**Паспортные данные:**

***Фамилия:*** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Имя:*** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Отчество:*** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

***Пол:*** женский

***Возраст:*** 13 лет

***Место жительства:*** г. Северск,

***Место работы:*** школьница

***Диагноз клинический:***

 ***А) основное заболевание:*** Бляшечная склеродермия. Индуративно-атрофическая стадия.

 ***Б)сопутствующие заболевания:*** Сахарный диабет 1 типа, стадия субкомпенсации. Гнездная алопеция.

***Дата поступления:*** 13.05.03.

**Анамнез данного заболевания**

**(Anamnes morbi)**

**Жалобы при поступлении:**

* уплотненный очаг диаметром 2,5 см в верхней трети задней поверхности предплечья левой руки;
* выпадение волос в затылочной и теменной области;

 **Начало и дальнейшее развитие данного заболевания:**

Считает себя больной с осенне-зимнего периода 2000-2001 года, когда впервые заметила появление на левом предплечье светло-розового очага диаметром около 5 мм с периферическим покраснением. Тогда значение этому не предала. В течение последующих 2-х лет до настоящего времени очаг плавно, незаметно для больной, увеличился до 2,5 см. Уплотнился, особенно в центральной части, в пределах первоначально возникшего образования. В пределах очага выпали волосы, увеличился порог болевого раздражения. Увеличилось и покраснение по периферии. Это вызвало беспокойство больной, она обратилась к врачу и 13.05.2003. была госпитализирована в дермато-венерологическое отделение клиники Савиных.

Выпадение волос на голове началось в октябре 2000г. Процесс охватил затылочную, теменную и височную области. Периодически волосы появлялись вновь, затем снова выпадали. Больная отмечает, что ей не удавалось отрастить длинные волосы. Далее в височной области алопеция прекратилась, и волосы отрасли. В затылочной и теменной области до настоящего времени алопеция сохраняется, носит гнездный характер. Очаг имеет диаметр около 15см. Со слов пациентки, положительный эффект оказывали различные травяные маски для волос, которые она использовала дома.

Больная не отмечает влияние на течение своего заболевания каких-либо внешних факторов(погоды, стрессов и др.), однако акцентирует внимание на том, что начало данного заболевания примерно совпадпет по времени с выявлением у нее сахарного диабета 1 типа и хронического тозиллита.

**Анамнез жизни;**

 Дульцева М.В. родилась доношенным ребенком, развивается умственно и физически наровне со сверстниками. В школу пошла в 7 лет. Сейчас обучается в 6 классе. Живет с родителями. В раннем детстве часто болела инфекционными простудными заболеваниями. В декабре 2000г. диагностирован хронический тонзиллит, стадия декомпенсации(частые рецидивы ангин). Никогда не лечилась. В это же время поставлен диагноз сахарный диабет 1 типа. Первоначально назначенное лечение ограничивалось соблюдением строгой диеты, однако оно оказалось неэффективным(развился кетоацидоз), и пациентке был назначен инсулин. С зимы 2000г. больная каждые 3-4 месяца госпитализируется в Городскую детскую больницу г. Северска для корректировки лечения. Однако прописанные врачами дозировки инсулина никогда не выдерживает, принимает во внимание особенности собственного питания.

Указывает на сахарный диабет у бабушки со стороны отца. Кожные, венерические, нервно-психические заболевания в анамнезе и у ближайших родственников отрицает.

Аллергий нет. Вредные привычки отрицает.

Живет в благоустроенной квартире в кирпичном доме.

**Данные объективного исследования;**

**(Status presens communis)**

*Состояние больного:*

удовлетворительное

*Сознание:* ясное.

 *Положение:* активное. Пациент активно участвует в разговоре, доброжелателен..

 *Тип телосложения:*  нормостенический

 *Антропометрические данные:* рост 162 см., вес 48кг.

***кожные покровы:***

Кожные покровы бледно-розового цвета, нежирные, сухие. Эластичность и тургор кожи сохранены. Подкожно- жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Ногти блестящие, прозрачные, неломкие, однородного цвета, гладкие. Волосы без особенностей, не секутся.

***костно-мышечная система:***

Мышечный корсет развит хорошо, тонус и сила мышц сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезнены.

***Сердечно-сосудистая система.***

Верхушечный толчок визуально не определяется , пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, смещен на 1см. кнутри от tinea medioclavicularis, не усилен, площадью до 1 см. При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, синхронный, ритмичный, совпадает с верхушечным толчком, частотой 75 удара в минуту, хорошего наполнения и напряжения.

**Перкуссия.**

 Границы относительной сердечной тупости. Правая граница: в 4-ом межреберье - на 1.5 см. кнаружи от правого края грудины. Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется между linea stemalis и linea parasternalis на уровне 3-го ребра. Левая граница в 5-ом межреберье кнутри от linea medioclavicularis на 1 см.

***Аускультация.*** При аускультации на верхушке сердца первый тон громче второго. Тоны сердца ритмичные, чистые, не приглушены. Шумов нет. Во втором межреберье справа от грудины (на аорте) второй тон громче первого. Во втором межреберье слева от грудины (на легочной артерии) второй тон громче первого. На основании мечевидного отростка первый тон громче второго. Шумов нет. В третьем межреберье слева от грудины (точка Боткина) шумы не выслушиваются. Артериальное давление на момент осмотра 110/80 мм.рт.ст.

**Лимфатическая система:**

Периферические лимфатические узлы: пальпируются подчелюстные(один узел 1\*0,5 см), шейные(по три с каждой стороны, в среднем по 0,5\*0,5 см.). Узлы подвижные, безболезненные, уплотнены, не спаяны между собой и окружающими тканями. Остальные группы лимфоузлов не пальпируются.

***Система органов дыхания.***

Грудная клетка не деформирована, нормостенического типа, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное с частотой 18 дыхательных движений в минуту.

***Пэльпация.грудной*** клетки - безболезненная, эластичность не снижена. Голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными отделами легких.

**Границы легких.**

 Правое легкое Левое легкое

 нижняя граница по линиям

 по l. parasternalis- 5 ребро по l. parasternalis 5 ребро

 по l. medioclavicularis- 6 ребро по l. medioclavicularis 6 ребро

 по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris anterior- 7 ребро

 по l. axillaris media- 8 ребро по l. axillaris media- 8 ребро

***Высота стояния верхушек легких :***  спереди на 3 см. выше ключицы.

 ***Ширина перешейков полей Кренига*** 6 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 6 см. справа и слева.

***Сравнительная перкуссия.*** При сравнительной перкуссии над передней и боковой, задней поверхностями легких определяется ясный легочный звук.

***Аускультация:*** Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

Побочных дыхательных шумов нет.

***Мочеполовая система:***

 Полиурия. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Половые органы развиты правильно по женскому типу.

Менструации с ноября 2002г., нерегулярные, болезненные.

 **Пищеварительная система:**

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета, влажные, без видимых дефектов. Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный, равномерно обложен белым налетом, сосочки сохранены. Дужки миндалин гиперемированы, валикообразно утолщены. Миндалины бугристые. Ротовая полость санирована. Живот не увеличен, не вздут, симметричен. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный.

***Печень*** при пальпации не выходит из под края реберной дуги. Край гладкий, ровный, эластичный, безболезненный.

***Кишечник.*** Глубокая пальпация:

***Сигмовидная кишка*** пальпируется в левой подвздошной области, нормальной подвижности, d=2см, стенка ровная, эластичная, безболезненная, урчания нет.

***Слепая кишка*** расположена в правой подвздошной области, цилиндрической формы, d=3см, стенка ровная; эластичная, мягкая, определяется урчание, безболезненная.

***Поперечно - ободочная*** кишка пальпируется на уровне пупка цилиндрической формы, поверхность ровная; эластичная, мягкая, подвижная, безболезненная.

***Поясничная область:*** выбуханий, гиперемии, припухлостей не отмечается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

 ***Нервная система:***

Сознание ясное, настроение спокойное, больная доброжелательна, легко вступает в беседу. Сон хороший. В позе Ромберга устойчива.

 **Обследование щитовидной железы.**

 Железа пальпируется в типичном месте, не увеличена. 0 ст. по классификации ВОЗ.

 **Органы чувств:**

Слух и зрение не нарушены, запахи различает хорошо.

**Параклинические исследования.**

 **Клинический анализ мочи. 13.05.03.**

Цвет: светло желтый

Прозрачность: прозрачная

Уд.вес: 1036

Белок: отр.

Лейкоциты: 1 - 2 в поле зрения

Сахар- отр.

Заключение: гиперстенурия .

 **Анализ крови**

 **13.05.03.**

Гемоглобин (г/л) - 140 Эритроциты (1012/л) **-** 5,1

Цветной показатель - 1,0 Лейкоциты (109/л) - 5,2

СОЭ (мм/ч) - 2

Лейкоцитарная формула: сегментоядерные 42%,

 лимфоциты 30%

 палочкоядерные 1%

Заключение: показатели в пределах нормы.

  **Биохимические показатели крови (19.12.02).**

Билирубин(ммоль/л): общий –19,4 , прямой – отрицательно.

Общий белок (г/л) 60,8

Глюкоза (ммоль/л) 12,6

Заключение: гипергликемия. **Реакция Вассермана –** отрицательна.

 **Локальный статус.**

Процесс локализуется на коже верней трети задней поверхности предплечья слева. Представляет собой очаг уплотнения округлой формы диаметром 2,5 см с четкими краями. В ценре(d=5мм) уплотнение выражено наиболее значительно, кожа атрофична. Имеет бело-серый цвет, истончена, сухая, блестит. Волос нет, рисунок кожи не определяется, болевой порог в сравнении с окружающей кожей резко повышен. Остальная поверхность очага менее уплотнена, имеет розовую окраску, определяются множественные телеангиоэктазии, отдельные петехии. По периферии имеется тонкая эритематозная кайма розово-красного цвета, отечность.

 **Клинический диагноз и его обоснование.**

Диагноз бляшечная склеродермия, индуративно-атрофическая стадия был поставлен на основании характерной клинической картины. Очаг, за 2,5 года своего развития, прошел 3 специфичные для склеродермии стадии: отека, уплотнения и атрофии. Проследить их можно, основываясь на нынешний локальный статус. В центре,5мм, участок атрофии(Кожа истончена, бледно-серого цвета, сухая, блестит, волос нет. Рисунок кожи не определяется, болевой порог резко повышен.) Далее зона уплотнения, за которой следует эритематозная кайма. В целом, очаг округлой формы, границы четкие.

Больная имеет 2 важных этиологических фактора заболевания: сахарный диабет 1 типа и хр. тонзиллит, ст. декомпенсации.

Кроме того отсутствует указание на какую-либо иную патологию.

Для детального подтверждения диагноза возможно определение антинуклеарных АТ, исследование иммунного статуса(угнетение Т-супрессоров, активация В-системы, гипергаммаглобулинемия).

Вызывает вопрос этиология алопеции. Симптом эпиляции у больной отрицательный, т.е. кожа головы неатрофирована. Внешне не изменена. Кроме того, имеется сопутствующий сахарный диабет 1 типа, вследствие которого резко ухудшается микроциркуляция в коже. Поэтому нельзя абсолютно достоверно утверждать, что алопеция является проявлением склеродермии, но невозможно и полностью отрицать. Больная имеет большую предрасположенность к заболеванию, всегда существует опасность его распространения, приобретения признаков системности. Поэтому рекомендуется дополнительное обследование внутренних органов, чтобы убедиться, что процесс ограничивается локальными кожными проявлениями.

 **Дифференциальный диагноз.**

Очаговую склеродермию дифференцируют с витилиго. Сходство заключается в наличии участков кожи бело-серого цвета с четкими краями, без субъективных ощущений, уменьшением сало- и потоотделения в очагах. Витилиго часто локализуется на конечностях. Однако кожа не имеет признаков атрофии, пятно имеет более четкие границы, чем при склеродермии, часто периферическую зону гиперпигментации. Длительно существует без развития уплотнения.

Схожую видимую картину со склеродермией в виде участков бело-серого цвета с розовым оттенком без субъективных ощущений имеет ложная лейкодерма. Но возникает она на месте очагов отрубевидного лишая, не имеет четких границ не уплотняется, часто шелушится. Исчезает вместе с загаром.

Дифференциальный диагноз склеродермии со вторичным сифилисом проводится в стадии отека, когда нужно провести различие между розеолезными пятнами с четкими границами, без субъективных ощущений, которые со временем блекнут. Однако при сифилисе высыпания множественные, их можно обнаружить на слизистых, кроме розеол часто имеются папулы, везикулы, иногда гнойнички, в которых обнаруживаются бледные трепонемы. Положительна РВ. Высыпания подвергаются регрессу под влиянием противосифилитической терапии.

 **Этиология и патогенез.**

Что касается этиологии развития заболевания, то в настоящее время основное внимание уделяется вирусной, наследственной теориям, роли в развитии патологии нейроэндокринных сдвигов и хронической инфекции. Абсолютно точно установлена корреляция между развитием склеродермии и сопутствующими эндокринными заболеваниями(особенно сахарного диабета) и наличии в организме очагов хронически персистирующей инфекции. Поэтому бесспорна пусковая роль сахарного диабета, а в большей степени хронического тонзиллита в этиологии заболевания у пациентки. У 70% больных склеродермией обнаруживается хроническая инфекционная патология, чаще носоротоглотки. Считается, что спровоцировать заболевание могут переохлаждение, травмы, аллергизация. Пациентка указывает на частые переохлаждения, которые приводили к очередной ангине. Кроме того больная ни разу не проходила полноценного комплексного лечения по поводу тонзиллита, а ограничивалась только во время рецидивов местным лечением дома.

Остается до сих пор неясным каким образом, но в итоге, совокупность провоцирующих факторов приводит к изменению обмена соединительной ткани с увеличением биосинтеза коллагена и неофиброколлагена, приводящих к фиброзу тканей. По видимому из-за постоянного ‘’раздражения’’ системы иммунитета происходит уменьшение уровня Т-лимфоцитов-супрессоров с активацией В-звена. Происходит появление антинуклеарных АТ, увеличение всех видов иммуноглобулинов. Цитотоксические лимфоциты не ограничиваются супрессорами и повреждают микроциркуляторное русло, повреждают эндотелий, что сопровождается адгезией и агрегацией тромбоцитов, активацией коагуляцией, освобождением медиаторов воспаления(гистамин, серотонин), увеличением проницаемости сосудистой стенки с отложением фибрина. Непосредственное сдавление отеком приводит к активации синтеза фибробластами коллагена. У больных склеродермией обнаруживают снижение адениновых нуклеотидов на фоне увеличения гипоксантина, что говорит о внутритканевой гипоксии, которая также ведет к синтезу коллагена. В развитии фиброза большую роль играют цитокины и факторы роста, секретируемые лимфоцитами, моноцитами и тромбоцитами. Они вызывают гиперпродукцию коллагена основного вещества соединительной ткани.

 **Общие принципы лечения .**

**Общее лечение:**

* Т.к. этиологию заболевания связывают с хр. инфекционным процессом назначают антибиотики, чаще пенициллин в течение 10-12дней.
* Используется протеолитический фермент лидаза –12-15 инъекций.
* Для улучшения микроциркуляции используютпрепараты выбора: теоникол, ксантинола никотинат, трентал.
* Т. к. при склеродермии обнаруживается тканевая гипоксия, снижение АТФ применяют биогенные стимуляторы: АТФ, алоэ, стекловидное тело, солкосерил, рибоксин.
* Для стимуляции Т-звена назначают Т-активин по схеме.
* Токоферол, как антиоксидант.
* Витамины группы В, как обладающие противовоспалительным и фотодесенсибилизирующим эффектом.
* Гипербарическую оксигенацию для насыщения тканей кислородом.
* Плазмаферрез для удаления патологических антител.

**Местное лечение:**

* Протеолитический фермент – ронидаза. В виде фиксированных повязок или электрофорез.
* Диметилсульфоксид.
* Биорезонансная стимуляция- значительно улучшает трофику и эффекты наружной терапии.
* Лазеротерапия гелий-неоновым лазером-противовоспалительное действие, активация обменных процессов.

Лечение хр. тонзиллита в ЛОР-отделении

# ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14.05.03 | Состояние удовлетворительное. Общий статус –без особенностей.На коже верхней трети задней поверхности предплечья уплотненный очаг диаметром 2,5 см бледно-серого цвета, блестящий, сухой, без волос. |  |
| 15.05.03 | Состояние удовлетворительное. Кожный процесс и общий статус- без изменений. |  |
| 23.05.03 | Состояние удовл. Общее состояние-без особенностей. Положительная динамика кожного процесса: Очаг уменьшился в диаметре на 5мм, изчезла периферическая эритематозная кайма.  |  |

 **Эпикриз.**

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* больна в течение 2,5 лет.

В дерматологическую клинику поступила 13.05.2003г. с жалобами на уплотненный очаг в верней трети задней поверхности предплечья слева,

Выпадение волос в затылочной и теменной областях.

Установлен диагноз: бляшечная склеродермия, индуративно-атрофическая стадия.

Получала лечение:

За время пребывания в стационаре у больной наметилась положительная динамика. Произошло уменьшение очага в среднем на 5мм. Исчезла эритематозная кайма.

Лечение продолжается.

 **Рекомендации.**

* Постоянно проводить коррекцию лечения сахарного диабета.
* Насколько возможно произвести лечение хронического тонзиллита.
* Избегать во избежание рецидивов переохлаждений, травм.

**Прогноз** в общем благоприятен, но учитывая сопутствующую патологию больной всегда серьезен.

 **Список литературы:**

1. Окороков А.Н. ‘’Диагностика болезней внутренних органов’’, М.,М., 2002г.
2. Окороков А.Н. ‘’Лечение болезней внутренних органо’’, М.,М., 2001г.
3. ‘’Вестник дерматологии и венерологии’’, №1, 2002г., с. 21-23.
4. ‘’Российский журнал кожных и венерических болезней’’, №4, 2002г., с.38-42, 15-20, 63-65.