**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

1. Возраст: 5 лет
2. Место жительства:
3. Дата поступления в клинику:
4. Диагноз заболевания кожи: микроспория волосистой части головы
5. Осложнения основного заболевания: —
6. Сопутствующие заболевания: —

Дата курации:

**АНАМНЕЗ**

**1. Жалобы больного при поступлении.** Жалуется на зуд, обламывание волос и шелушение на ограниченных участках теменно-височных областей волосистой части головы.

**2. Анамнез жизни.** Заболевания в семье: туберкулез, сифилис, сахарный диабет, кожные заболевания, заболевания печени, наследственные заболевания, - отрицает. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, разнообразное. Правила гигиены кожи соблюдает. Вредные привычки отсутствуют. Психоэмоциональные переживания отсутствуют, взаимоотношения в семье удовлетворительные. Аллергологический анамнез без особенностей. Переливания крови не проводилось.

**3. Анамнез заболевания кожи.** Заболевание началось с конца февраля 2006 года, когда впервые стали отмечаться шелушение и сплошное обламывание волос на ограниченном участке кожи овальной формы в теменной области волосистой части головы справа, сопровождающиеся зудом. Постепенно очаг поражения стал расширяться, появились новые очаги в теменно-височных областях волосистой части головы слева и справа. Назначенное участковым терапевтом лечение к улучшению состояния не привело, в связи, с чем 3 марта 2006 года больная поступила на лечение в детское отделение республиканского дерматовенерологического диспансера.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**1. Общие свойства кожи.** Окраска кожных покровов физиологическая. Тургор сохранен. Пото- и салоотделение не изменены. Растяжимость и эластичность кожи в норме. Дермографизм отсутствует. Чувствительность сохранена. Подкожная жировая клетчатка не изменена, толщина кожной складки на уровне реберной дуги 1 см. Ногти интактны. Слизистые оболочки не изменены. Лимфоузлы не увеличены, подвижны, безболезненны.

**2. Локальный статус.** В теменно-височных областях волосистой части головы имеются множественные резко отграниченные асимметричные очаги поражения правильной округлой и овальной формы, размерами от 1 до 5 см, сгруппированы несистематизированно. Первичные морфологические элементы в очагах: слабо выраженная воспалительная эритема розоватого цвета, с резкими границами. Вторичные морфологические элементы в очагах: отрубевидные чешуйки серовато-белого цвета. В очагах отмечается сплошное обламывание волос на высоте 4-5 мм над кожей, пораженные волосы окружены серовато-белым налетом. В лучах люминесцентной лампы Вуда отмечается зеленое свечение очагов. Субъективные ощущения в очагах: зуд.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:** Наосновании жалоб, истории развития заболевания, дополнительных методов исследования ставится диагноз –

а). Основное заболевание: микроспория волосистой части головы;

б). Сопутствующие заболевания: — .

в). Осложнения основного заболевания: — .

**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.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение стационарное. Режим общий.

**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 2 раза в день.

**3.** Наружная терапия

Rp.: T-rae Iodi 3% 10,0

D.S. Смазывать очаги поражения по утрам.

Rp.: Ung. Sulfurati 33% 150,0

D.S. Смазывать поражённые участки по вечерам.

Лечение проводится до трехкратного отрицательного анализа на грибы (проводится 1 раз в неделю).

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ю.К. Скрипкин, Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед вузов. – М. «Триада-фарм», 2001 г., 688 с.
2. Кожные и венерические болезни: учебник/ под ред. О.Л. Иванова. – М.: Шико, 2002. – 480 с.
3. Вахрушев Я.М. – Непосредственное исследование больного. Учебное пособие. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 225 с.
4. Лекарственные средства. М.Д. Машковский, т. I, II. – М.:Медицина, 1993.
5. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 664 с.