

Наиболее типичными изменениями являются: расширение сосудов микроциркуляторного русла, повышение их проницаемости, извилистость капилляров, более выраженная в венозном отделе капиллярной петли, кровоснабжающей сосочки дермы.

Цель: изучить суточный профиль артериального давления у больных псориазом.

Нами было обследовано 30 больных псориазом, из них 14 мужчин и 16 женщин в возрасте от 22 до 82 лет. Вульгарная форма псориаза была диагностирована у 13 больных, и артропатическая форма псориаза – у 17 больных. Всем больным проводился дерматовенерологический и ревматологический осмотры, суточное мониторирование артериального давления (АД). Для объективной оценки тяжести течения кожного процесса была использована классификация Национального фонда псориаза США. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы. Статистическую обработку проводили с использованием прикладных программ Statistica 6.0 и Excel.

Среди 30 обследованных псориазом у 24 больных (80%) выявлен тяжелый уровень и у 6 (20%) – средний уровнем тяжести заболевания. У 17 больных (56%) выявлена артропатическая форма псориаза и у 13 больных (44%) – вульгарная форма псориаза. При среднем и тяжелом уровнях тяжести заболевания сохранялся суточный профиль АД, сопоставимый с контрольной группой. У больных артропатической формой псориаза группа *dipper* – 4 человека (24%), *non-dipper* – 6 человек (35%), *night-peaker* – 3 (17%) человека и *over-dipper* – 4 (24%) человека. У больных вульгарной формой псориаза группа *dipper* – 11 человек (85%), *non-dipper* – 2 (15%) человек.

Таким образом, в нашем исследовании преобладали больные с артропатической формой псориаза и тяжелой степенью тяжести заболевания. Среди больных с артропатической формой псориаза в 35% случаев выявлялся патологический суточный профиль АД – *non-dipper*. Полученные результаты необходимо учитывать при назначении комплексной терапии.

ЛИМФОМА И ГЕРМАФРОДИТИЗМ, КАК ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРНОЙ ПЕРЕСТРОЙКЕ X-ХРОМОСОМЫ

Соколова Т.А.

*Красноярский государственный медицинский университет, им. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Красноярск, e-mail: tatiana_sokolova@mail.ru*

Фолликулярная лимфома – это моноклональная опухоль из зрелых В лимфоидных клеток, происходящих из фолликулярного центра лимфатических узлов. Фолликулярная лимфо-

ма – наиболее часто встречающийся вариант среди индолентных неходжкинских лимфом (НХЛ); занимает второе место среди всех НХЛ после диффузной В крупноклеточной лимфомы.

По данным литературы, потеря части X-хромосомы и расположенных на ней генов гормоно- и иммунопозза может приводить к возникновению заболеваний группы гемобластозов.

Истинный гермафродитизм (синдром двуполых гонад) среди других форм аномалий полового развития встречается достаточно редко. Характерной основной чертой этой патологии является наличие у индивидуума одновременно как мужских, так и женских элементов гонады. Патология может быть заподозрена у ребенка уже при рождении вследствие неопределенного строения наружных половых органов.

Однако гистологическое заключение является основным критерием для окончательного диагноза.

Для иллюстрации сказанного приводим следующее наблюдение.

Больная К., 21 год (генетическая карта № 28 569).

Родилась от П срочных родов у молодых родителей, состоящих в не родственном браке. Масса при рождении 3000,0 гр., длина тела – 52 см. Со слов мамы, пол пробанда при рождении вызывал сомнение, но был определен как женский, и ребенок воспитывался как девочка. Развитие пробанда не отличалось от возрастных критериев. Половое развитие протекало по женскому типу. Менархе с 15 лет, регулярные, очень обильные.

С 20 лет пробанд наблюдается гематологом с диагнозом Фолликулярная лимфома. Отмечает незначительное увеличение периферических паховых лимфоузлов, которые имеют тенденцию уменьшаться и вновь возникать. Специфического лечения пациентка не получала, для курирования была выбрана тактика активного наблюдения.

В возрасте 21 года больной по поводу гнойного перитонита была проведена лапаротомия, во время которой обнаружена тубовариальная гнойная опухоль справа. Гнойный очаг был удален. Проведено гистологическое исследование половой железы, вовлеченной в гнойный процесс.

Результат гистологического исследования № 40849-53 от 19.10.2000 г. Определяется мелкий фрагмент коркового вещества яичника с единичной щелевидной полостью, выстланной одним слоем уплощенных фолликулярных клеток, а также имеется скопление лютеоцитов – фрагмент менструального желтого тела. Клеточных элементов атипического характера в удаленном материале не выявлено.

На консультации у врача генетика. При осмотре в возрасте 21 года: рост 153 см, масса 54 кг. Фенотип пробанда, психологическая ори-

ентация, тембр голоса женские. Стигмы: низкий рост волос на лбу, тонкие вьющиеся волосы на голове, микростомия, микрогнатия, ассиметрия кивательных мышц шеи. Состояние удовлетворительное, положение активное. Признаков интоксикации, потери массы тела, повышения температуры тела не отслеживается. Кожные покровы чистые, умеренно влажные. Щитовидная железа умеренно диффузно увеличена, безболезненная. При пальпации живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Печень, селезенка не увеличены. Слева пальпируется безболезненный единичный паховый лимфоузел, размером 10×10 мм, эластичной консистенции.

Вторичные половые признаки развиты по женскому типу. Молочные железы развиты достаточно, пальпируется glandулярная ткань. При надавливании из сосков отделяемого нет. Половая формула пробанда $Ax_3 Pb_3 Ma_3 Me+_{15}$. Гирсутное число – 8 баллов.

При гинекологическом осмотре выявлено неправильное развитие наружных половых органов по неопределенному типу. Линия волос горизонтальная по женскому типу. Оволосение на лобке достаточное. Большие и малые половые губы не дифференцируются и представляют собой кожные складки в виде не полностью сформированной мошонки. Клитор – в виде недостаточно развитого искривленного пениса до 6 см длиной с укороченной хордой. При открытии головки в центре «пениса» определяется точечное отверстие мочеиспускательного канала, из которого при потуживании выделяется капля мочи. Кзади от «мошонки» расположен срединный промежностный шов, заканчивающийся наружным отверстием влагалища. При зондировании влагалища пуговчатый зонд проходит до 1 см. Наружное отверстие женской уретры не визуализируется. При потуживании из влагалища выделяется моча. Со слов пробанда, менструальная кровь также выделяется из данного отверстия. Между наружным отверстием влагалища и анусом находится тонкая складчатая перегородка. При пальпации у основания «пениса» определяется плотное эластичное образование округлой формы размерами 15×15 мм, не спаянное с окружающими тканями. При ректальном исследовании пальпируются 2 плотных безболезненных матки обычных размеров ≈ 45–50 мм.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и ее придатков. (Idea AU4). 8.02.2001 г. Четко лоцируется 2 тела матки: правая матка размером 54×37×32 мм, эндометрий линейный 8 мм; левая матка 58×39×30 мм, эндометрий линейный 8 мм. Четко лоцируется 2 шейки матки, 2 цервикальных канала. Слева лоцируется яичник размером 53×33×30 мм с множеством жидкостных включений размером до 10-15 мм. Заключение: Полное удвоение матки.

УЗИ надпочечников. Надпочечники обычных размеров и структуры.

УЗИ наружных гениталий. В основании корня пениса лоцируется округлое образование с четкими контурами с однородной внутренней структурой размером 15-15 мм. Кровоток не определяется. Заключение: не исключается рудиментарное яичко.

Исследование гормонов крови от 12.03.2001 г. ТТГ – 1,36 мМЕ/мл; Тестостерон – 0,93 нмоль/л; Эстрадиол – 48,0 нмоль/л; Пролактин – 231 мМЕ/л.

Развернутый анализ крови от 12.03.2001 г. в пределах нормальных показателей. Патологических отклонений не обнаружено.

Картиотип пробанда №54 от 09.02.2001 г. – mos 46,XX [34]; 46,X,del Xq₁ [4].

Был поставлен диагноз: «Синдром двуполоых гонад, вариант наличия гонад разного пола (истинный гермафродитизм). Истинное удвоение матки и влагалища. Подозрение на урогенитальный синус. Синдром аномалии в полоопределяющих хромосомах со структурной перестройкой. Хроническая фолликулярная лимфома, начальная стадия». Большая была направлена в урологическое отделение для уточнения диагноза и оперативного удаления образования с последующим патогистологическим исследованием материала. Не исключается наличие опухолевого образования лимфоматозного характера.

Таким образом, в данном наблюдаемом случае, хотя андрогенная активность тестикулярного компонента гонад менее выражена, чем овариальная, тем не менее, элементы маскулинизации при истинном гермафродитизме также могут четко отслеживаться. Следует помнить, что при любых формах эмбриональной патологии развития гонад, опухолевые изменения в них достаточно часты. Ситуация может усугубляться прогрессирующей лимфомой.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ВАРИАНТАХ ЛЕЧЕНИЯ

Сосновская Е.В., Николаев Н.А.

*Ханты-Мансийский государственный медицинский институт, Ханты-Мансийск;
Омская государственная медицинская академия,
Омск, e-mail: niknik.67@mail.ru*

Оптимизация стоимости лечения при надлежащем качестве приобретает особую значимость на современном этапе развития отечественного здравоохранения. В гастроэнтерологии типичной является эрадикационная стратегия при ассоциациях с *helicobacter pylori*. В исследование было включено 912 пациентов, в том числе 298 пациентов с ЯБ, 307 пациентов с ГЭРБ и 307 пациентов с ХГ. Всем участникам исследования проводилась стандартная эради-