SUMMARY

G.N. UTEGENOVA

FAVOURABLE OUTCOME OF THE OPHTALMOLGIC ALTERATIONS OF A GRAVID WITH DIABETES MELLITUS II TYPE AFTER A PREMATURE DELIVERY
(a case from practice)

JSC “National research center for maternal and child health”, Astana city

The developments of complications of diabetes mellitus type 1 during pregnancy are of great risk to mother and child. This article describes the clinical case of successful delivery in women with advanced retinopathy, severe gistozom and other complications of diabetes.

Key words: insulin-dependent diabetes, pregnancy, ophthalmologic changes.

Г.Р. ЖАКИЕВА, М.А. ЖАППАРОВА, Т.Ж. АЛДАШЕВА, М.У. УРАЗБАГАМБЕТОВА

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА

(случай из практики)

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

Авторы статьи на основе случая из практики описали выявление клинических признаков заболевания, своевременную диагностику и адекватное лечение узловатой эритемы.

Ключевые слова: узловатая эритема, диагностика, лечение.

Узловатая эритема – это заболевание, которое может иметь различное происхождение (в том числе и инфекционное), проявляющееся появлением плотных красных узлов на коже чаще нижних конечностей.

Заболевание обусловлено воспалительным поражением мелких сосудов кожи и подкожной жировой клетчатки. Однако узловатая эритема нередко является проявлением серьезного системного поражения внутренних органов, что требует очень внимательного отношения к выявленному кожному симптому. Впервые описал эту яркую патологию английский дерматолог R. Willan в 1798 г., однако, до сих пор при анализе причин и способов лечения узловатой эритемы остается много сложностей. В недавнем исследовании, средняя ежегодная заболеваемость гистологически подтвержденной узловатой эритемы - 52 случая на миллион. Большинство случаев узловатой эритемы происходит в пределах первой половины года, вероятно из-за большей частоты стрептококковых инфекций в это время года.

Факторы риска или причины появления узловатой эритемы:

- женский пол;
- саркоидоз;
- зимне-весенний период;
- А–стрептококковая инфекция;
- наследственная предрасположенность (наличие эпизодов узловатой эритемы у родственников);
- ревматическое заболевание (ревматоидный артрит, СКВ, ОРЛ и др.);
- беременность;
- болезнь Крона и другие желудочно-кишечные заболевания;
- интоксикация, прием лекарственных препаратов;
- онкологические заболевания и др.

У больного (вне зависимости от возраста) появляются плотные, ярко - красные отечные болезненные узлы размером от горошины до грецкого ореха на симметричных поверхностях голеней и стоп, реже – бедер и предплечий. Эти узлы слегка возвышаются над кожей, не имеют четких границ, никогда не сливаются друг с другом и не изъязвляются. Постепенно в ходе заболевания узлы последовательно изменяют свою окраску – от синюшной эритемы до зеленовато-желтой и затем исчезают через 3-6 недель, не оставляя после себя следа. Зачастую появление узлов сочетается с изменением общего самочувствия. Отмечается повышение температуры тела, появляются боли в суставах и мышцах. Иногда узловатая эритема может появляться одиночным плоским узлом, в дальнейшем превращающимся в кольцевидную

бляшку с запавшим бледным центром. Больные обращают внимание на некоторые нарушения, предшествовавшие появлению узлов: озноб, слабость, артралгии, субфебрилитет. Течение узловатой эритемы может варьировать от спонтанного выздоровления до хронического течения с периодическими рецидивами.

В качестве примера приводим данные амбулаторной карты больной К., 30 лет, жительницы г. Актобе, наблюдавшейся в городской поликлинике №1 с диагнозом: узловатая эритема; железодефицитная анемия средней тяжести.

Жалобы при обращении к врачу: на повышение температуры до субфебрильных цифр (37-38) в вечернее и ночное время, ознобы, потливость, слабость, боли в суставах, особенно в коленных, припухлость, ограничение движения. На появление симметричных, болезненных высыпаний, расположенных на голенях с обеих сторон. Температура держалась в течение нескольких дней. Обратилась в поликлинику к участковому врачу, где больную обследовали и выставили диагноз: узловатая эритема.

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Больная астенического телосложения, несколько пониженного питания. Кожные покровы бледные. На коже нижних конечностей, на голенях, симметричные, болезненные эритематозные высыпания. Припухлость коленных суставов с обеих сторон, ограничение движения. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 100/60 мм. рт. ст., пульс 68 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, диурез в норме.

Обследование: ОАК – эритроциты – 2,8 тыс/л; лейкоциты - 5,5 тыс/л, НВ - 73 г/л; тромбоциты - 220 тыс. г/л; палочкоядерные – 3 %; сегментоядерные – 65 %, моноциты -15 %, лимфоциты – 20 %, СОЭ – 23 мм в час.

Биохимический анализ крови - общий белок - 70 г/л;

Мочевина – 2,7 мкмоль/л; мочевая кислота - 58 мкмоль/л;

С-реактивный белок положительный. УЗИ почек: признаки хронического пиелонефрита.

Больной проведена противовоспалительная терапия – нестероидные противовоспалительные препараты - диклофенак по 100 мг/сут, преднизолон малыми дозами 7,5 мг/сут в течение 2 недель; десенсибилизирующая терапия -фенкорал по 1 таб. 3 раза, железосодержащие препараты. После проведенного лечения состояние больной улучшилось, температура тела нормализовалась, эритематозная сыпь на голенях, припухлость коленных суставов прошли.

Больная приступила к рабочей деятельности.

Таким образом, выявление клинических признаков заболевания, а также использование методов диагностики и настороженность врача в отношении данного заболевания, обусловливают вполне реальную возможность своевременной диагностики и адекватного лечения узловатой эритемы.

Список литературы:

1. Моисеев С.В., Корнев Б.М. Узловатая эритема: ревматизм или саркоидоз // Новый медицинский журнал. - 1996. – С. 8-10.
2. Вермель А.Е. Узловатая эритема в клинике внутренних болзней // Клиническая медицина. - 2004. – С. 4-9.
3. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. – Ярославль. - 1999. – С. 104-107.

ТҮЙІН

Г.Р. ЖАКИЕВА, М.А. ЖАППАРОВА, Т.Ж. АЛДАШЕВА, М.У. УРАЗБАГАМБЕТОВА

ТҮЙІНДІ ЭРИТЕМА
(тәжірибеде болған жағдай)

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

№1 қалалық емханада анықталған түйінді эритеманың диагнозын нақты дер уақытында қою, осы сирек кездесетін дертті емдеуді нәтижелі етті.

Негізгі сөздер: түйінді эритема, диагностика, емдеу.

SUMMARY

G.R. ZHAKIYEVA, M.A. ZHAPPAROVA, T.ZH. ALDASHEVA, M.U.URAZBAGAMBETOVA

ERYTHEMA NODOSUM
(a case from practice)

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktobe city

Adequate diagnostics of the rare accident of erythema nodosum which was observed at the city hospital N1 only boosts successful results of the treatment.

Key words: nodular erythema, diagnostics, treatment.

А.К. ИЛЬЯСОВА

О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РЕДКИХ ФОРМ БРУЦЕЛЛЁЗА

(случай из практики)

Актюбинская областная клиническая инфекционная больница, г. Актобе

Всем, описанным авторами статьи, случаям своевременного установления диагноза способствовало знание клиники редких форм бруцеллёза, наличие эпидемиологической настороженности у врачей и своевременное серологическое и бактериологическое обследование больных.

Ключевые слова: клиника редких форм бруцеллеза, обследование больных.

Бруцеллез, особенно его хронические формы, отличаются выраженным полиморфизмом его клинических проявлений, представляющими большие трудности в диагностике. По мнению Е.С. Белозёрова [1], «ни при одном инфекционном заболевании не наблюдается такого многообразия клинических симптомов, такого различия форм и длительности болезни, как при бруцеллёзе».

Хронический бруцеллёз протекает с преимущественным поражением тех или иных органов и систем, и эти очаговые проявления зачастую характеризуются изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата, нервной системы, мочеполовых органов. В связи с этим, практические врачи, как правило, ориентируются на эти, наиболее типичные проявления болезни. Поэтому знакомство широкого круга врачей с клинической картиной редких форм инфекционного процесса при бруцеллёзе, имеет большое практическое значение. В качестве примера мы хотим привести несколько случаев из практики.

Больная А-ва, 29 лет, поступила в инфекционный стационар с жалобами на высокую температуру тела, озноб, потливость, сильную головную боль, рвоту, гиперестезию. Болеет три месяца, с момента повышения температуры до субфебрильных цифр. На фоне очередного обострения болезни и повышения температуры до 39° С появились галлюцинации, потеря сознания, пятнисто-папулёзная сыпь на коже.

При объективном обследовании выявлены положительные менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского, сглаженность носогубного треугольника. При исследовании ликвора выявлен лимфоцитарный плеоцитоз.

Учитывая наличие в личном хозяйстве больного бруцеллезом крупного рогатого скота, резко положительные реакции Райта и Хеддльсона, положительную гемокультуру на бруцеллёз, длительную рецидивирующую лихорадку, наличие положительных менингеальных симптомов, лимфоцитарный характер ликвора установлен диагноз серозного менингоэнцефалита бруцеллёзной этиологии. После проведения специфической противобруцеллёзной терапии больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Больная Б-ва, 48 лет, страдала длительной лихорадкой в течение восьми месяцев с периодическими подъёмами температуры до 39° С, сопровождающимися ознобами, слабостью, потливостью, быстрой утомляемостью. Кроме того, больную беспокоила ломота во всём теле. Через шесть месяцев после начала заболевания присоединились боли в области сердца, одышка и отёки на ногах.

При объективном обследовании: состояние больной тяжёлое, температура тела 39° С, печень и селезёнка увеличены в размерах. Со стороны сердца выявлена недостаточность митрального клапана,