

число лиц с эндемическим зобом увеличилось на 39,6%, с 7029 человек в 2008 году до 9815 в 2010 году за счет городских жителей, а среди сельских жителей отмечено снижение на 9,6%. Чаще зоб выявлялся у молодых лиц, особенно среди женщин детородного возраста. В структуре заболеваемости ЩЖ эндемический зоб составил около 60%. Отмечено в 2010 году увеличение числа больных с гипотиреозом на 20,5%, особенно среди сельских жителей (на 62%).

Выводы. Несмотря на то, что Павлодарская область относится к зонам умеренного ДЙ, отмечено увеличение числа больных с патологией щитовидной железы в 2010 году на 40,4%, а среди сельских жителей снижение на 7,6%. Количество больных с эндемическим зобом увеличилось за последние 3 года на 39,6% и составило 60% в структуре всех заболеваний ЩЖ.

Среди сельских жителей за последние три года число лиц с эндемическим зобом снизилось на 9,6%, число больных с гипотиреозом увеличилось на 62%.

Всё это говорит о необходимости проведения массовой и индивидуальной профилактики йоддефицитных заболеваний в Павлодарской области, особенно среди сельских жителей.

Литература:

1. Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е., Кидирмаганбетова и др. О состоянии йодного дефицита в Республике Казахстан // Медицина 2003; №1: С. 88 – 90.

2. Балоболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. - М.: ООО «Меди-цинское информационное агентство», 2008.- 752с.

3. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология: Учебник для медицинских вузов – ООО: «Издательство «СпецЛит», 2004. – 398 с.

4. Громак Л.А. Йоддефицитные заболевания щитовидной железы // Лечащий Врач 2007; №2: С.15.

СЛУЧАЙ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЙ ТРУДНОСТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

Битигова Г.К.

Павлодарский областной кожно-венерологический диспансер, г. Павлодар

Ключевые слова: язвенно-некротическое поражение кожи, клинические особенности, гистологическая верификация диагноза, неэффективность лечения.

Язвенно-некротические поражения кожи представляют сложность в постановке диагноза и требуют гистологической верификации. Дифференциальный диагноз проводится между туберкулезом кожи, лимфомами, ангиитами, ретикулогистиоцитозом.

Под нашим наблюдением с января 2006 года находится больной С. 1987 года рождения, который обратился с жалобами на изъязвления кожи лица, верхних конечностей, туловища, мошонки.

Из анамнеза: родился в Монголии, считает

себя больным с детства, в возрасте 3 лет впервые появились высыпания на слизистой конъюнктивы и ротовой полости, затем высыпания стали распространяться на другие участки кожи лица и верхних конечностей. В 1993 году после обследования врачами в Монголии был выставлен диагноз: Лимфома кожи. Проведено лечение: химиотерапия, антибиотики, общеукрепляющая терапия, эффекта от проводимого лечения не наблюдалось.

В 2004 году переехал в Казахстан на постоянное место жительства. При обращении в областной кожно-венерологический диспансер города Павлодара был обследован на сифилис, туберкулез кожи, лепру, лейшманиоз, диагнозы не подтверждены.



Проводимое в течение месяца симптоматическое лечение на стационарном и амбулаторном уровне, не дало эффекта. 16 февраля 2006 года с целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больной

направлен в клинику КазНИКВИ г. Алматы с диагнозом: Пиодермия хроническая язвенно-вегетирующая, атипичная. Консультирован профессорами Есенгараевой З.Б., Оразымбетовой Ж. А., клинически выставлен

диагноз: туберкулез кожи, сделана биопсия.

Микропрепараты пересмотрены в Национальном центре проблем туберкулеза - данных за спецпроцесс не выявлено. Пациент по согласованию переведен в Национальный центр проблем туберкулеза для пробного противотуберкулезного лечения, где находился с 30 марта по 22 июня 2006 года. Эффекта от лечения не было.

Результат повторной биопсии от 11 апреля 2006 года: гистиоцитоз X (болезнь Хэнд-Шюллера-Крисченса), рекомендовано лечение по месту жительства совместно с онкологами.

За период с 2007 по 2011 годы, несмотря на проводимое лечение в областном кожно-венерологическом диспансере и в клинике НИКВИ кортикостероидными гормонами, цитостатиками, симптоматическими средствами, положительной динамики не было, язвенно-некротический процесс распространялся на другие участки с увеличением глубины поражения, разрушением кончика носа и носовой перегородки, изъязвлением кожи мошонки (фотографии прилагаются). Самочувствие больного не страдает, повышение температуры не отмечается, периферические лимфоузлы незначительно увеличены, подвижные, печень и селезенка не увеличены. Общеклинические и биохимические анализы крови без отклонений от нормы.

С целью уточнения диагноза, учитывая отсутствия характерных для ретикулогистиоцитоза лихорадки, гепатоспленомегалии

генерализованным увеличением лимфатических узлов, поражением лёгких и лизиса плоских костей, изменений в анализах крови, проведена повторная биопсия.

Микропрепараты осмотрены комиссионно врачами гистологами противотуберкулезного, онкологического диспансеров и врачами патологоанатомического отделения городской больницы №1. Заключение от 27 мая 2011года: Кожный ретикулогистиоцитоз с изъязвлением в сочетании с вторичным неспецифическим воспалением. Данных за туберкулез нет.

По литературным данным этиология ретикулогистиоцитоза не известна, в лечении используются цитостатики в сочетании с кортикостероидными гормонами, но эффект незначительный. В настоящее время больной выехал на лечение в госпиталь КНР. По возвращении будет продолжено диспансерное наблюдение за больным.

Литература:

1. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах.-2 изд. перераб и доп. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н.Мордовцева. 1999.

2. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. Под ред. Проф.Б.А. Беренбейна, проф. А.А. Студницина.1989 .

3. Кожные и венерические болезни. Справочник. Под редакцией О.Л.Иванова. 1997.

КОНСУЛЬТАТИВНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОЕЗД «ДЕНСАУЛЫК» В ПАВЛОДАРСКОМ РЕГИОНЕ

Величко Л.Т.

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница»

Передвижной консультативно-диагностический поезд «Денсаулык» был создан по поручению Премьер-министра РК Карима Масимова, МЧС совместно с Министерством здравоохранения и АО «НК КТЖ». Организатором и исполнителем проекта стали

правление и медицинские работники АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф».

АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» МЧС РК представлено Центральным аппаратом Общества,