

интерпретации данных научных исследований в изучаемой области применительно к конкретному пациенту. Для более успешного решения поставленной проблемы необходимо расширение центров доказательной медицины, оснащенных необходимым компьютерным оборудованием, продолжение обучения преподавателей принципам и методам доказательной медицины, а также совершенствование знаний английского языка как студентами, так и преподавателями.

Литература:

1. Принципы клинической практики, основанной на доказанном. Рабочая группа по доказательной медицине под ред. Гордона Гайятта, Драммонда Ренни. М., 2003.
2. Основы доказательной медицины для практических врачей. Петров В.И., Негода С.В. М: ГЭОТАР-Медиа, 2007
3. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента: Руководство / Сергеев Ю.Д., Мохов А.А.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
4. Медицина, основанная на доказательствах. Ш.Е. Страус. Изд-во ГЭОТАР-медиа, 2011
5. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие / В. И. Петров, С. В. Недогода. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. Медицина, основанная на доказательствах/ пер с англ. Под ред. В.В. Власова, К.И. Сайткулова, Ш.Е. Страус, М. ГЭОТАР-Медиа, 2010

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНГЛОБАТНЫХ УГРЕЙ

А.К. Ахметова

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

Вульгарные угри (акне) - самое распространенное заболевание кожи, поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет и 11% лиц старше 25 лет (В.П. Адаскевич, 2009). Акне представляет собой заболевание волосяных фолликулов и сальных желез. В патогенезе угрей имеют значение четыре взаимосвязанных фактора: патологический фолликулярный гиперкератоз, избыточное образование секрета сальных желез, микробная гиперколонизация и воспаление. Кожу, склонную к поражению акне, населяют 3 типа микроорганизмов - *Staphylococcus epidermides*, *Malassezia furfur*, *Propionibacterium acnes*. У пациентов с угревой сыпью ключевую роль в воспалительной фазе играют *P. acnes*, активирующие клеточный иммунитет и систему комплемента. На ранних стадиях развития папулезного элемента при акне CD₄ лимфоциты вторгаются в стенку волосяного фолликула и разрушают ее. Далее происходит миграция нейтрофилов. В виде провоцирующих факторов воспалительной реакции могут выступать определенные цитокины.

Конглобатные угри – тяжелая форма акне, характеризующаяся возникновением, помимо комедонов и атером, крупных полушаровидных узлов, располагающихся глубоко в дерме и гиподерме, размером от горошины до вишни. Вначале инфильтрат плотный синюшно-красного цвета, болезненный. Дальше узлы могут сливаться в конгломераты, формируясь дальше в абсцессы, после вскрытия которых остаются длительно незаживающие язвы, на месте которых остаются неровные рубцы с перемычками, свищами. Локализуются конглобатные угри на спине, реже на груди и лице. Течение этой формы угрей длительное и заканчивается формированием обезображивающих атрофических, гипертрофических и келоидных рубцов. Болеют исключительно мужчины в возрасте 20-40 лет. По данным некоторых исследователей, эта тяжелая форма угревой болезни наиболее часто наблюдается у мужчин с дополнительной У-хромосомой (ХУУ).

Несмотря на широкую распространенность данной патологии, до настоящего времени нет эффективных методов лечения, позволяющих избежать рецидивов. Учитывая роль микробных факторов в патогенезе акне, а также иммунный ответ, возникающий в ответ на их внедрение, необходимо разработать метод иммунокорригирующего лечения вульгарных угрей. Одним из таких препаратов, по нашему мнению, является ронколейкин.

Приводим наше наблюдение:

Пациент М., 40 лет, житель с. Бородулиха Семипалатинской области, сельхозработник, обратился на консультацию к дерматологу 14.11.14 г. с жалобами на постоянно появляющиеся гнойничковые высыпания по всему телу, грубые рубцы в местах их заживления.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 22-х лет, когда появились болезненные узловатые высыпания в шейной и подмышечных областях. При обращении к дерматологу по месту жительства был направлен на обследование в город Москву (ЦКВИ) с диагнозом туберкулез кожи, где было проведено обследование и пробное противотуберкулезное лечение, без эффекта. Отмечает повторное появление высыпаний в течение короткого времени. Аналогичное обследование и лечение проведено в КазНИКВИ города Алматы (2004 г.) На протяжении почти 20 лет занимался самолечением; ежегодно принимал антибиотики (пенициллин, тетрациклин), после которых отмечал временное улучшение состояния. Для наружного лечения использовал средства народной медицины.

В последние месяцы состояние значительно ухудшилось, обратился к районному дерматологу, который направил на

обследование в противотуберкулезный диспансер. Диагноз туберкулеза кожи исключен, и пациент направлен на консультацию к дерматологу в ГКВД. В анамнезе также отмечает частые простудные заболевания, ангины.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Патологический процесс распространен по всему кожному покрову, от ушных раковин и шеи до бедер, включая подмышечные впадины. Представлен множественными комедонами, пустулами, из которых вытекает желто-зеленый густой гной, а также абсцедирующими, слившимися в конгломераты, местами вскрывшимися гнойниками. Отмечаются многочисленные рубцы от красновато-коричневого до белого цвета, некоторые приподнятые над поверхностью кожи, очень плотные. Видна выраженная деформация ушных раковин, особенно справа, вследствие наличия рубцов. В подмышечных впадинах грубые стягивающие рубцы, затрудняющие движение. В области живота и ягодиц открытые и закрытые комедоны, нагроможденные абсцедированные гнойники, келоидные и атрофические рубцы.

Слизистые оболочки глаз без особенностей: чистые, розовые. В полости рта слизистая ярко-красного цвета с беловатым налетом, особенно четко выраженным на языке. Красная кайма губ воспалена, сухая, гиперимированная.

При лабораторном обследовании:

В общем анализе крови от 29.11.14: гемоглобин 135 г/л, цветной показатель - 0,9, эритроциты - $4,04 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $8,9 \times 10^9$ /л, сегментоядерные - 72% эозинофилы -6%, моноциты 2%, СОЭ - 22 мм/ч. В биохимическом анализе от 29.11.05: общий белок 78 г/л, альбумины 67,3%, глобулины: α_1 - 5,8%, α_2 - 3,8%, β - 7,7%, γ - 15,4%, тимоловая проба - 3,2 ед., общий билирубин - 11,2 мкмоль/л; креатинин - 7г/л; АЛТ - 0,1 мкмоль/л.

Анализ крови на RW и ВИЧ-инфекцию – отрицательные.

Кровь на иммунный статус от 29.11.14.

Т-лимфоцитов - 1992; Т-лимфоцитов - 48/956; Т-резистентных - 20/398; Т-индекс - 0,71; В-лимфоцитов - 15/298; Ауто-РОК - 4/79; фагоциты - 56; фагоцитарное число - 2,2; ЦИК - 1,45; гетерогенные антитела - 1:16; IG A - 330; IG M - 148; IG G – 1400.

Кровь на сахар от 15.12.14: 4,0 ммоль/л

Общий анализ мочи от 15.12.14 г.: удельный вес - 1016, белка нет, лейкоцитов - 2-5, эпителиальных клеток - 5-8 в поле зрения, оксалаты.

Анализ на грибы рода кандиды альбиканс от 28.11.14 г.: микроскопически № 115/7- отрицательный. В посеве №6 - рост кандиды альбиканс с языка.

Кал на яйца глистов от 29.11.14 г.: отрицательный.

Копрограмма от 29.11.14 г.: консистенция пастообразная, оформленный. Микроскопически: мышечные волокна переваренные 3-4, непереваренные - единицы. Растительная клетчатка от 28.11.14 г.: непереваренных волокон 10-12, переваренных 1-2.

Цитологическое исследование от 25.03.14 г. – пунктат из подмышечных впадин: эритроциты, единичные клетки плоского эпителия.

После проведения обследований был выставлен диагноз: Конглобатные угри. Генерализованные келоидные рубцы после перенесенного гидраденита и конглобатных угрей.

Проведено лечение: 1. Офромакс по схеме; 2. Антистафилококковый иммуноглобулин №3; 3. Лидаз 64 ЕД внутримышечно №10; 4. Поливитамины с минералами; 5. Ронколейкин по 500 000 ЕД. №5.

Наружно: обработка спиртовыми растворами анилиновых красителей, применение чистого ихтиола, мазей с антибиотиками.

После проведенного лечения состояние значительно улучшилось.

Литература:

1. Адашкевич В.П. Акне и розацеа. – Санкт-Петербург: Изд-во «Ольга», 2000. – 132 с.

2. Адашкевич В.П., Саларев В.В., Аль-Джари А.М. Азелаиновая кислота в комплексном лечении папулопустулезной формы акне // Потогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней. Материалы пленума Белорусского научного медицинского общества врачей дерматологов и венерологов. – Минск, 2000. – С. 133-136.

3. Адашкевич В.П., Катина М.А. Акне (вульгарные угри): клиника, диагностика, лечение. Практическое пособие для врачей.- Минск, 2002. - 22 с.

4. Ахтямов С.Н., Сафарова Г.Г. Вульгарные акне: вопросы этиологии и патогенеза // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 1998. - №5. - С. 54-58.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ГОЛЕНИ

Н.И. Батвинков

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем хирургии является лечение пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей, особенно это касается тех случаев, когда в области голени возникают трофические нарушения [1]. Указанное заболевание развивается у 20-25% женщин и 10-15% мужчин, при