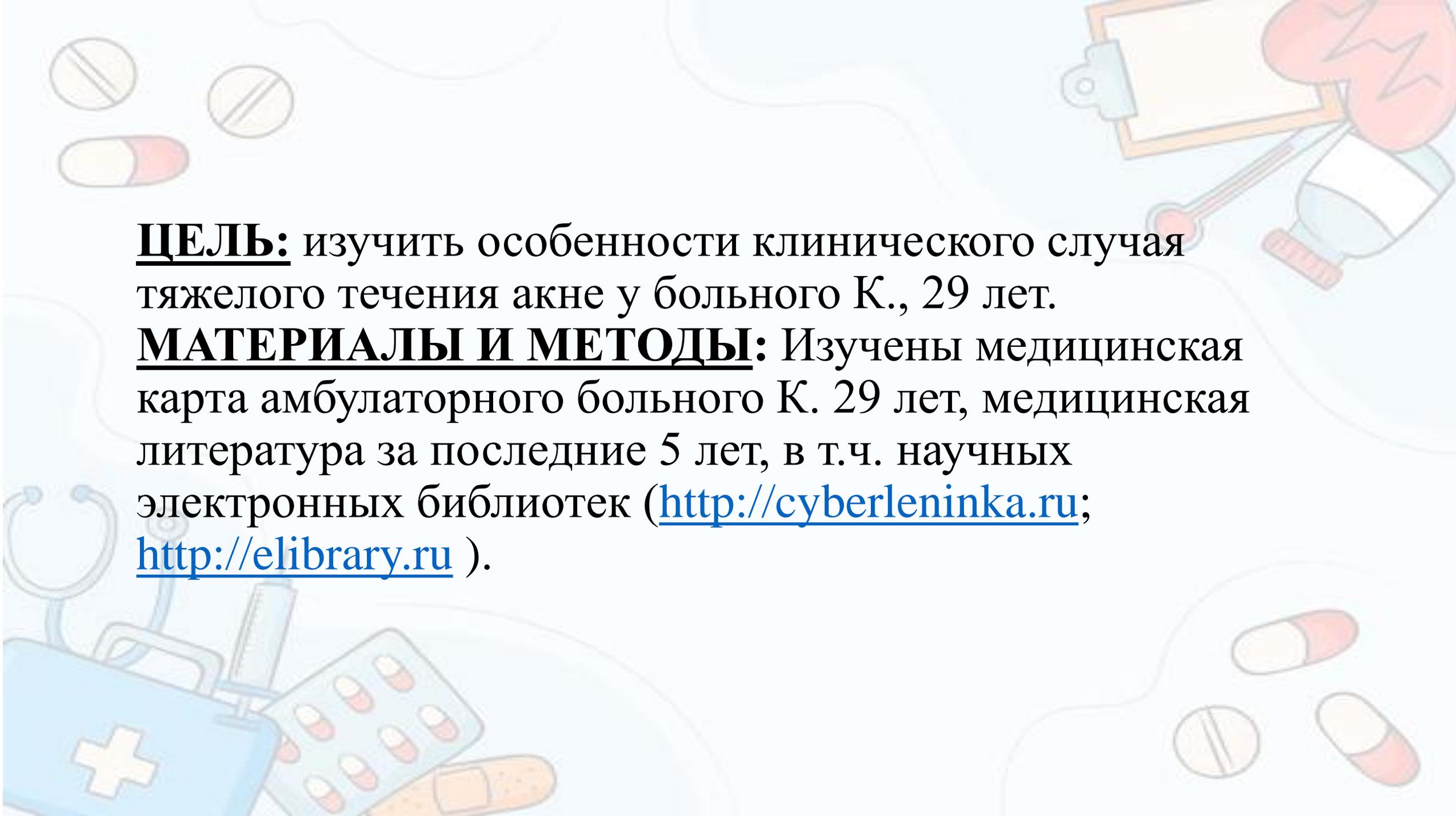


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФНМФО

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОНГЛОБАТНЫХ АКНЕ

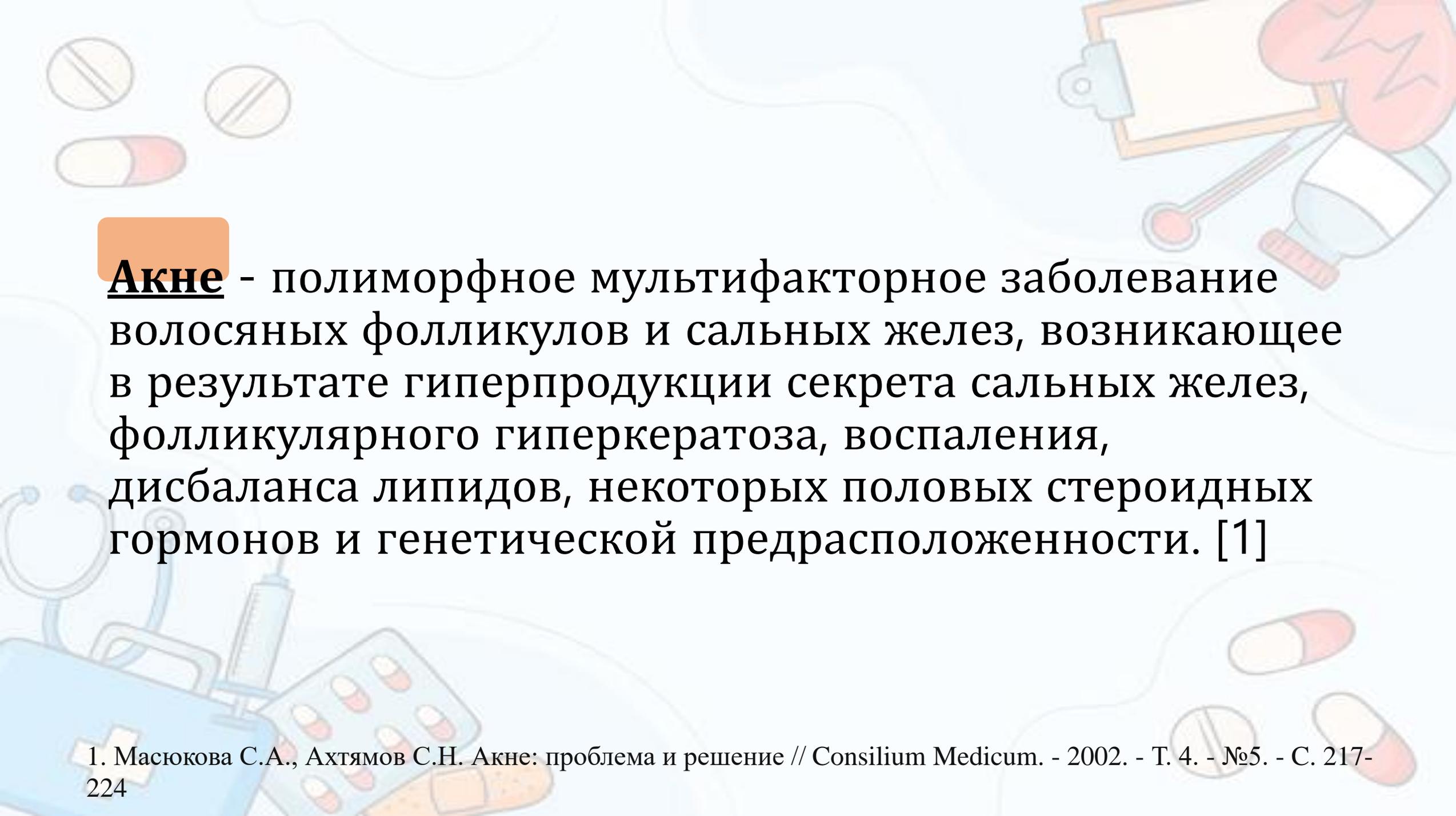
Врач-ординатор 1-го года обучения
Полякова Анастасия Александровна
Научный руководитель –
доцент Борjak С.А.

Донецк- 13 декабря 2023



ЦЕЛЬ: изучить особенности клинического случая тяжелого течения акне у больного К., 29 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Изучены медицинская карта амбулаторного больного К. 29 лет, медицинская литература за последние 5 лет, в т.ч. научных электронных библиотек (<http://cyberleninka.ru>; <http://elibrary.ru>).

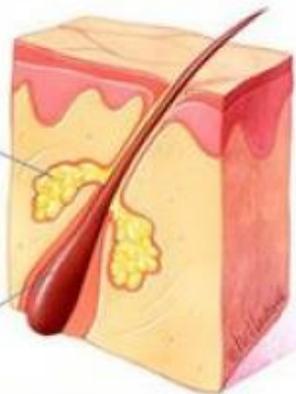


Акне - полиморфное мультифакторное заболевание волосяных фолликулов и сальных желез, возникающее в результате гиперпродукции секрета сальных желез, фолликулярного гиперкератоза, воспаления, дисбаланса липидов, некоторых половых стероидных гормонов и генетической предрасположенности. [1]

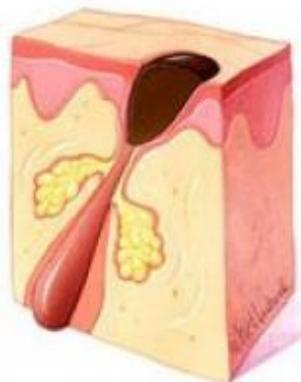
Виды акне

сальная
железа

стержень
волоса



Нормальный
сально-волосяной
фолликул



Открытый
комедон



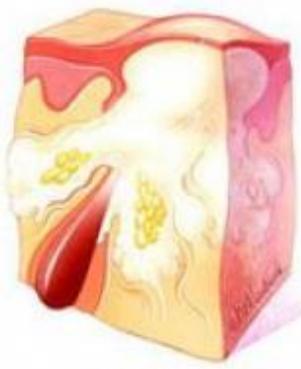
Закрытый
комедон

пробка

воспаление



Папула



Пустула



Узел/киста

Классификация по степени тяжести American Academy of Dermatology

Тип поражений	I степень (легкая)	II степень (средняя)	III степень (тяжелая)	IV степень (очень тяжелая)
Форма	Комедональная	Папуло-пустулезная	Нодулярная	Конглобатная
Комедоны (закрытые или открытые)	Менее 10	10-25	26-50	Более 50
Папулы/пустулы	Папулы менее 10	Папулы (10-20), единичные пустулы	Папулы, пустулы (21-30)	Папулы, пустулы (более 30)
Узлы/кисты	Нет	Нет	Менее 5	Более 5
Воспаление	Нет	Выражено	Сильное	Очень сильное
Рубцы	Нет	Нет	++	+++
Пигментные изменения	+	++	+++	+++
Келоид	Нет	Нет	+	++

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной К, 1994 г. р., обратился к дерматологу с жалобами на множественные высыпания на коже спины, единичные высыпания на коже лица, умеренно болезненные при пальпации.

Анамнез заболевания: считает себя больным с 15 лет, когда впервые заметил появление высыпаний на коже груди, спины. Самостоятельно лечился наружными препаратами у дерматолога по месту жительства с временным улучшением. В последний год отмечает ухудшение течения болезни, ни с чем не связывает, самостоятельно не лечился, за мед. помощью не обращался.

Анамнез жизни: ветряная оспа в детстве, ОРЗ, ОРВИ. Тиф, ТВС, вирусные гепатиты, малярию, венерические заболевания, оперативные вмешательства отрицает.

Наследственный анамнез: не отягощен

Аллергический анамнез: отрицает

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно.

Питание удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые вне очага поражения обычной окраски.

Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, не спаяны с окружающими тканями,

безболезненные. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17. Деятельность

сердца ритмичная, тоны чистые. А/Д – 125/80 мм.рт.ст. Пульс 70 уд./мин, ритмичный,

удовлетворительных свойств. Appetit нормальный, язык влажный, чистый. Зев не гиперемирован.

Миндалины не увеличены. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень

пальпируется у края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Симптом

Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме. Стул в норме.

Нервная система без особенностей. Рост- 180 см, вес – 75 кг. ИМТ – 23,15.

Объективно: Патологический процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуется на коже лица, спины и представлен множественной полиморфной воспалительной сыпью в виде множественных папуло-пустулезных элементов ярко-розового цвета, атрофических и гипертрофических рубцов, воспалительных инфильтратов багрово-красного цвета до 2 см в диаметре с гнойным отделяемым, отечных, болезненных при пальпации на фоне жирной, пористой кожи. На коже лица открытые и закрытые комедоны, единичные папулы, пустулы.



Результаты лабораторных исследований:

Общий анализ крови: л. – 13,4 г/л; п/я – 5%; э – 0%; лимф. – 12,4%; мон. – 4,7%; СОЭ – 18 мм/ч; Hb – 170 г/л; эр. – 5,23 г/л.

Заключение: лейкоцитоз, относительная лимфопения

Биохимический анализ крови:

Глюкоза сыворотки крови – 4,82 ммоль/л; креатинин – 76,82 мкмоль/л; АСТ – 29 ЕД/л; АЛТ – 34 ЕД/л; общий билирубин – 10,93 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,88 мкмоль/л; холестерин – 2,8 ммоль/л; щелочная фосфатаза – 221,3 ЕД/л.

Заключение: норма.

Общий анализ мочи:

Цвет- светло-желтый, прозрачность – прозрачный, удельный вес-1020, белок-нет, сахар-нет, L – 1-2 в п/зр, эпит- 2-3 в п/з

Заключение: норма.

В соскобе *Demodex folliculorum* не обнаружен.

УЗИ органов брюшной полости, почек – перегиб желчного пузыря.

Исследование крови на ВИЧ-инфекцию – отрицательно

На основании объективного осмотра, клинико-лабораторного
обследования больному выставлен диагноз:

«Конглобатные акне»

Рекомендовано: роаккутан 40 мг (20 мг утром, 10 мг в обед, 10 мг вечером), диета с ограничением продуктов, содержащих витамин А, санитарно-охранительный режим, коррекция побочных эффектов терапии (увлажнение кожи Атопик крем по необходимости), эссенциале форте Н по 2 таб 3 р/д 1 месяц.

Расчёт дозы и длительности приема роаккутана:

$$0,5 * 75 \text{ кг} = 37,5 = 40 \text{ мг}$$

$$150 \text{ мг} * 75 \text{ кг} = 11250 / 40 \text{ мг} = 281 \text{ день}$$

ДИНАМИКА
КОЖНОГО ПРОЦЕССА
СПУСТЯ 3 МЕСЯЦА
ПРОВОДИМОЙ
ТЕРАПИИ



ВЫВОД

На примере изученного клинического случая можно сделать вывод о положительном воздействии системных ретиноидов на динамику кожного процесса при случаях тяжелого течения акне.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

