

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. Лидаза 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

этом оно носит прогрессирующий характер, сопровождаясь у 10-15% пациентов различными трофическими нарушениями, которые требуют длительного лечения. Второй нозологической формой заболевания вен является посттромбофлебитический синдром нижних конечностей, как результат перенесенного острого тромбоза магистральных вен. В этих случаях особенно часто развиваются трофические расстройства в области голени, которые весьма трудно поддаются консервативному и хирургическому лечению.

Цель – совершенствование хирургических вмешательств при варикозной болезни и посттромбофлебитическом синдроме, осложненных трофическими нарушениями в области голени.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 135 пациентов с хронической лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей, которые страдали варикозной болезнью и посттромбофлебитическим синдромом. Во всех случаях были выраженные трофические нарушения в области голени, которые проявлялись в виде дерматита, гиперпигментации, индурации тканей, образовании рубцов, трофических язв. Все это отрицательно сказывается на результатах хирургического вмешательства, так как в послеоперационном периоде нередко возникают гнойно-воспалительные процессы в области операционных разрезов. Все пациенты подверглись общеклиническому обследованию, а также специальным методам исследования (флебоскопии-графии, лимфографии, УЗИ). С целью уменьшения трофических расстройств, проводилась соответствующая предоперационная подготовка. После санирования острых явлений в зоне поражения кожи пациенты были оперированы.

Результаты. Особое внимание уделялось предоперационной подготовке пациентов. С целью снижения гипертензии в венах конечности и отрицательного влияния вено-венозного рефлюкса проводилась эластическая компрессия путем бинтования или ношения медицинского трикотажа. Медикаментозная терапия была направлена на уменьшение венозного застоя, улучшение реологических свойств крови. Назначались препараты, обладающие противовоспалительным и дисенсибилизирующим действием. При ограниченной и распространенной микробной экземе, особенно при наличии трофических язв, когда происходит отторжение рогового слоя, образуется большое количество папуловезикул, мокнущих эрозий, пациентов беспокоит зуд, в этих случаях предоперационная подготовка проводится с участием врача-дерматолога, что обеспечивает качественное современное лечение.

Оперативное вмешательство производили, не дожидаясь заживления язвы, но после ликвидации параязвенных кожных

процессов и появления здоровой грануляционной ткани. Все это благоприятно сказывалось на течении послеоперационного периода, что выражалось в снижении осложнений со стороны кожных ран оперированной конечности, а также имело место лучшее приживление кожных аутотрансплантатов.

Для удаления подкожных вен и перфорантов разрезы на голени производились вне локализации трофических расстройств, в области менее измененных тканей. Кроме того, для доступа к коммуникантным и перфорантным венам предпочтение отдавали малым разрезам. Соблюдая эти принципы, мы не имели случаев краевых некрозов кожных ран или их обширных нагноений.

В процессе прогрессирования хронической венозной недостаточности нижних конечностей неизбежно присоединяются расстройства лимфообращения, что еще в большей степени способствует образованию трофических язв [2]. Для оценки циркуляторных нарушений регионарной флебогемодинамики и путей лимфооттока у пациентов выполнялась функционально-динамическая рентгенофлебоскопия (-графия) и лимфоскопия (-графия), что давало возможность на одном снимке визуализировать венозную и лимфатическую сеть нижних конечностей. Данная методика в доступной нам литературе не встречалась. Хорошо известно отрицательное влияние на лимфоотток воспалительных процессов. Полученные нами результаты свидетельствовали о многообразии изменений лимфатических сосудов при трофических нарушениях в области голени, что выражалось в повышенной извитости путей лимфооттока, расширении их просвета, диффузии контрастированной лимфы за пределы лимфатических сосудов, образовании межлимфатических анастомозов. Наиболее тяжелые изменения лимфатической системы наблюдались в области голени при трофических язвах голени. В этих случаях расстройства лимфоциркуляции характеризовались редукцией лимфатических сосудов либо образованием обширных депо лимфы в капиллярах, создавая картину облаковидных теней на внутренней поверхности пораженной голени.

В этих случаях (55 пациентов) хирургическая коррекция регионарной флебогемодинамики дополнялась различными вариантами локальной лимфангиэктомии, что выражалось в иссечении трофической язвы с окружающей ее пораженной кожей и подкожной клетчаткой с одновременным замещением раневого дефекта расщепленным кожным лоскутом, размеры которого достигали 1000 см². Отторжения кожных лоскутов не наблюдалось, за исключением небольших краевых некрозов у отдельных пациентов.

Заключение. При поздних стадиях лимфовенозной недостаточности нижних конечностей наряду с образованием язв развиваются параязвенные изменения окружающих тканей в виде экземы, дерматита и других трофических проявлений, что требует проведения предоперационных saniрующих мероприятий с участием врача-дерматолога. Особенность оперативных вмешательств состоит в проведении разрезов на голени вне зон трофических расстройств, а при отсутствии такой возможности и наличии обширных трофических нарушений операция на венозных сосудах дополняется кожнопластическими вмешательствами.

Литература:

1. Косинец, А.Н. Варикозная болезнь / А.Н. Косинец, С.А. Сушков // Витебск, 2009. – 414с.
2. Мышенцев, П.Н. Тактика лечения при вторичной лимфедеме нижних конечностей / П.Н. Мышенцев, С.Е. Каторкин // Новости хирургии, 2014. - №2. – С. 239-243.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

А.А. Белазарович

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время очаговую алопецию можно рассматривать как полиэтиологическое, мультифакториальное заболевание, относящееся к аутоиммунным хроническим воспалительным процессам, затрагивающим волосяные фолликулы. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости очаговой алопецией, торпидность к традиционным методам лечения, склонность к прогрессирующему, хроническому рецидивирующему течению.

По данным литературы, на сегодняшний день частота заболеваемости составляет 2% среди дерматологических патологий. В структуре всех заболеваний волос нерубцовая алопеция составляет более 80%, т.е. является наиболее частой причиной потери волос, поражающей от 30-40% людей в возрасте до 50 лет [1, 2, 5].

Заболевание может манифестировать в любом возрасте, одинаково часто встречаясь как у мужчин, так и у женщин, не имеет расовых различий. Являясь значительно выраженным косметическим недостатком, облысение снижает качество жизни, часто приводит к психической дезадаптации, вызывая как социальные проблемы, обусловленные ограничением в выборе профессии, трудоустройстве и социальной перспективой, так и