [1—5]. В частности, отмечена связь с заражением человека нематодами [1, 2]; с наличием аскаридоза [6, 7], стронгилоидоза [8, 9]. Заслуживает также внимания вопрос о клинической вариабельности этой эритемы [3, 10, 11]. Стронгилоидоз — гельминтоз, вызываемый нематодой *Strongyloides stercoralis*. Самка до 2,2 мм длиной, самец не более 1 мм, личинки 0,5—0,6 мм. Распространенность (вопреки прежним представлениям) повсеместная. Всеобщая восприимчивость к заражению [12, 13]. Самоизлечения не наблюдается: *Strongyloides stercoralis* способен жить внутри человеческого организма, минуя фазу пребывания в почве; аутоинфекция может продолжаться неограниченно долго (приводя даже к смерти) [14]. Зрелые особи паразитируют в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, достигая тонкой кишки и желудка. Самка откладывает до 50 яиц в сутки. Личинки попадают в толстую кишку и выходят с калом либо задерживаются в толстой кишке (особенно при запорах!), внедряются в кровеносные сосуды и совершают миграцию с током крови в большом и малом круге кровообращения. Через легкие и трахею они попадают в глотку и заглатываются — происходит аутоинвазия. Интервалы между миграциями неопределенные. Патология при стронгилоидозе обусловлена токсико-аллергической реакцией на паразита, механическим повреждением органов и вторичными нарушениями. Может повреждаться любой орган, включая сердце (миокардит), почки, печень, пищеварительный тракт (язвы двенадцатиперстной кишки и желудка); личинки способны проникать в желчные и панкреатические протоки (дискинезия желчевыводящих путей, холецистит; панкреатит, вплоть до некротического) и т.д. Типичное поражение кожи при стронгилоидозе хорошо известно. Оно наблюдается преимущественно в миграционной стадии и рассматривается как аллергическое или токсико-аллергическое. Характерно появление розово-красных удлиненных волдырей, которые меняют форму и "ползут" за расчесом, в результате чего образуется валикообразная "линейная крапивница". Могут возникать папулезные высыпания. Сыпь держится от нескольких часов до 2—3 сут и исчезает бесследно. Сопровождается сильным кожным зудом и гиперэозинофилией. Отмечают также лейкоцитоз и повышение СОЭ [12, 13, 15].

В отличие от вышеуказанных типичных, переходящих высыпаний, — поражение кожи у описанной нами больной не было уртикарным, и оно продолжалось непрерывно полгода!

В тех случаях, когда личинки *Strongyloides* внедряются в кожу, возникает так называемый кожный стронгилоидоз. Его вызывают не только *S.stercoralis*, но и прочие виды из рода *Strongyloides*: *S.canis*, *S.felis*, *S.cebus* и т.д. (паразиты животных). В отличие от других "блуждающих личинок" *larva migrans*, личинки *S.stercoralis* передвигаются в коже быстрее ("быстрая личинка" *larva currens*), но главная их особенность — они стремятся не остаться в коже, а внедриться в кровеносные сосуды и попасть в кровоток. Это один из возможных путей аутоинокуляции (через кожу около ануса) и даже вероятный способ заражения партнера во время секса [9, 14, 16, 17].

Мы наблюдали больную с распространенной фигурной эритемой по типу кольцевидной центробежной эритемы Дарье. При обследовании пациентки в кале обнаружены личинки нематоды *Strongyloides stercoralis*. После дегельминтизации все проявления на коже, которые до этого держались и прогрессировали около 6 мес, быстро и полностью прошли.

Б о л ь н а я Т., 25 лет. Кожными болезнями раньше не страдала. Случаев аллергии тоже не было. Поражение на коже появилось и сохранялось около 6 мес. Сначала больная заметила розово-красные пятна на бедрах. За 1—2 нед они побледнели в центре, разрослись и частично слились, превратившись в причудливые кольца и полукольца. Вскоре поражение возникло на плечевой части рук около подмышек. В последнюю очередь очаги распространились на боковые поверхности туловища. Субъективно: небольшой зуд, слабость, утомляемость.

Лечение (по месту жительства) проводили кортикостероидной мазью и десенсибилизирующими средствами без эффекта.

Больная замужем. Находится в декретном отпуске по уходу за ребенком. Ребенок здоров. До отпуска пациентка работала закройщицей в Московской области. Бытовые условия достаточно хорошие.

Общее состояние в целом удовлетворительное. В анамнезе: миокардит, хронический пиелонефрит. В настоящее время: артериальное давление 130—150/80 мм рт.ст., временами аритмия; полипы желчного пузыря, дискинезия желчевыводящих путей; хронический панкреатит, загиб поджелудочной железы; колит, запоры.

Результаты исследований: на патогенный грибок из очагов поражения кожи отрицательные, на сифилис отрицательные, реакция на лайм-боррелиоз отрицательная. Общий анализ мочи без особенностей.

Анализ кала: обнаружены личинки стронгилоида *Strongyloides stercoralis*.

Анализ крови до дегельминтизации: гемоглобин 97—110 г/л (!), эритроциты $3,75—3,36 \cdot 10^{12}/л$ (!), лейкоциты $7,8—8,1 \cdot 10^9/л$ (!), средний объем эритроцита 85 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 29,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 34,8 г/л, объем эритроцитов 13,7%, тромбоциты $252 \cdot 10^9/л$, нейтрофилы: п. 2—3%, с. 58—60%, э. 0 (!), б. 1—2%, лимф. 37—33%, мон. 2%; СОЭ 12—21 мм/ч (!).



Рис. 1. Узкий полициклический контур кольцевидной эритемы. Внутренняя зона анемичная. Бледно-розовый ореол центростремительного роста эритемы с четкой новой границей (бедро).

Гипохромная анемия, хотя и умеренная, послужила одним из поводов для обязательного исследования кала на гельминты.

Анализ крови через 3 нед после дегельминтизации (нет поражения кожи): гемоглобин 120 г/л (!), эритроциты $4,23 \cdot 10^{12}/л$ (!), лейкоциты $4,7 \cdot 10^9/л$ (!), нейтрофилы: п. 4%, с. 57%, э. 2%, б. 1%, лимф. 33%, мон. 3% ; СОЭ 12 мм/ч (!).

Локальный статус. На коже бедер (рис. 1, 2) кольцевидные эритемы в виде розово-красных пятен и бляшек с волнистым резким контуром по периферии. Эритемы центростремительно расширяются, образуя вокруг себя бледно-розовый ореол с четкой внешней границей. Центральная часть эритем становится светлее. Внутренняя зона самого раннего очага совершенно бледная, а его периферический узкий контур имеет вид соединяющихся дуг и арок насыщенно-красного цвета. При группировке и слиянии кольцевидных эритем образуется фигурная эритема. На коже рук около подмышек (рис. 3) кольцевидные эритемы находятся на разных этапах образования: сформировавшаяся приподнятая кольцевидная бляшка с легким шелушением; бляшка с наметившимся западением в центре; свежая бледно-розовая эритема, расширяющаяся от центра двумя крупными концентрическими кольцами с четкой периферической каймой. На туловище сбоку (рис. 4) розово-красная округлая эритема с монетовидными просветами внутри; часть из них группируется по периферии эритемы (феномен "телефонного диска") и оттесняет контрастный контур кольцевидной эритемы. Более свежая круглая эритема на туловище представлена на рис. 5.

Дегельминтизацию у больной провели албендазолом по 400 мг 2 раза в день в течение 5 дней, после чего высыпания на коже исчезли (за 1 нед). При контрольном исследовании кала по окончании лечения личинки стронгилоида не



Рис. 2. Слияние округлых эритематозных пятен и бляшек в фигурную эритему с выступающим внешним контуром и просветлениями во внутренней зоне (задняя поверхность бедра).



Рис. 3. Эритемы в форме рельефного кольца и бляшки с западением в центре. Бледно-розовая кольцевидная эритема, центростремительно растущая — с двумя концентрическими контурами (рука около подмышки).

обнаружены. Однако спустя 1 мес вновь появилась фигурная эритема. Проведен повторный курс лечения албендазолом, после чего высыпания пропали. Проводили еще 1 короткий противорецидивный курс. Высыпаний больше не было. Известно, что системный (кишечный) стронгилоидоз склонен протекать упорно; нередко приходится повторять дегельминтизацию. Требуется длительный контроль — до 0,5—1 года.

Фигурная эритема у больной с кишечным (системным) стронгилоидозом сохранялась и прогрессировала в течение полугода, но быстро и полностью исчезла после дегельминтизации, что подтверждает связь поражения кожи со стронгилоидозом. Кожные проявления не сопровождалось выраженным зудом, уртикариями, эозинофилией. Можно полагать, что они развились по типу токсидермии. Кроме того, учитывая длительность и стойкость заболевания, не исключается вероятность формирования аутоиммунного процесса, что вообще не редкость при глистной инвазии [18]. Заражение кишечным стронгилоидозом, а также реинвазия могли произойти любым способом, не обязательно перорально. Но наблюдаемые у больной высыпания — это не следы мигрирующей личинки (в том числе и в первых очагах — на бедре). Элементы сыпи представляют собой замкнутые кольца, тогда как *larva currens*, хотя и передвигается по извилистой кривой, но не движется по замкнутому кругу правильной формы (!) в исходную точку. Кроме



Рис. 4. Кольцевидная эритема с контрастным контуром и монетовидными просветлениями (грудь сбоку).



Рис. 5. Нумулярная эритема с центральным просветлением (бок).

того, личинки *S.stercoralis*, в отличие от других видов *Strongyloides*, не остаются в коже несколько месяцев, а стремятся проникнуть в кровяное русло [12—14]. В настоящем наблюдении продемонстрировано, как сплошная эритема (пятно либо бляшка) правильной круглой или овальной формы регрессирует от центра к периферии и превращается в узкое кольцо. Снаружи от последнего образуется эритематозный ореол ("нимб") с резко очерченной внешней границей, которая становится затем контуром нового, большего по размерам (концентрического) кольца. Так происходит центробежный рост кольцевидной эритемы. При слиянии кольцевидных эритем образуется причудливой формы фигурная эритема. Мы полагаем, что описанная фигурная эритема — это своеобразный вариант кольцевидной центробежной эритемы Дарье. Причем наблюдались обе ее разновидности: поверхностная (эритематозное пятно) и глубокая (бляшка).

У нашей пациентки обнаружена разнообразная общая патология, которая совпадает с вероятными проявлениями системного стронгилоидоза, в частности с теми поражениями, которые возникают по ходу миграции личинок нематоды в кровяном русле (дискинезия желчевыводящих путей, панкреатит, пиелонефрит, миокардит и др.). Следует отметить, что еще при одном нематодозе — аскаридозе происходит такая же миграция личинок в кровяном русле. При аскаридозе тоже описано появление кольцевидной центробежной эритемы [6]. Существует и органная патология, но в большинстве случаев она слабее выражена. Аскариды живут в организме человека обычно только до 1 года, и соответственно времени для ее развития при аскаридозе меньше, чем при стронгилоидозе.

При кольцевидной центробежной эритеме вообще нередко отмечается разнообразная общая патология, особенно со стороны пищеварительного тракта, почек, сердца. В частности, сам Дарье (Darier, 1916), впервые описавший кольцевидную центробежную эритему, считал ее причиной желудочно-кишечную интоксикацию. В последующем ряд авторов наблюдали эритему Дарье при различных заболеваниях и интоксикациях, которые могут провоцировать реактивный процесс типа токсидермии [10, 19]. Среди провоцирующих факторов называют нематоды, разные инфекции, интоксикации, злокачественные опухоли, болезни соединительной ткани и т. д.; имеются сообщения о связи указанного дерматоза с аутоим-

мунным процессом [1—5, 18, 19]. Предполагается, что и некоторые другие фигурные эритемы возникают тоже вследствие реактивного процесса в коже [4, 18]. Причем их устоявшиеся названия нередко имеют условный характер. Например, сообщается, что так называемая ревматическая эритема (*Erythema marginatum rheumaticum*) связана с ревматизмом не чаще чем в 20 (1—18)% случаев, в основном при одновременном поражении сердца [1, 2, 15].

В общем, можно полагать, что описанный выше вариант кольцевидной центробежной эритемы развился как реакция кожи на стронгилоидоз по типу токсидермии с вероятным формированием аутоиммунного процесса. Упомянем об одном, казалось бы, случайном совпадении. Антигельминтное средство левамизол (декарис), предложенное для лечения аскаридоза и стронгилоидоза, относится одновременно к иммуномодуляторам. Этот препарат особенно эффективен при рецидивирующих язвах двенадцатиперстной кишки и желудка, заболеваниях почек, печени, сердца, а также при некоторых хронических дерматозах. Рациональное объяснение универсальности данного средства заключается в том, что в основе перечисленной хронической патологии лежит в конечном счете снижение Т-клеточного иммунитета. Неспецифический иммуномодулятор левамизол нормализует Т-клеточный иммунитет у больных [18, 20, 21].

Нелишне напомнить, что выявление стронгилоидоза при обычном анализе кала (на яйца глистов) удастся только в случае массивной инвазии, как было у нашей больной. Рекомендуется специальное исследование кала по Берману. Суть его в том, что свежий кал помещается на металлическую сетку в воронке с теплой водой, куда активно переходят личинки, которых затем отделяют центрифугированием [13].

Выводы

1. Описана фигурная эритема у больной с кишечной формой стронгилоидоза.
2. Фигурная эритема при хроническом стронгилоидозе представляет собой своеобразный вариант кольцевидной центробежной эритемы Дарье.
3. При подобной кожной патологии целесообразно проводить исследование кала на глисты, особенно нематоды (стронгилоиды, аскариды).

ЛИТЕРАТУРА

1. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Winkelmann R.K. Dermatology. Berlin et al.: Springer-Verlag; 1991: 406—59.
2. McKee P.H. Pathology of the skin with clinical correlations. London et al.: Mosby-Wolfe; 1996: Ch. 8.13.
3. Иванов О.Л., ред. Кожные и венерические болезни: Справочник. М.: Медицина; 2007: 317—8.
4. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилкрест Б.А., Паллер Э.С., Леффель Д.Дж. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: Пер. с англ. Кубанова А.А., ред. М.: БИНОМ; 2012. т. 1: 398—401.
5. Усатине Р.П., Смит М.А., Мэйе Э.Д., Шамли Х., Тайсингер Д. Атлас-справочник практикующего врача. Дерматология: Пер. с англ. Разнатовский К.И., ред. М.: БИНОМ; 2012: 510—3.
6. Hendricks A., Lu C., Elfenbein G.J., Hussain R. Erythema annulare centrifugum associated with ascariasis. Arch. Dermatol. 1981; 117(9): 582—5.

7. Brand M.E., Usatine R.P. Persistend itchy pink rings. J. Fam. Pract. 2005; 54(2): 131—3.
8. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы. Ереван: Айастан; 1989: 77—9.
9. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы. Ереван: Айастан; 1989: 77—9.
10. Машикеллейсон Л.Н. Частная дерматология. М.: Медицина; 1965: 247—52.
11. Уайт Г. Атлас по дерматологии: Пер. с англ. Иванов О.Л., Кочергин Н.Г., ред. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: 218—9.
12. Финозеев Ю.П., Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Винакмен Ю.А., Крумгольц В.Ф., Семин А.В. и др. Инфекционные болезни с поражением кожи. Лобзин Ю.В., ред. СПб.: Фолиант; 2003: 218—9.
13. Сергеев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С., ред. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). СПб.: Фолиант; 2011: 391—9.
14. Фицпатрик Дж.Е., Элинг Дж.Л. Секреты дерматологии: Пер. с англ. М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект; 1999: 258—60.
15. Лонгмор М., Уилкинсон Я., Раджагопалан С. Оксфордский справочник по клинической медицине: Пер. с англ. М.: БИНОМ; 2009: 126; 404; 590—1.
16. Тихомирова Э.П., Прохоров А.Ф. Феномен Larva migrans при стронгилоидозе. Вестник дерматологии и венерологии. 1982; 8: 62—3.
17. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник: Пер. с англ. М.: Практика; 2007: 977—80.
18. Рёкен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бурддорф В. Атлас по дерматологии: Пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ; 2012: 198—9; 372—3.
19. Пальцев М.А., Потеекаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней: Руководство для врачей. М.: Медицина; 2006: 143—4.
20. Машиковский М.Д. Лекарственные средства. т. 2. Харьков: Торсинг; 1997: 204—5.
21. Крылов Ю.Ф., ред. Энциклопедия лекарств. М.: РЛС; 2000: 491.

Поступила 20.12.12

© О.В. ДЕГТЯРЕВ, У.А. САЗЫКИНА, 2013

УДК 616.5-002.73-06:616.711-07:616.153.96:577.112.854

Прогностическая ценность определения концентрации лактоферрина при лепре, сопровождающейся остеодеструктивными осложнениями

О.В. Дегтярев¹, У.А. Сазыкина²

¹Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России; ²ФГБУ Научно-исследовательский институт по изучению лепры Минздрава России, Астрахань

Представлены данные исследования по определению уровня белка лактоферрина у 173 больных лепроматозным типом лепры с остеодеструктивными осложнениями (n = 53) и без осложнений (n = 120). Группа сравнения включала больных с остеодеструкцией другой этиологии (туберкулез, ревматоидный артрит, острые инфекции). Установлено, что концентрация лактоферрина изменяется в зависимости от остроты процесса и выраженности специфических осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: лактоферрин, лепра, ревматоидный артрит, туберкулез опорно-двигательного аппарата, Ку-лихорадка, астраханская риккетсиозная лихорадка

PROGNOSTIC VALUE OF LACTOFERRIN MEASUREMENTS IN LEPRA WITH OSTEODESTRUCTIVE COMPLICATIONS

O.V. Degtyarev¹, U.A. Sazykina²

¹Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan, Russia; ²Institute of Lepra Research, Astrakhan, Russia

Lactoferrin was measured in 173 patients with lepromatous lepra with osteodestructive complications (n = 53) and without complications (n = 120). The reference group consisted of patients with osteodestruction of other origin (tuberculosis, rheumatoid arthritis, acute infections). The results indicate changes in lactoferrin concentrations, depending on the severity of the process and specific complications in the locomotor system.

Key words: lactoferrin, leprosy, rheumatoid arthritis, tuberculosis, locomotor system, Q fever, Astrakhan rickettsial fever

Лепра — хроническое инфекционное заболевание человека, вызываемое *Mycobacterium leprae*, характеризующееся длительным инкубационным периодом,

затяжным течением, разнообразными клиническими проявлениями, склонностью к периодическим обострениям, поражающее кожные покровы, слизистые

Сведения об авторах:

Дегтярев Олег Владимирович — доктор мед. наук, доцент (niil@astmail.astranet.ru); Сазыкина Ульяна Андреевна — аспирант.