Министерство здравоохранения РФ

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Зав. кафедры: профессор Танков Ю.П.

Преподаватель: Антипов В.Н.

История болезни

Больная:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

Основное заболевание: микроспория волосистой части головы,

стрептококковое импетиго

Куратор: студент 419 гр.

Богданов Д.С.

Время курации: 3.12-8.12.2008 г.

Барнаул 2008 г.

**Установление клинического диагноза**

**Общие сведения о больной**

Ф.И.О. больной:\_\_\_\_\_\_

Пол: Женский

Возраст: 4 года

Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_

МДОУ детский сад №211

Дата поступления в клинику: 17.11.08

Клинический диагноз: микроспория волосистой части головы, стрептококковое импетиго.

**Жалобы:**

На очаг обломанных волос, в теменной области, размером около 4 см в диаметре, с округлым очертанием, четкими границами (кожа в области очага густо покрыта муковидными чешуйками).

На появление тонкостенных, величиной с булавочную головку, заполненных прозрачной жидкостью пузырьков расположенных на лице. На месте вскрывшихся пузырьков образование светло-желтых тонких корочек.

**Anamnesis morbi:**

Первые признаки заболевания проявились 15 ноября 2008 г, при расчесывании волос в теменной области отмечалось сплошное обламывание волос на ограниченном участке кожи. На этом же участке появилось пятно диаметром около 4 см в диаметре, с мелкими, белыми, шелушащимися чешуйками. Госпитализирована в Алтайский краевой кожно-венерологический диспансер была 17 ноября 2008г.

19 ноября появились тонкостенные, величиной с булавочную головку, заполненные прозрачной жидкостью пузырьки, расположенные в области носогубного треугольника. Позже на месте вскрывшихся пузырьков образовались светло-желтые тонкие корочки.

**Anamnesis vitae:**

Родилась 5.04.2004 г доношенной в г. Барнауле. В умственном и физическом развитии от сверстников не отстает.

Проживает в частном доме. Из домашних животных имеется собака и кошка.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, туберкулез, сифилис, венерические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузий не проводилось. Наследственность не отягощена.

**Status praesens communis:**

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Выражение лица спокойное, поведение адекватное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Рост больной 110 см, вес 18 кг. ИМТ=15 кг/м2.

Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, над- и подключичные, локтевые, паховые) не пальпируются, пальпация областей проекции лимфатических узлов безболезненна.

Мышцы умеренно развиты, симметричны с обоих сторон. Тонус мышц не снижен. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотней не обнаружено.

Костно-суставной аппарат: Деформаций костей и болезненности при поколачивании не выявлено. Суставы нормальной конфигурации, не увеличены, при пальпации безболезненны, отёка и гиперемии близлежащих тканей нет. Объем активных и пассивных движений полный, болезненности при движении не отмечается.

**Система органов дыхания**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 16/мин., дыхание смешанное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание в норме, в симметричные участки легких проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание; побочных дыхательных шумов не обнаружено.

**Сердечно-сосудистая система**

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 78 ударов/мин. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

**Система пищеварения**

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет. Стул не изменен.

Зев, миндалины, глотка без изменений. Форма живота округлая.

Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации - живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого легкого, нижняя проходит по правой реберной дуге

Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Аускультативно перистальтические шумы обычные.

**Мочеполовые органы**

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

**Эндокринная система**

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются.

Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

**Нервная система и органы чувств**

Память, сон не нарушены. Отношение к болезни адекватное. Нарушений вкуса, обоняния , слуха и зрения нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

**Status specialis:**

Видим здоровые участки кожного покрова розовой окраски, чистые, умеренно влажные и эластичные, рисунок не усилен, кровенаполнение достаточное. Кожа теплая.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет.

Ногти на руках правильной формы, розового цвета с естественным блеском. Деформаций и утолщений нет.

Салоотделение, потоотделение в норме.

Эритема стыдливости не наблюдается.

В теменной области волосистой части головы имеется резко отграниченный очаг поражения правильной округлой формы, размерами около 4 см в диаметре. Первичный морфологический элемент в очаге: слабо выраженная воспалительная эритема розоватого цвета, с резкими границами. Вторичный морфологический элемент в очаге: отрубевидные чешуйки серовато-белого цвета. В очаге отмечается сплошное обламывание волос на высоте 3-4 мм над кожей, пораженные волосы окружены серовато-белым налетом.

На лице тонкостенные, величиной с булавочную головку, заполненные прозрачной жидкостью пузырьки. На месте вскрывшихся пузырьков светло-желтые тонкие корочки. Первичный морфологический элемент: фликтена. Вторичный морфологический элемент: неправильной формы корка.

**Предварительный диагноз:**

Учитывая:

- жалобы больной на очаг обломленных волос, в теменной области, размером около 4 см в диаметре, с округлым очертанием, четкими границами (кожа в области очага густо покрыта муковидными чешуйками),

- анамнез жизни больной - наличие дома собаки и кошки,

- объективный осмотр - в теменной области волосистой части головы был обнаружен резко отграниченный очаг поражения, правильной округлой формы, размерами около 4 см в диаметре.

- первичным морфологическим элементом в очаге является слабо выраженная воспалительная эритема розоватого цвета, с резкими границами,

- вторичный морфологический элемент в очаге является отрубевидные чешуйки серовато-белого цвета.

 - в очаге отмечается сплошное обламывание волос на высоте 3-4 мм над кожей (пораженные волосы окружены серовато-белым налетом),

Можно предположить, что это микроспория волосистой части головы.

На основании жалоб больной на появление тонкостенных, величиной с булавочную головку, заполненных прозрачной жидкостью пузырьков расположенных на лице и образование светло-желтых тонких корочек на месте их вскрытия - можно предположить, о наличии стрептококкового импетиго.

На основании выше перечисленного можно поставить предварительный диагноз: Микроспория волосистой части головы. Стрептококковое импетиго.

**Дополнительные методы исследования:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Исследование крови на RW
4. Микроскопическое исследование
5. Люминесцентное исследование
6. Культуральное исследование
7. Биохимический анализ крови ( АлАТ, АсАТ)

Общий анализ крови: Эритроциты 4,6 х 1012, гемоглобин 130 г/л, тромбоциты 280 х 109, лейкоциты 10 х 109, СОЭ 8 мм/ч, нейтрофилы 45%, лимфоциты 44%, моноциты 9%, эозинофилы 1%, базофилы 0%.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, уд. вес 1010г/л Белок, глюкоза, эритроциты, лейкоциты отсутствуют.

RW - отрицателен.

Люминесцентное исследование: зеленое свечение под лампой Вуда.

Микроскопическое исследование: в волосах найдены мелкие споры, расположенные внутри и вне волоса. В чешуйках нити мицелия.

**Дифференциальный диагноз:**

В виду наличия ряда заболеваний, клиника которых сходна с клиникой, наблюдаемой у больной, проводится дифференциальная диагностика:

1. Поверхностная трихофития
2. Псориаз
3. Гнездная алопеция

Для поверхностной трихофитии характерно поражение волосистой части головы в виде крупных или мелких очагов без резких воспалительных явлений, с неровными, нечеткими границами, неправильно округлой формы, покрытых отрубевидными чешуйками; волосы в очагах вовлекаются не сплошь, а имеется их разрежение; обламывание волос происходит низко – на 1-2 мм от уровня кожи; в лучах лампы Вуда зеленое свечение не отмечается.

Учитывая несоответствие клиники поверхностной трихофитии клинике, наблюдаемой у больной, данный диагноз исключается.

Для псориаза при поражении волосистой части головы характерно диффузное шелушение или резко отграниченные наслоения чешуек, часто захватывающие окружающую, гладкую кожу; волосы никогда не поражаются; поражение имеет очаговый характер, располагаясь на затылке, висках, темени, в виде четко возвышающихся бляшек; при этом характерными являются симптом псориатической триады, изоморфная реакция; в лучах лампы Вуда зеленое свечение не отмечается.

Учитывая несоответствие клиники псориаза клинике, наблюдаемой у больной, данный диагноз исключается.

Для гнездной алопеции характерно выпадение волос в виде очагов с правильными округлыми очертаниями, четкими границами, склонностью к периферическому росту; в период прогрессирования болезни хорошо определяется краевая зона расшатанных, легко удаляемых волос; кожа пораженных очагов иногда вначале слегка гиперемированная, а затем вялая, сглаженная, атрофичная, блестящая, напоминающая по внешнему виду слоновую кость; отрастают волосы от центра к периферии, волосы сначала тонкие, атрофичные, обесцвеченные; в лучах лампы Вуда зеленое свечение не отмечается.

Учитывая несоответствие клиники гнездной алопеции клинике, наблюдаемой у больной, данный диагноз исключается.

**Клинический диагноз:**

Исходя из данных дополнительных методов исследования, предварительный диагноз подтверждается полностью.

**Этиология и патогенез:**

Заболевание вызывается грибами рода Microsporum, имеющими мелкие споры. Этиологическая роль различных видов рода Microsporum в патологии человека и животных неоднозначна. На территории России микроспория вызывается зоофильным М. canis и более контагиозным, хотя и менее распространенным, антропофильным М. ferrugineum. Основными источниками М. canis служат кошки (особенно котята) и собаки, передача возбудителя от которых происходит обычно при непосредственном контакте; заражение возможно через предметы и вещи, загрязненные чешуйками и волосами, содержащими грибы. Источником М. ferrugineum является только больной человек, чаще ребенок. Пути передачи зоофильных и антропофильных микроспорумов от больного человека здоровому в семье, парикмахерских и детских коллективах такие же, что и возбудителей поверхностной трихофитии. Микроспория – болезнь детского возраста, встречается у детей от 4 до 11 лет, но могут болеть молодые женщины с тонкой и нежной кожей. В развитии заболевания имеют значение гиповитаминозы, иммунодефицитные состояния, несоблюдение правил личной гигиены. Инкубационный период составляет 3–7 дней.

**Лечение:**

I.

Лечение стационарное. Режим общий.

II.

1. Проводить еженедельное бритьё волос, пораженные волосы удаляются пинцетом под контролем лампы Вуда.

2. Общая терапия:

Rp.: Griseofulvini 0,125

D. t. d. N 60 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

3. Наружная терапия

Rp.: T-rae Iodi 2% 10,0

D.S. Смазывать очаги поражения по утрам.

Rp.: Ac. salicylici 2,0

Sulfuris pp 5,0

Vaselini ad 100,0

M.f ung.

D.S. Смазывать поражённые участки по вечерам.

**Дневник:**

3.11.2008

Пульс – 78/мин

АД- 120/80

Частота дыхания - 15/мин

Температура тела - 36.6

Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Наблюдается положительная динамика. Уменьшение очага поражения. Наличие корок на лице.

4.11.2008

Пульс – 76/мин

АД- 120/80

Частота дыхания - 14/мин

Температура тела - 36.6

Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Наблюдается положительная динамика. Начали отторгаться корочки на лице.

5.11.2008

Пульс – 78/мин

АД- 120/80

Частота дыхания - 15/мин

Температура тела - 36.6

Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Наблюдается положительная динамика. Корки отторгаются, на их месте видны свежие заэпителизированные розовые участки кожи.

8.11.2008

Пульс – 74/мин

АД- 120/80

Частота дыхания - 14/мин

Температура тела - 36.6

Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Наблюдается положительная динамика. Корок нет, на их месте видны свежие заэпителизированные розовые участки кожи.

Проведены микроскопические исследования волос и чешуек - грибы не обнаружены. Зеленое свечение под лампой Вуда.

**Список литературы**

1. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей / Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницына. - М.:Медицина, 1989.

2. Кожные и венерические болезни. Владимиров В.В., Зудин Б.И.. Атлас. - М.: Медицина, 1980.

3. Кожные и венерические болезни / под ред. О.Л. Иванова - М.: Шико, 2006.

4. Кожные и венерические болезни / под ред. Е.В. Соколовского - Санкт-Петербург: Фолиант, 2006.

5. Лекарственные средства. Справочник / под ред. М.А. Клюева. - М.: Агентство Книжный Дом Локус, Гомель: Агентство "РИД", 1995.

6. Лекарственные средства. Машковский М.Д.. Изд. 8-е, перераб. и дополн. - М.: Медицина, 1977, т. I, II.