***История болезни***

***Клинический диагноз:*** *Обыкновенные угри (acne vulgaris). Конглобатная форма. Тяжелой степени.*

***Осложнения:*** *не выявлено*

***Сопутствующие заболевания:*** *не выявлено*

**1. Жалобы больного при поступлении в клинику**

На покраснение, жирность кожи, уплотнения с гнойным содержимым на коже лица, груди, спины. Ощущения стянутости кожи. Болезненность при надавливании.

**2. История настоящего заболевания**

Заболел в декабре 2013 года, когда появились высыпания на лице в области щек и лба, а так же на спине. Высыпания имели вид узлов, пузырьков с молочно белым содержимым вокруг них имелось покраснение, а так же отмечает появления черных точек. Начало заболевания связывает с отдыхом в Тайланде в ноябре 2013 года. Обратился к дерматологу г. Находка, амбулаторно лечился в течении двух недель (названия лекарственных веществ больной не помнит), положительного эффекта не наблюдалось, появились новые высыпания на спине и лице. Был направлен в детскую хирургическую больницу г. Владивосток. 15.04.2014 поступил в ГБУЗ «КДКБ №1» ЭХО №2. В условиях стационара получал лечение местно в течении двух недель, отмечает ухудшение состояния (появились высыпания в верхней части груди). 30.04.2014 больной был направлен в ГАУЗ «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер», где в данный момент проходит лечение.

**. История жизни больного**

Родился 15.07.2001 года в г. Находка, в срок. Единственный ребенок в семье. Физически и психически развивался нормально. Со слов больного ходить, говорить, посещать школу начал своевременно. В 2007 году пошел в первый класс. В данный момент обучается в школе №14 г. Находка, 7 классе. Последние 4 года занимается в футбольной секции. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные: однокомнатная квартира. Живет с родителями.

Алиментарный анамнез: питания регулярное, количество умеренное, хорошего качества, домашнее, без избытка солей и жиров.

Перенесенные заболевания: В 2011 году перенес пневмонию, 2012 имел место перелом левой малоберцовой кости.

Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает, ОРЗ нечасты (не более 1 раза в год). Оперативные вмешательства отрицает.

Семейный анамнез: Отец, мать последние 5 лет за медицинской помощью не обращались.

Наследственность: У матери в момент полового созревания наблюдались высыпания (узелки, папулы, везикулы) на коже лица, спины.

Бабушка болела сахарным диабетом.

Эпидемиологический анамнез: в ноябре 2014 года в течении 3 недель находился в Тайланде.

Привычные интоксикации: больной не курит, спиртные напитки не употребляет. Употребление наркотиков и сильнодействующих препаратов отрицает.

Аллергологический анамнез: Все лекарственные средства переносит хорошо. На пыльцу, шерсть животных, домашнюю пыль аллергии нет. Продукты и напитки больной переносит хорошо, на запах цветов и косметических препаратов не реагирует.

**. Объективное исследование или настоящее состояние больного**

***Общий осмотр больного.***Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное, выражение лица спокойное, телосложение правильное, конституциональный тип: астеник (эпигастральный угол острый). Рост = 170 см, вес = 53 кг.

Питание больного: хорошее. ИМТ = вес(кг)/рост2(м2) = 53 кг/2,89м2 = 18,3 кг/м2 (уровень нормы ИМТ).

Кожные покровы: Имеются высыпания на коже лица, груди, спины. Кожные покровы вне очагов бледно-розового цвета; тургор кожи сохранен; влажность обычная, шелушение отсутствует. Слизистые оболочки бледно-розовые, без сыпи. Отеки отсутствуют.

Лимфатические узлы: Затылочные, подчелюстные, задние шейные, передние шейные, околоушные, подбородочные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышечная система: развита пропорционально. Тонус мышц сохранен. Болезненность при пальпации и движении отсутствует, дрожание или тремор отдельных мышц не наблюдается.

Кости: Наблюдается сколиоз грудного отдела позвоночника. Грудная клетка астенического типа. Пальцы в виде барабанных палочек, изменения концевых фалангов пальцев не наблюдается.

Суставы (межфаланговые, плечевые, локтевые, лучезапястные, тазобедренные, коленные, голеностопные и др.) нормальной конфигурации, местное повышение температуры и гиперемии в области суставов не наблюдается. Объем движений сохранен, движения свободные, болезненность, хруст, флюктуация отсутствуют.

***Специальный осмотр (осмотр отдельных органов)***

Голова правильной округлой формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны, надбровные дуги умеренно выражены. Тип оволосения головы и лица по мужскому типу, выпадение и поседение волос отсутствует.

Ширина глазной щели обычная, коньюктива бледно-розового цвета, влажная, чистая. Зрачки небольшой круглой формы, симметричные, реакция на свет прямая, содружественная, блеск газ умеренный, слезотечения нет, конвергенция не нарушена.

Нос не деформирован, искривлений носовой перегородки нет, слизистая бледно-розового цвета, умеренно влажная, выделения отсутствуют.

Губы влажные, бледно-розового цвета; трещин и язв в углах рта нет, сглаженности каймы губ не обнаружено.

Шея симметричная, щитовидная железа в размерах не увеличена, пальпируется в виде тонкой, эластичной пластинки (перешеек железы), ниже перстневидного хряща. При пальпации мягкой и эластичной консистенции, поверхность гладкая, железа безболезненная, не спаяна с подлежащими тканями.

***Органы дыхания.***

***Осмотр грудной клетки.***

Статистический осмотр: Наблюдается небольшое увеличение молочных желез. Грудная клетка астенического типа, надключичные ямки умеренно выражены, лопатки плотно прилегают к грудной клетки. Наблюдается сколиоз грудного отдела позвоночника.

Динамический осмотр: обе половины грудной клетки участвуют в дыхании. Дыхание смешанного типа, ритмичное, обычной глубины, без участия вспомогательной мускулатуры, частотой 18 раз в минуту.

***Пальпация грудной клетки.***Грудная клетка эластична, безболезненная. Ширина межреберных промежутков около 2 см. Голосовое дрожание одинаково проводится над всей поверхностью легких.

***Сравнительная перкуссия легких.*** *Над всей поверхностью легких* выявлен ясный, легочный перкуторный звук во всех симметричных областях.

Топографическая перкуссия легких по методу Сокольского

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *правое легкое* | *левое легкое* |
| *Окологрудинная линия* | *верх. край VI ребра* | *Не определяют* |
| *Среднеключичная линия* | *VI межреберье* | *Не определяют* |
| *Передняя подмышечная линия* | *VII межреберье* | *VII межреберье* |
| *Средняя подмышечная линия* | *VIII межреберье* | *VIII межреберье* |
| *Задняя подмышечная линия* | *IX межреберье* | *IX межреберье* |
| *Лопаточная линия* | *X межреберье* | *X межреберье* |
| *Около позвоночная линия* | *XI межреберье* | *XI межреберье* |
| *Ширина полей Кренинга* | *5 см* | *5 см* |
| *Высота стояния верхушек легких спереди* | *3 см* | *3 см* |
| *Высота стояния верхушек легких сзади* | *На уровне остистого отростка VII шей. позвонка* | *На уровне остистого отростка VII шей. позвонка* |

Подвижность нижнего края легких по всем опознавательным линиям - 5 см.

***Аускультация легких*.** При сравнительной аускультации по всем топографическим линиям грудной клетки над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

Над гортанью, трахей и в местах бифуркации трахеи над грудной клеткой выслушивается бронхиальное дыхание. Над правой верхушкой выслушивается смешанное дыхание.

***Органы кровообращения.***

***Осмотр области сердца.***Выбухания грудной клетки над областью сердца (сердечный горб) не обнаружено, сердечный толчок отсутствует, верхушечный толчок визуально не определяется. Других патологических пульсаций (аневризмы аорты и легочного ствола, аневризмы сердца) не выявлено.

***Пальпация.***Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. У больного верхушечный толчок нормальной высоты и силы не резистентный, составляет около 2 см в диаметре. Сердечный толчок не определяется. Симптом «кошачьего мурлыкания» в области верхушки и основания сердца не определяются.

***Перкуссия сердца***

1. Границы относительной тупости сердца (метод тихой перкуссии):

правая граница: в IV межреберье по правому краю грудины;

верхняя: на уровне III межреберья слева;

левая: в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

. Контуры сердечно-сосудистого пучка:

а) Правого (справа от грудины от I до IV межреберья)

в I-III межреберьях контур отстает от передней срединной линии на 3 см;

в IV межреберье граница контура отстоит от передней срединной линии на 4 см.

б) Левого (слева от грудины, с I по V межреберья)

в I-II межреберьях граница контура отстоит от передней срединной линии на 3 см;

в III межреберье граница контура отстоит от передней срединной линии на 3,5 см;

в IV межреберье граница контура отстоит от передней срединной линии на 5 см;

в V межреберье граница контура отстоит от передней срединной линии на 7 см.

. Конфигурация сердца: нормальная

. Размеры сердца:

а) Длинник сердца = 13 см

б) Поперечник сердца = 12 см

в) Ширина сердца = 9 см

г) Высота сердца = 8 см

д) Ширина сосудистого пучка во II межреберье = 6 см.

. Определение границ абсолютной тупости сердца (метод тишайшей посредственной перкуссии по Гольдшайдеру, с установкой пальца по Плешу).

а) Правая - 4 межреберье по левому краю грудины.

б) Верхняя - по нижнему краю IV ребра

в) Левая - на 1,5 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

***Аускультация сердца***

Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные

Патологические шумы: отсутствуют.

Ритм сердца правильный. ЧСС 80 ударов в минуту.

***Исследование артериального пульса***

При пальпации лучевой артерии на правой и левой верхних конечностях разницы по наполнению, величине и времени появления пульсовых волн (рulsus differens) не выявлено. Стенка лучевой артерии эластичная. Частота пульса - 80 в минуту. Ритм правильный. Пульс нормального напряжения и наполнения, равномерный, нормальной формы. Дефицит пульса отсутствует.

***Органы пищеварения и брюшной полости***

***Осмотр полости рта.***Язык: влажный, розовый без налета. Десны: розового цвета, кровоточивости, изъязвления, рыхлости не отмечается. Зубы: белого цвета, без кариеса и налета. Слизистая оболочка зева: розового цвета, влажная, без налета, отечности, гиперемии не наблюдается; гнойные пробки на миндалинах отсутствуют. Углы губ без трещин, герпес не выявлен.

***Осмотр живота.***Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Вздутий живота не выявлено. Видимая перистатика и антиперистатика отсутствует. Расширенных подкожных вен, метеоризма, грыж и расхождения прямых мышц живота не выявлено.

***Поверхностная ориентировочная пальпация живота по Образцову-Стражеско и Василенко***

Кожа живота эластичная, тургор сохранен. Пальпация безболезненная, симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга отрицательный. При пальпации слабых мест передней брюшной стенки грыж и расхождения прямых мышц живота не выявлено. Симптом флюктации отсутствует.

***Глубокая скользящая топографическая методическая пальпация кишечника и желудка по Образцову-Стражеско и Василенко.***

. Пальпация сигмовидной кишки: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, эластичного, безболезненного цилиндра, диаметром около 2 см, не урчащий.

. Пальпация слепой кишки: в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого, эластичного, безболезненного цилиндра, диаметром около 3 см, подвижность. Отмечается урчание.

. Пальпация поперечно-ободочной кишки:

Пальпируется в виде гладкого, эластичного, безболезненного, умеренно плотного тяжа, диаметром около 3 см. Не урчащий.

. Пальпация восходящей части ободочной кишки (бимануальная пальпация): не пальпируется.

. Пальпация нисходящей части ободочной кишки (бимануальная пальпация): в левом фланке пальпируется нисходящий отдел ободочной кишки в виде гладкого, эластичного, безболезненного тяжа, диаметром около 3 см, подвижен. Урчания нет.

. Пальпация желудка (проводится после определения границы): большая кривизна желудка пальпируется в собственно эпигастральной области, справа и слева от средней линии живота в виде дугообразной складки, мягкой консистенции на 2 см выше пупка, плеска нет. Малая кривизна не пальпируются.

***Пальпация поджелудочной железы, метод по Гротту.***Поджелудочная железа не пальпируется. Зоны Шафара, Губергрица-Скульского, Денсардена, Мийо-Робсона безболезненны. Симптомы поворота, Гротта, Френкеля и Керте отрицательны.

***Перкуссия живота*.** Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Симптом Менделя не выявлен. Определяется желудочо-кишечный тимпанический звук. Притупления звука в отлогих местах нет.

***Аускультация живота.***Выслушивается продолжительная, умеренно-выраженная перистальтика кишечника. Шум трения брюшины отсутствует. Систолический шум над брюшной аортой не выслушивается.

***Исследование печени.***При осмотре области проекции печени на переднюю поверхность грудной клетки, правого подреберья и эпигастральную область, ограниченного или диффузного выбухания нет. «Сосудистые звездочки», кровотечения, расширение анастомозов и кожных вен не выявлены.

Перкуссия печени по Курлову

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Топограф. линии* | *Правая передняя подмышечная* | *Правая срединно-ключичная* | *правая окологрудинная* | *левая реберная дуга* | *Передняя срединная* |
| *Верхняя граница печени* | *5 ребро* | *5 ребро* | *5 ребро* | *-* | *-* |
| *Нижняя граница печени* | *-* | *Ниж. край реберной дуги* | *9 см от мечевидного отростка* | *На уровне 7 и 8 ребра* | *Между верхней и средней 1/3 расстояния от меч. отростка до пупка* |

***Пальпация печени по Образцову-Стражеско и Василенко:*** край печенипальпируется в конце глубокого вдоха на 1 см ниже правой реберной дуги. Край мягкий, острый, безболезненный, ровный, бугристости нет. Пульсации не отмечается.

Размеры печени

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Срединно-ключичная* | *Передняя срединная* | *По левой реберной дуге* |
| *Расстояние между верх. и ниж. границами печени* | *Расстояние между верх. и ниж. границами печени* | *Соответствует нижней границе печени* |
| *10 см* | *8 см* | *7 см* |

***Исследование желчного пузыря*.** При дыхательных движениях выпячивания или фиксации области желчного пузыря не образуются. При поверхностной пальпации живота болезненность передней стенки отсутствует. При глубокой пальпации отмечается небольшая болезненность, желчный пузырь не определяется. Симптомы Крувуазье, Ортнера отрицательные.

***Исследование селезенки.***При осмотре выбухания в области проекции селезенки на левую боковую поверхность грудной клетки и левое подреберье отсутствуют. Селезенка не пальпируется. Перкуссия селезенки: 1) длинник - 8 см 2) поперечник составляет 5 см.

***Органы мочевыделения***

1) Осмотр. В области поясницы органических выпячиваний не выявлено.

) При пальпации в горизонтальном положении и в положении стоя (по Боткину) почки не пальпируются.

) Верхние, средние, нижние с вертикальной линией, мочеточниковые точки безболезненны.

) При перкуссии и пальпации мочевого пузыря орган не определяется.

***Исследование нервно-психической системы.***Сознание ясное. Интеллект нормальный. Речь ясная, правильная. Память хорошая. Координация движений не нарушена, походка свободная, судороги, параличи не беспокоят. Рефлексы сохранены. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц) отрицательны.

***Эндокринная система.***Щитовидная железа в размерах не увеличена, мягкой и эластичной консистенции, поверхность гладкая, безболезненная; не спаяна с подлежащими тканями. Глазные симптомы: экзофтальмные, Грефе (отставание глазного яблока при взгляде вниз), Мебиуса (слабость конвергенции), Дальримпеля (широкое раскрытие глазных щелей), Кохера (ретракция верхнего века при быстром переводе взгляда) не выявлены. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту, хорошо выражены. Изменений головы и конечностей, свойственных акромегалии нет. Ожирение, «стрии» не наблюдается. Пигментация кожных покровов, характерная для надпочечниковой недостаточности, отсутствует.

**. Локальный статус**

Поражение кожи острого воспалительного характера. Сыпь обильная локализуется на коже лица (височных области, областях лба и щек), верхней части грудной клетки, а так же по всей поверхности спины (себорейные зоны).

Сыпь симметрична, полиморфна, представлена первичными морфологичными элементами: эритемой, комедонами, узлами различного размера, папулами, пустулами. В основании элементов - воспалительная инфильтрация.

Вторичными: корками, чешуйкми, рубцами

Высыпания располагаются равномерно, преобладает эритема, на фоне которой видны многочисленные папулы и пустулы, многие из которых покрыты 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, некоторые папулы сливаются между собой и образуют конглобаты размером до 3 см, ярко-красного цвета, величина пустул 1-3 мм. Форма папул полушаровидная, а пустул коническая, они имеют округлые очертания. Папулы ярко-красного цвета, с шероховатой поверхностью, плотной консистенции. Пустулы красного с гнойно-геморрагическим содержимым, напряженные. Узлы овоидной формы, плотной консистенции, ярко розового цвета, около 2-3 см.

Корки плоские, округлые, желтоватые, шероховатые, деревянистой консистенции не превышают 5 мм.

Чешуйки мелкопластинчатые, располагаются рыхло, легко, безболезненно удаляются.

Рубцы плоские, размеры соответствуют предшествующим первичным элементам.

В области лба, щек наблюдается блеск, как результат гиперпродукции кожного сала(себорея).

Слизистые оболочки не поражены. Волосы густые, жесткие, присутствует жирный блеск, склеиваются образуя пряди.

Субъективно пациент ощущает эффект стянутости кожи, болезненность при пальпации элементов высыпания.

**. Предварительный диагноз**

***Клинический диагноз:*** *Обыкновенные угри (acne vulgaris).*

***Осложнения:*** *не выявлено*

***Сопутствующие заболевания:*** *не выявлено*

**7. План обследования**

*1.* Клинический анализ крови.

*2.* Общий анализ мочи.

*3.* Кал на яйца глистов.

*4.* ЭДС

*5.* Биохимический анализ крови

*6.* Бактериологический посев из очага поражения

*7.* Консультация гастроэнтеролога

*8.* Консультация эндокринолога.

***Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.***

1. Клинический анализ крови.

эритроциты - 4,3\*1012/л (Н=4,0-5,0\*1012/л)

лейкоциты - 5, 3\*109/л (Н=4,0-9,0\*109/л)

п/я нейтрофилы - 4% (Н=1-6%)

с/я нейтрофилы - 74% (Н=47-72%)

базофилы - 0,5% (Н=0-1%)

эозинофилы - 3% (Н=0,5-5%)

лимфоциты - 18% (Н=19-37%)

моноциты - 8% (Н=3-11%)

тромбоциты - 200\*109/л (Н=180-320\*109/л)

ретикулоциты - 3% (Н=2-10%)

цветовой показатель - 0,7 (Н=0,85-1,05)

гемоглобин - 150 г./л (Н=130-160 г./л)

СОЭ - 8 мм/ч (Н=2-10 мм/ч)

. Общий анализ мочи.

цвет - соломенно-желтый

прозрачность - полная

реакция - слабощелочная

удельный вес - 1,020 (н=1,001-1,040)

белок - нет

сахар - нет

эпителий - 1-2 в поле зрения

лейкоциты - 1-3 в поле зрения

. Кал на яйца глистов - отрицательный

4. ЭДС крови - реакция ЭДС отрицательна.

5. Биохимический анализ крови:

АСТ - 40 ед/л (Н=11 - 47 ед /л)

АЛТ - 30 ед/л (Н=7 -53 ед/л)

ЛДГ - 120 ед/л (Н= 90-280 ед/л)

Кеатинин - 75 мкмоль/л (Н=44-96 мкмоль/л)

Мочевина - 4,5 мкмоль/л (2,8 - 7,2 мкмоль/л)

Глюкоза - 4,5 ммоль/л (Н=3,3-5,5 ммоль/л)

. Бактериологический посев из очага поражения - возбудитель не обнаружен

. Консультация гастроэнтеролога: патологии ЖКТ не выявлено.

. Консультация эндокринолога: нарушений со стороны эндокринных органов не выявлено.

**8. Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Розовые угри | Пиодермия | Пустулезный сифилид | Угри обыкновенные |
| Патогенез | Патология ЖКТ, Нарушение нейроэндокринной регуляции. | Патогенность, вирулентность штамма кокков, экзогенные факторы (поверхностные травмы; загрязнения кожи; переохлаждение и перенагревание орг-ма) Эндогенные факторы (эндокринные расстройства, нарушение питания, углеводного обмена и др | Проявление вторичного сифилиса | Дисфункции желез внутренней секреции (гипофиза, надпочечников), нарушение функции вегетативной нервной системы, пищеварения, гиповитаминозы. Гиперфункция сальных желез (чрезмерное выделение андрогенов), Гиперплазия сальных желез, повышенное выделение кожного сала, ощелачивание среды, фолликулярный гиперкератоз, усиленное размножение различной микрофлоры. |
| Этиология | Demodex folliculorum, у женщин старше 40 лет, патология ЖКТ, нейроэндокринные нарушения | Стафилококки (St. aures, epidermites) Стрептококки (S. Pyogenes) Пневмококки, кишечная палочка и др | Treponema pallidum | Фолликулярный гиперкератоз, нарушение процессов кератинизации, дисбаланс липидов, гиперактивность сальных желез, нарушение циркуляции половых стероидных гормонов. |
| Морфоэлемент | Эритема, телеангиэктазии, узелки, пустула | Папулы, пустулы, фликтены, узлы, пузыри, эрозии | Папула, пустула | Комедоны, папулы, пустулы, рубцы |
| Симметрия | Присутствует | Отсутствует | Отсутствует | Присутствует |
| Распространенность | Преимущественно в области кожи щек, носа, лба, подбородка. Может поражаться конъюктива | Стафилококковые связаны с придатками кожи (волосяные фолликулы, потовые железы); Стрептококковые чаще на гладкой коже вокруг естественных отверстий (полость рта, носа) | Преимущественная локализация на коже волосистой части головы, в области поясницы, голеней. | В себорейных зонах (лицо, особенно Т-зона, грудь, спина) |

**9. Этиология и патогенез**

*Факторы обуславливающие первые проявления вульгарных угрей:*

o Фолликулярный гиперкератоз. Происходит усиление кератинизации и закупоривание роговыми чешуйками протока.

o Гиперплазия и гиперфункция сальных желез. Увеличение продукции сала коррелирует с тяжестью заболевания.

o Микробная колонизация. Ключевую роль в развитии воспаления играют *Propionibacterium acne*, грамположительные липофильные палочки. Гиперпродукция сала и закупоривание протока создают оптимальное условия для размножения микрофлоры.

o Воспаление сальной железы. Постоянное повреждение эпителия воронки волосяного фолликула энзимами *P.acne* приводит к поддержанию и распространению воспалительного процесса. Воспаление может выйти за приделы фолликула и вызвать попадание кожного сала и бактерий в дерму и гиподерму, что обуславливает многообразие клинических проявлений.

Данные факторы патогенеза андрогенозависимые, т.е. имеется прямая корреляция между уровнем мужских половых гормонов в крови и клиническими проявлениями.

Уровень секреции половых гормонов железами внутренней секреции, а так же чувствительность сальных клеток к гормонам генетически детерминированы. Известно, что чем тяжелее акне у родителей, тем ярче будут клинические проявления у детей.

*Провоцирующие факторы:*

ь Физиологические изменения

ь Питание

ь Инсоляция

ь Травмирование кожи

**10. Окончательный клинический диагноз и его обоснование**

На основании:

. жалоб больного: На покраснение, узлы, бугорки и мелкие образования с гнойным содержимым на коже лица, груди, спины. Ощущения стянутости кожи. Болезненность при надавливании.

. анамнеза: появление первых признаков заболевания в период полового созревания (13 лет), через несколько недель после возвращения из Тайланда (инсоляция, перемена климата, особенности национальной кухни).

. наследственного анамнеза: у мамы в период полового созревания наблюдались похожие высыпания.

. объективного обследования: Локализация высыпаний в себорейных зонах (лицо, грудь, спина), симметричное рассположение, наличие полиморфизма. Элементы представлены комедонами, папулами, пустулами, корочками, чешуйками, рубцами. Высыпания обильные (более 40 пустулезных элементов). Имеются конглобаты.

Можно выставить окончательный диагноз диагноз:

***Клинический диагноз:*** *Обыкновенные угри (acne vulgaris).*

*Конглобатная форма. Тяжелой степени.*

***Осложнения:*** *не выявлено*

***Сопутствующие заболевания:*** *не выявлено*

**11. Лечение**

*I. Режим.. Диета.. Медикаментозное лечение.. Физиотерапевтическое лечение.*

I. Режим.

Режим общий.. Питание.

Следует исключить в период заболевания потребление орехов, шоколада, газированных напитков, острых и богатых насыщенными жирами продуктов.. Медикаментозное лечение:

*1. Общее лечение:*

А) Антибиотикотерапия:

*Rp: Tab. Doxycylini hydrochloridi 0,1 №1*

*D.S. По 1 таблетке 2 раза в день в течении двух недель, затем по 1 раз в день в течении 6 недель.*

Б) Поливитамины:

*Rp: Tab. «Selmevit»*

*D.t.d №60*

*S. По 1 таблетке 1 раз в день.*

*. Наружное лечение:*

А) Антибактериальные средства:

*Rp: Sol. «Zinerit»*

*D.S.* C помощью аппликатора тонким слоем нанести на пораженные участки. 2 раза в день. В течении 8-12 недель

Б) Кератолитические средства:

*Rp: «Вasiron AC»*

*D.S*. 1 раз в день на сухую чистую кожу. Эффект можно ожидать через 3-4 недели после начала использования, стойкое улучшение - через 3 месяца лечения.

В) Нормализация кислотности поверхности кожи, растворение излишкек кожного сала.

*Rp.: Ac. citrici 10,0. aethylici 70% 100 ml*

*M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день.*

Г) Дезинфицирующий и маскирующие средства (для уменьшения эстетического дефекта):

*Rp.: Ac. borici 1,0pp. 2,0*

*Zinci oxydi Talci aa 20,0.D.S. Припудривать кожу лица 1-2 раза в день.*

IV. Физиотерапевтическое лечение.

*1. Фототерапия.*

**Фототерапия акне** - методика лечения угревой болезни с помощью локального воздействия на кожу световыми импульсными вспышками. Световые импульсы определенного спектра и длины волны вызывают нагрев тканей на пораженном участке кожи и запускают биохимические процессы, губительные для патогенных Propionibacterium Acnes. Курс фототерапии акне включает от 4 до15 процедур. Фототерапия акне может проводиться на любых участках лица и тела, а также эффективно сочетаться с другими методиками - мезотерапией, озонотерапией, химическими пилингами и пр. Результатом фототерапии акне является очищение и тонизация кожи, уменьшение продукции кожного сала, восстановление здорового и ровного цвета кожных покровов.

*2. Озонотерапия.*

**Озонотерапия** является специализированным направлением в косметологии, основанным на использовании лечебных свойств озона в целях омоложения и коррекции эстетических дефектов кожи. Методы озонотерапии, используемые в косметологии, вызывают тканевое насыщение кислородом, стимулируют иммунные, репаративные, барьерные, выделительные и влагоудерживающие свойства кожи. Для озонотерапии в косметологии используется медицинский озон, представляющий смесь в определенных пропорциях озона и кислорода.

**12. Профилактика**

угорь заболевание лечение симптом

ь Солнцезащитные средства (за исключением приготовленных на основе масел).

ь Исключение эмоциональных стрессов - нередко угри воспаляются при стрессе.

ь Ограничение шоколада, газированных напитков, острых и богатых насыщенными жирами продуктов.

ь Своевременно удалять излишки кожного сала.