

восстановились и через 5 месяцев женщине был произведен миниаборт. Вторая пациентка после одной инъекции ДП перестала наблюдаться. Через 2 года она появилась у врача, и у нее была констатирована беременность, которая была прервана миниабортом. У третьей женщины через 9 месяцев также наступила беременность, которую она продолжает вынашивать. Беременность развивается соответственно сроку.

Наряду с положительными сторонами ДП у препарата есть и отрицательные качества. У больной И. после 4 инъекций ДП на левом яичнике появилась киста (5 x 6 см). Женщине потребовалась операция. У больной М. с миомой матки и обильными менструациями возникло выраженное кровотечение, по поводу которого ей была произведена надвлагалищная ампутация матки. Гистологический анализ выявил cancer in situ, потребовавший соответствующего лечения.

Пациентка С. после 2 инъекций ДП заметила у себя увеличение числа родинок на теле. Тем не менее ДП как контрацептивный препарат представляется достаточно надежным: индекс Перля — 99%. Действие ДП продолжается в течение 3 месяцев. Овуляция возобновляется только через 6—9 месяцев. Некоторым женщинам для контрацепции достаточно всего 2 инъекций ДП в течение года.

ДП применяли у женщин 35 лет и старше — в этом возрасте нет опасности нарушения детородной функции. Однако возможность назначения этого препарата молодым нерожавшим женщинам остается спорной, так как даже однократное применение ДП вызывает у них аменорею на 9 месяцев. Сложно гарантировать полноценное восстановление фертильности после длительного применения ДП.

Наряду с контрацептивным эффектом ДП обладает и хорошим лечебным действием.

Для успешного применения ДП необходима предварительная санитарно-просветительная работа о его положительных и отрицательных сторонах воздействия.

УДК 616.5—001.15—08

**В.Т. Куклин, О.В. Торбина, Л.И. Бычкова,
Д.Э. Цыплаков, В.Р. Гильмутдинова (г. Казань).
Случай актинического ретикулоида**

Под актиническим ретикулоидом подразумевают разновидность фотодерматоза, патогистологические характеристики которого в коже идентичны таковым при грибковидном микозе и клинически напоминают состояние кожи крестьян и моряков.

Мы наблюдали больного Н., 57 лет, который считает себя больным с сентября 1995 г., когда после инсоляции в летнее время на коже лица появилось покраснение постоянного характера, сопровождавшееся сильным зудом. Через 1,5 месяца после амбулаторного лечения десенсибилизирующими антигистаминными препаратами у больного наступила ремиссия.

Следующие обострения заболевания наблюдались в феврале-июле 1995 г. и в апреле-июле 1997 г., по поводу которых больной 5 раз находился на стационарном лечении. При каждом обо-

стрении заболевания патологический процесс локализовался симметрично на коже лба, щек, подбородка, задней поверхности шеи, открытой части груди и на тыле кистей в виде сплошной инфильтрации и лихенификации с наличием эрозий и корочковых наслоений. Отмечены симметричность локализации поражения кожи на открытых участках, отчетливые границы со здоровой кожей, окраска в розово-фиолетовый цвет. Больной жаловался на интенсивный зуд постоянного характера в очагах поражения.

В процессе стационарного лечения клинические проявления на коже лица и шеи у больного до конца не исчезали и интенсивный зуд сохранялся. Последнее обострение заболевания возникло в апреле 1997 г., когда на коже лица, шеи спереди и сзади, на открытой части груди, на тыле кистей усилились краснота, чувство жжения, сопровождавшиеся интенсивным зудом постоянного характера.

По анамнестическим данным, пациент перенес ранее хронический бронхит.

Объективно: больной правильного телосложения. Костно-мышечная система без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Поверхностные подмышечные и заднешейные лимфатические узлы увеличены размером до фасоли, с окружающими тканями не спаяны. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Поражение кожи локализовано симметрично на открытых участках кожного покрова —

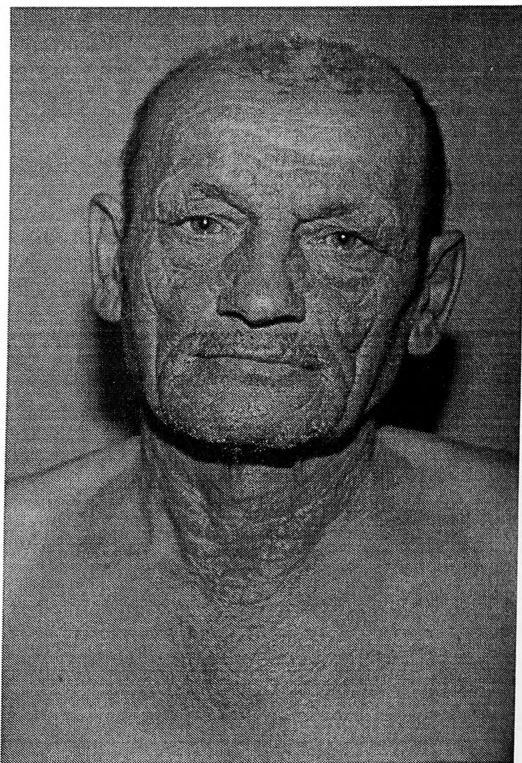


Рис. 1. Больной Н., 57 лет. Инфицированная кожа лица, ушных раковин и открытой части груди розово-синюшного цвета, покрытая корочковыми наслоениями.

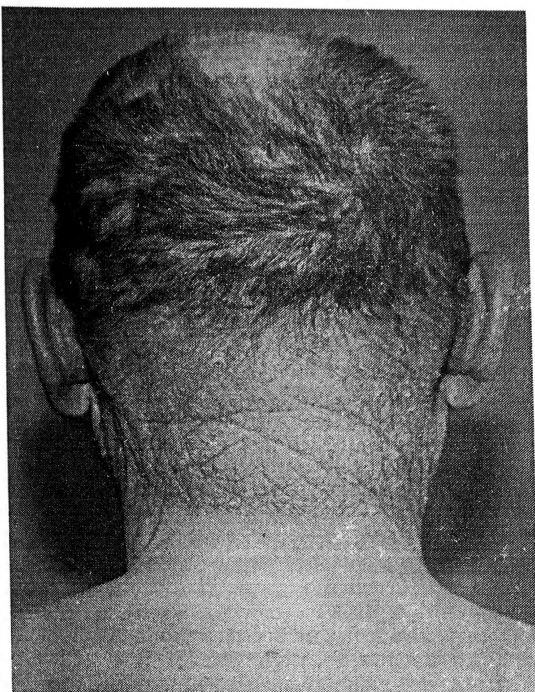


Рис. 2. Больной Н., 57 лет. Инфильтрированная и лихенифицированная кожа на шее и ушных раковинах. Пораженная кожа розово-сизюшного цвета, с отчетливыми границами со здоровой кожей, покрыта чешуйко-корковыми наслоениями.

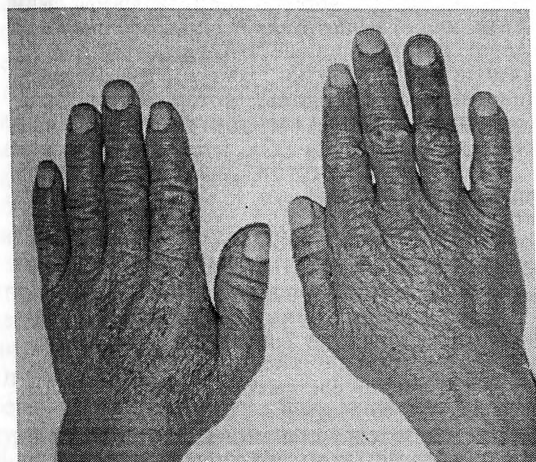


Рис. 3. Больной Н., 57 лет. Инфильтрированная кожа розово-сизюшного цвета на тыльной поверхности кистей. Ногтевые пластинки на пальцах кистей розовые и гладкие.

лице, шее, ушных раковинах, открытой части груди и на тыльной поверхности кистей. Очаги поражения имеют отчетливые границы и характеризуются наличием на эритематозно-инфильтративном фоне папулезных элементов розово-сизюшно-фиолетового цвета. Папулезные элементы, слившиеся в сплошные инфильтративные очаги интенсивного красного цвета с сизюшным оттен-

ком на лице, шее, открытой части груди и на тыле кистей, покрыты экскориациями и корочковыми наслоениями. Слизистые оболочки и ногтевые пластинки не поражены (рис. 1, 2, 3).

Общий анализ крови показал умеренный лейкоцитоз, увеличенную СОЭ до 22 мм/ч и лимфопению до 7% (см. табл.).

Динамика картины крови при обострении заболевания

Показатели	Сроки наблюдения		
	07.05.1997 г.	21.05.1997 г.	17.06.1997 г.
Гемоглобин, г/л	170	154	158
Лейкоциты, $\cdot 10^9/\text{л}$	10,2	8,2	9,8
Палочкоядер., %	1	2	2
Сегментоядер., %	83	81	84
Эозинофилы, %	0	0	2
Моноциты, %	4	3	5
Лимфоциты, %	14	14	7
СОЭ, мм/ч	12	12	23

При анализе мочи отклонений от нормы не обнаружено. При гистологическом исследовании биоптата пораженной кожи задней поверхности шеи выявлено наличие выраженного инфильтрата в верхней части дермы, состоящего преимущественно из лимфоцитов, гистиоцитов и меньше из плазматических клеток и полинуклеаров. Встречались также единичные крупные клетки с гиперхромными ядрами, похожими на микозные (рис. 4). Гистологические изменения напоминали грибовидный микоз.

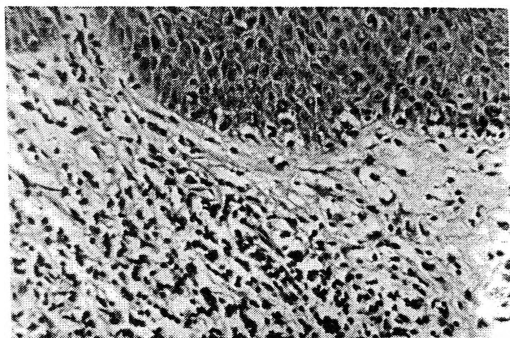


Рис. 4. Больной Н., 57 лет. Биоптат кожи из очага поражения на задней поверхности шеи. Окраска гематоксилин-эозином. $\times 160$.

Совокупность анамнестических данных о высокой чувствительности к солнечному свету, чередование летних рецидивов с улучшением клинической картины в зимнее время, симметричная локализация патологического процесса на открытых участках с резкими границами, напоминающего фотодерматоз, характерная окраска эритематозно-отечной и инфильтрированной кожи (интенсивно красный цвет с сизюшным оттенком), морфологические изменения кожи, напоминающие грибовидный микоз, наличие сильного зуда при обострении заболевания у данного больного дают основание констатировать у него актинический ретикулоид.