

1. Врачам-дерматовенерологам и другим специалистам во избежание диагностических ошибок следует помнить о редком дерматозе – саркоидозе кожи и возможном сочетанном поражении саркоидозом других органов и систем.

2. Продемонстрирована одна из клинических форм саркоидоза среди многообразия специфических проявлений данной патологии.

3. Данные литературы и результаты собственного наблюдения свидетельствуют о большой практической значимости распознавания кожных проявлений саркоидоза и верификации диагноза с помощью малоинвазивной процедуры – биопсии кожи.

Список литературы:

1. Визель А.А. Саркоидоз в выступлениях и публикациях ежегодной конференции Американского торакального общества (ATS 2016) / Визель А.А., Визель И.Ю. // РМЖ. - 2017. - № 3. - С. 206–210.

2. Визель А.А. Саркоидоз: международные согласительные документы и рекомендации / Визель А.А., Визель И.Ю. // РМЖ. – 2014. - № 5. – 356-360.

3. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т.2. /Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 880 с.: ил.

4. Снарская Е.С. Саркоидоз кожи: клиника, диагностика, лечение. Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2011. - № 3. – С. 36–44.

5. Саркоидоз. Клинические рекомендации РРО [Электронный ресурс] / Профессиональные ассоциации: Российское Респираторное Общество. URL: <http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/>. (Дата обращения: 22.01.19 г.).

6. Costabel U. et al. Activity of sarcoidosis. Eur. Respir. J., 1994; 7: 624–627.

7. Janegova A. Plantar subcutaneous sarcoidosis - a rare form of skin sarcoidosis: unusual plantar aponeurosis location of sarcoidosis as primary manifestation of asymptomatic systemic disease / Janegova A; Janega P; and Kovac O; Dragun J; Zakutansky A; Mihalova R; Marinova P; Babal P // Journal Of Cutaneous Pathology [J Cutan Pathol] 2016 May; Vol. 43 (5), pp. 475-7. Date of Electronic Publication: 2016 Feb 10.

УДК 616-007.15

Почкарева Е.И. Захаров М.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДЕСМУРГИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ АПЛАЗИИ КОЖНОГО ПОКРОВА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, I ПАЛЬЦА ПРАВОЙ КИСТИ

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Pochkareva E.I. Zakharov M.A.

**USE OF MODERN DESMURGY METHODS FOR CONGENITAL APLASIA
OF THE LEATHER COVER OF THE LOWER EXTREMITIES, THE FIRST
HANDLE OF THE BRUSH**

Department of dermatovenereology and life safety department of internal diseases
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Pochkarevae@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрено клиническое наблюдение пациента с врожденным пороком развития: аплазия кожного покрова нижних конечностей, I пальца правой кисти. Произведена оценка применения современных методов десмургии - мазевых повязок «Бранолинд Н» и «Воскопран».

Annotation. The article deals with a clinical case of a patient with a congenital malformation: skin aplasia of the lower extremities and the first finger of the right hand. The use of modern methods of desmurgy ointment dressings "Panel N" and "Vokopro".

Ключевые слова: аплазия кожи, десмургия, Бранолинд Н, Воскопран.

Key words: aplasia of the skin, dressing, Paneling N, Vokopro

Введение

Аплазия кожного покрова – это врожденный порок развития, возникающий в результате первичного нарушения дифференцировки клеток эпидермиса на ранних этапах эмбриогенеза.

Чаще встречается локализация на волосистой части головы (1:5000). Локализация на туловище и конечностях редко встречаемый порок развития. Диагностируется обычно постнатально, поэтому по МКБ-10 это заболевание регистрируется как «другие изменения наружных покровов, специфичные для плода и новорожденного» (Р. 83).

Этиология, патогенез неизвестны. Возможно сочетание с другими пороками развития. Лечение сводится к предохранению от инфицирования и повреждения, стимуляции заживления дефекта кожи [3]. При отсутствии инфицирования пораженного участка кожи прогноз благоприятный [2].

Обработка кожного дефекта начинается с применения, не содержащего спирта дезинфицирующего раствора - хлоргексидина биглюконата. После обработки антисептиком, на свободные от гноя участки кожного дефекта, накладывают атрауматические (неадгезивные, неприлипающие) раневые повязки бранолинд, воскопран. Эффект «неприлипания» достигается пропитыванием прилегающего к эрозии слоя покрытия различными составами — силиконом, парафином, вазелином, жирами (липидами), кремами, пчелиным воском [5]. Для лечения инфицированных эрозий применяются повязки с добавлением противомикробных средств: с серебром (сильверсель, урготюль

S.Ag, фибротюль Ag, атрауман АГ), хлоргексидином (парапран с хлоргексидином, бактиграс), антибактериальными средствами (воскопран с мазью диоксида 5%, воскопран с мазью левомеколь, коллахит ФА, коллахит Ш, альгипор) [7].

Поверх нижнего неприлипающего слоя, представленного в виде сетки, накладывают верхний — впитывающий, из стерильных марлевых салфеток, салфеток медикомп или месорб, которые можно менять при промокании, не снимая сетки нижнего слоя.). Болезненность в участке кожи, закрытом раневой повязкой, уменьшается. Закрытая повязкой эрозия не обсеменяется микробами, исключается ее дальнейшее травмирование, прекращается мокнутие. Современные повязки эластичны, они позволяют сохранить объем движений, даже если эрозия расположена в зоне сустава [4].

Поверх любых покрытий накладывают вторичные повязки. Они могут состоять из различных материалов — марли, синтетических волокон, трубчато-сетчатых. Основная их цель — удержать на месте первичные повязки, т. е. раневые покрытия [6].

По данным литературы самостоятельное заживление глубокого дермального дефекта составляет в среднем 28,4 дня; При лечении такой же раны под покрытием Бранолинд Н эпителизация занимала в среднем 11,3 дня [1].

Цель исследования — изучение особенности применения мазевых повязок «Бранолинд Н» и "Воскопран" у новорожденных, на примере клинического случая врожденной очаговой аплазией кожи и оценка динамики клинико-лабораторных показателей на фоне проводимой терапии.

Материалы и методы исследования

Проведен осмотр и анализ медицинской карты пациента с врожденной очаговой аплазией кожи, проходивший лечение в хирургическом отделении №2 Областной детской клинической больницы г. Екатеринбурга в период с Декабря 2018 по Январь 2019 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент М., родился 12.12.2018. После рождения у ребенка выявлен дефект кожи верхних и нижних конечностей. В родовом зале однократное в/в введение ампициллина. 14.12. транспортирован бригадой СМП в ХО №2 ОДКБ.

Ребенок от второй беременности, вторых родов. Гестационный возраст 38 недель. Оценка по шкале Апгар 7/8/9. Масса при рождении 3150, длина тела 53 см, окружность головы 34 см, окружность груди 33 см.

Роды срочные оперативные в затылочном предлежании. Околоплодные воды светлые. Заболевания матери: Бронхиальная астма средней степени тяжести ВПР: удвоение ЧЛС правой почки. Хр. вторичный пиелонефрит. Миопия. Первая беременность протекала с угрозой прерывания, бронхиальной астмой (сальбутамол). Вторая беременность протекала на фоне ОАА (рубец на матке), бронхиальной астмы (сальбутамол), ОРВИ (супракс).

Кожный процесс ограниченный, ассиметричный. На нижних конечностях обширные участки дефектов кожного покрова: слева по передне-медиальной поверхности бедра с переходом на голень, тыльную и подошвенную поверхности левой стопы, в области правого голеностопного сустава и медиального края правой стопы, в так же в области I пальца правой кисти (рис.1, 2, 3). Отмечается отек мягких тканей нижних конечностей. Раневые поверхности сухие, прослеживается сосудистый рисунок. Края умеренно гиперемированы, на подошвенной поверхности стопы с участком отслоения эпидермиса. Пальпация болезненная. Функция конечности сохранена, активные и пассивные движения в полном объеме. Сосудистых и неврологических нарушений нет.



Рис.1,2,3 Фото пациента в родильном зале и через месяц после начала лечения

Консультации:

Генетика 24.12.18: Изолированный ВПР кожи, данных за хромосомную и синдромальную патологию не выявлено.

Невролога 25.12.18: Перинатальная энцефалопатия гипоксическо-ишемического генеза, средней степени тяжести, острый период. Синдром диффузной мышечной гипотонии.

Неонатолога 28.12.18: Конъюгационная гипербилирубинемия. Патологическая убыль в массе тела.

Дерматолога 09.01.19: ВПР: аплазия кожи нижних и верхних конечностей, данных за эпидермолиз нет.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

В таблице представлены данные общего и биохимического анализа крови пациента в динамике за время пребывания в хирургическом отделении № 2.

ОАМ без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 12.12.18: Умеренная гепатоспленомегалия (левая доля 25 мм, правая доля 65 мм).

Посев кала от 15.12.18 – шигеллы, сальмонеллы не выявлены

Неонатальный скрининг 17.12.18. Аудиологический скрининг не проведен по техническим причинам.

Таблица 1.

Лабораторные данные общего и биохимического анализа крови

Дата	Эритроциты 10^{12} /л	Гемоглобин г/л	Гематокрит %	Лейкоциты 10^9 /л	Тромбоциты 10^9 /л	Нейтрофилы %	Лимфоциты %	Моноциты %	Эозинофилы %	Билирубин общий мкмоль/л	Билирубин прямой мкмоль/л
14.12.18	5,29	182	50,0	12,36	96	41,8	44,3	10,8	2,2	249,0	9,9
21.12.18	5,35	183	49,2	14,95	528	27,1	53,0	15,2	3,4	239,0	15,3
30.12.18	4,40	146	39,4	11,69	581	19,6	55,6	19,8	4,3	159,0	14,3
09.01.19	4,05	133	36,6	17,08	575	21,0	63,6	10,1	4,8	-	-

На основании данных анамнеза, клинического осмотра, а так же инструментальных и лабораторных данных, ребенку установлен клинический диагноз:

Основное заболевание: ВПР кожи: аплазия кожного покрова нижних конечностей, I пальца правой кисти (площадь поражения S=6%)

Сопутствующее: Конъюгационная гипербилирубинемия. Перинатальная энцефалопатия гипоксически-ишемического генеза, средней степени тяжести, острый период. Синдром диффузной мышечной гипотонии. Сообщающаяся водянка яичек с двух сторон.

Фон: малый вес к сроку гестации (m=2900 гр).

Динамика местного процесса:

14.12.-15.12. проводится обработка поврежденных участков кожи антисептиками, местно – без выраженной динамики

16.12.-19.12 раневые поверхности с геморрагическими корками, дно ран умеренно гиперемировано, чистое, поверхности без признаков воспаления. Отмечается кровоточивость краев раны. Проведена перевязка с сеткой воскопран с мазью левомеколь.

20.12.-25.12. раны с участками эпителизации. Экссудации нет. Туалет ран. Асептическая повязка с сетками воскопран, мазью левомеколь, гель пронтосан.

26.12-30.12 – раневые поверхности в области правой стопы в стадии эпителизации, проведена обработка гелем Dezitall. Дефект кожи в области правого коленного и голеностопного суставов, стопы – контактная кровоточивость, большой раневой дефект с медленным темпом эпителизации.

Признаков инфицирования нет. Туалет ран водным раствором хлоргексидина, наложены асептически повязки с мазью Левомеколь, сетки Бранолинд.

31.12-7.01– У левого коленного сустава раневой участок эпителизируется первичным натяжением. в области медиального края левой стопы участки грануляций, отмечается контактная кровоточивость В области правой стопы, голеностопного сустава – большой раневой дефект без выраженной динамики. Признаков инфицирования нет. Туалет ран. Бранолинд.

8.01 – в области правого голеностопного сустава по задней поверхности эпидермальный пузырь с серозно-геморрагическим содержимым до 1,5 см, в пределах эпителизованного участка. Пузырь вскрыт, проведена хирургическая обработка, наложена асептическая повязка. На левой ноге раневая поверхность прежних размеров. Дефект в области медиального края левой стопы уменьшился, сохраняется контактная кровоточивость

9.01 – на утро появился эпидермальный пузырь в области эпителизованного дефекта в области I пальца правой кисти, в динамике увеличился в размере. Проведена хирургическая обработка, асептическая повязка с левомеколь. В лабораторных исследованиях отсутствуют воспалительные изменения, от антибактериальной терапии принято решение воздержаться.

Учитывая клиническую картину, невозможно исключить сопутствующую патологию: буллезный эпидермолиз. Проведена консультация с к.м.н., доцентом кафедры дерматовенерологии Захаровым М.А., эпидермолиз исключен, рекомендована прежняя терапия до полного заживления ран.

10-16.01 по медиальному краю левой стопы небольшой дефект кожи, в стадии заживления. Признаков воспаления нет, дно раны чистое, сухое. Туалет раны, асептические повязки с мазью левомеколь.

Выписался домой 16.01 в удовлетворительном состоянии под наблюдение специалистов по месту жительства.

Выводы

Использование сеток «Бранолинд» и «Воскопран», показали высокую эффективность в лечении участков аплазии кожи у новорожденного ребенка.

Список литературы

1. Афоничев К.А. Оптимизация результатов и сроков лечения глубоких дермальных ожогов у детей / К.А. Афоничев, О.В. Филиппова, Е.В. Цветаев // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2014. – Т.2. – №2. - С. 9-11.

2. Сиротина З.В. Врожденная очаговая аплазия кожи у новорожденных / З.В. Сиротина, В.Н. Хомякова, В.П. Каргин // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2017. -№ 2. - С. 65-66.

3. Чеботарёв В.В. Дерматовенерология: учебник / В.В. Чеботарёв, М.С. Асхаков. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 147 с.

4. Denyer J.E. Wound management for children with epidermolysis bullosa / J.E. Denyer // Dermatol Clin. – 2010. - №28. - С. 257-264.

5. Grocott P1. Living in dressings and bandages: findings from workshops with people with Epidermolysis bullosa / P1. Grocott, R.Blackwell, H. Weir, E. Pillay // Int Wound J. – 2013. - №10. - С. 274-284.

6. Lara-Corrales I. Principles of wound care in patients with epidermolysis bullosa / I. Lara-Corrales, A. Arbuckle, S. Zarinehbafe, E. Pope // Pediatr Dermatol. -2010. №27. - P.. 229-337.

7. Mellerio J.E. Infection and colonization in epidermolysis bullosa / J.E. Mellerio // Dermatol Clin. – 2010. № 28. – P. 267-269.

УДК 616.5-002.656

**Савченко Н.В., Струин Н.Л., Андреев Ю.Ю.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ПРИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Savchenko N.V., Struin N.L., Andreev Yu.Yu.
THE COURSE OF SECONDARY SYPHILIS IN HIV POSITIVE
PREGNANT WOMEN**

Department of dermatovenereology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation
E-mail: savchn@yandex.ru

Аннотация. В статье представлена эпидемиологическая ситуация по заболеваемости врожденным сифилисом и сифилисом беременных. Приведен обзор отечественных и зарубежных источников. Представлен клинический случай вторичного сифилиса у ВИЧ-инфицированной беременной.

Annotation. The article presents data on the epidemiological situation regarding the incidence of syphilis in pregnant women and congenital syphilis. An overview of domestic and foreign sources and clinical case of secondary syphilis in HIV-infected pregnant woman are presented.

Ключевые слова: сифилис, ВИЧ-инфекция, беременные

Key words: syphilis, HIV-infection, pregnant women

Abstract

Syphilis is a venereal disease caused by the spirochaete *Treponema pallidum*, which is transmitted primarily through sexual contact and has a staged progressive course. During pregnancy, transmission of syphilis to the fetus is possible after the 15-16 weeks of gestation when placenta starts functioning. Syphilis during the pregnancy can lead to fetal growth restriction, stillbirth, premature birth or