Общие сведения о пациенте.

ФИО : Алифанова Галина Ивановна.

Возраст: 56 лет.

Место жительства : г. Москва.

Профессия: инженер конструктор, в данный момент на пенсии, подрабатывает уборщицей.

Дата поступления в стационар: 6 сентября 2002г.

Дата курации: 20 сентября 2002г.

Диагноз при поступлении: Демодикоз.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит.

Жалобы в день курации:

Покраснение, бугорки и мелкие образования с прозрачной жидкостью в симметричных областях лица: на крыльях носа, на щеках , на височных областях, сопровождающиеся умеренным зудом. Ощущения стянутости кожи.

Анамнез жизни.

С детства росла и развивалась нормально, болела редко, преимущественно простудными заболеваниями. Закончила школу и получила среднее техническое образование. После этого сразу начала работать инженером-конструктором и проработала до 47 лет. Работа была физически несложная и не связанная с профессиональными вредностями. С 47 лет начала работать уборщицей, в связи с чем подвергалась воздействию пыли, большой физической нагрузке и интенсивно потела. В 50 лет пережила очень сильный стресс в связи с гибелью сына. Последние 6 лет живет одна. Жилищные условия нормальные, питание полноценное. Вредные привычки отрицает. Наследственность кожными заболеваниями не отягощена, мать умерла от инсульта в 1972 году, отец умер от легочной недостаточности в 1961году. Аллергии не отмечает.

Акушерско-гинекологический анамнез.

Первые роды в 1979 году, беременность, роды прошли нормально, аборт в 1988 году.

Анамнез заболевания кожи.

В 1967 году впервые появилось покраснение на крыльях носа, сопровождающееся легким зудом ,что связывает с длительным пребыванием на солнце и физической нагрузкой. Но после ликвидации данных факторов покраснение не исчезло. Пациентка смазывала участки покраснения раствором салициловой кислоты, но эффекта не было. До 47 лет характер покраснения и субъективных ощущений почти не менялся. Немного росла интенсивность окрашивания летом, а зимой наоборот спадала. Но в 47 лет, когда пациентка начала работать уборщицей, покраснение появилось еще и на висках, и по контуру роста волос головы. Помимо покраснения отметила появление бугорков размером от 2мм до 5мм., плотных , гладких на ощубь, красного цвета. Крупных бугорков ( с горошину ) было не более 3 штук, а вокруг обильно располагались мелкие. В 2000 году обратилась в кожный диспансер по месту жительства, где пациентку обследовали , был поставлен диагноз «Демодикоз» и назначено лечение: метрогил, трихопол, противоаллергические препараты. Первый год покраснение и высыпания уменьшились, но затем появились снова. Помимо этого на бугорках начали появляться «пузырьки» с прозрачной жидкостью. Пациентка снова обратилась к врачу, который направил ее в клинику ММА им.Сеченова .

Здесь назначили смазывать очаги поражения ихтиоловой мазью, салициловой кислотой. После двух недель лечения «пузырьки» стали подсыхать, образовывались корочки. Новых «пузырьков» не возникало ,бугорки почти исчезли. После этого назначили смазывать очаги покраснения серной мазью, одновременно принимать нистатин , эритромицин, витамин Е. Места, где образовались корочки, смазывать жирным кремом.

Общий статус.

Общее состояние удовлетворительное, кожа вне очагов бледная, тургор нормальный, потоотделение в норме, салоотделение повышено, дермографизм отрицателен, волосы в норме, ногти не изменены. Слизистые оболочки нормального цвета и влажности. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, лимфатические узлы не увеличены, костно-суставная система в норме. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечает покалывания в области сердца при физической нагрузке, АД 120.80, пульс 70 уд.мин.

Легочная система- патологии нет.

Зубы без патологии, миндалины в норме, со стороны ЖКТ – хронический гастрит с 20 лет, на данный момент жалоб нет. Печень в норме. Почки, мочевыводящие пути – норма.

Сон хороший, рефлексы в норме. Зрение, слух, обоняние, вкус без изменений.

# Локальный статус

.Поражение кожи воспалительного хронического характера. Сыпь обильная, локализуется преимущественно на симметричных частях лица : на висках, щеках, на носу. Кожа туловища свободна от высыпаний.

Сыпь симметрична, полиморфна, представлена первичными морфологичными элементами :эритемой, телеангиоэктазиями, папулами и пустулами, и вторичными: корками. Эритема занимает всю зону поражения ,имеет неправильные очертания, плоскую форму, резко отграничена от интактной кожи, насыщенного касного цвета, ее поверхность гладкая, плотноватой консистенции. Величина папул от булавочной головки до размера с горошину ( преобладают мелкие папулы), величина пустул 1-3мм. Форма папул полушаровидная, а пустул коническая, они имеют округлые очертания. Папулы ярко-красного цвета, с шероховатой поверхностью, плотной консистенции. Пустулы розовые с желтоватым содержимым, с гадкой поверхностью, мягкой консистенции.Крки плосие, округлые, желтоватые, шероховатые, деревянистой консистенции.. Телеангиоэктазии около3мм, плоской формы, с неправильными очертаниями, красного цвета, гладкой поверхностью, мягкой консистенции.. Корки не превышают 4мм.

Высыпания располагаются равномерно, преобладает эритема, на фоне которой видны немногочисленные папулы и пустулы, многие из которых покрыты корками.

Диагностических фенгоменов не обнаружено. Слизистые оболочки не поражены, волосы и ногти без изменений .

Субъективно пациентка ощущает умеренный зуд и эффект стянутости кожи.

Клинический диагноз: Розацеа, инфильтративно-пустулезная стадия.

 Лабораторные исследования:

Общий анализ мочи. 11.09.2202.

 Кол-во---------210мл

Цвет-------------сол-желтый

Реакция pH-----8

Уд.вес------------1022

Прозрачность---------неполная

Белок--------------------следы

Сахар----------------нет

Ацетон---------------нет

Желчные пигменты---нет

Уробилин-------------норма

Лейкоциты------------0,1-2

Эритроциты-----------1-3

Слизь, бактерии-------много

Обоснование диагноза.

Как известно данному заболевания способствует ряд факторов, таких как нарушение функции ЖКТ, климактерический синдром. Так же его могут спровоцировать инсоляция, тяжелая физическая нагрузка. Из данных анамнеза курируемой пациентки мы выявили факторы, провоцирующие данное заболевание: хронический гастрит с 20-летнего возраста, наступления климактерического периода, тяжелая физическая работа, которая несет в себе такие профессиональные вредности, как пыль, потливость.

Возникновение и течение данного заболевания усугубляется активным размножением клеща demodex folliculorum, большое количество которого и было обнаружено у пациентки при исследованиях. Особенностями клинической картины являются наличие таких морфологических элементов, как множественные телеангиоэктазии, папулы и пустулы и локализация морфологических элементов сыпи на лице и на носу, что обнаружено у курируемой пациентки. По скольку на момент курации в основном видна эритема застойно-красного цвета и кожа с бугристой поверхностью , то мы можем утверждать что заболевание перешло в продуктивную стадию.

Дифференциальный диагноз.

Помимо розацеи, под подозрения попадают схожие по проявлениям заболевания, такие как вульгарные угри и аллергический дерматит. По этиологии вульгарные и розовые угри имеют общие факторы для их возникновения, а именно себорея, патология ЖКТ, что присутствует у пациентки на основании данных анамнеза. При аллергическом дерматите, так же как и при розацее определенную роль для его возникновения играют аллергенные факторы, например пыль, действию которой пациентка часто подвергалась до начала заболевания. По клинической картине для вульгарных угрей и для розацеи характерно появление папуло-пустулезных элементов, что присутствует у пациентки.

Но и хорошо заметны отличия данных заболеваний. При вульгарных угрях характерно наличие комедонов, вокруг которых и формируются папулы и пустулы. Они располагаются не только на лице, но и других себорейных зонах Однако у нашей пациентки мы наблюдаем иную клиническую картину , при которой на фоне эритемы , телеангиоэктазии возникают папулы и пустулы, что характерно для розацеи.. Следовательно мы можем отвергнуть предположения о том что это вульгарные угри.

Аллергический дерматит проявляеьтся эритемой, отеком и многочисленными микровезикулами, которые вскрываются, оставляя мокнущие эрозии. Но у курируемой пациентки такой клинической картины не обнаружено, следовательно это не аллергический дерматит. В пользу этого утверждения можно упомянуть отсутствие аллергий, что мы выявили из анамнеза.

Лечение.

Лечение должно быть направлено на коррекцию патологии, на фоне которой развился дерматоз, а именно лечение хронического гастрита. Следует исключить воздействие на оргпнизм пыли, прилив крови к лицу ( не находится у горячей плиты, отказаться от приема горячей пищи и не изнурять себя физической нагрузкой). Необходимо соблюдение диеты: исключить алкоголь, кофе, пряности, острые блюда, уменьшить долю жиров в употребляемой пище. Внутрь назначить антибиотики тетрациклинового ряда, эритромицин, синтетические ретиноиды.

Назначить ангиопротекторы, чтобы защитить от повреждения сосуды : теоникол, тренал., также беллоид, витамины B,A,C,E.

Наружно 2-5% пасты с нафталаном, ихтиолом, дегтем, трихополовую мазь, ретиноиды.

Будут полезны криомассаж, электрокоагуляцияю

 Московская медицинская академия им. Сеченова.

 Кафедра кожных и венерических болезней.

 ***История болезни***.

Пациент: Алифанова Галина Ивановна.

Диагноз: Розацеа. Пролиферативно-пустулезная стадия.

 Куратор: Исмаилова Зарифа Эльдаровна.

 Студентка 4 курса, лечебного фак.,

 28 группы.

 Преподаватель: