**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 8 лет
3. Место учебы:
4. Место жительства:
5. Время поступления в клинику:
6. Диагноз направившего учреждения: Инфициративно-нагноительная трихофития волосистой части головы.
7. Диагноз при поступлении: Нагноительная трихофития волосистой части головы.
8. Дата курации

**Жалобы**

При поступлении больной предъявила жалобы на жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата.

**Анамнез болезни (Anamnesis morbi)**

Больным себя считает 3 недели, когда появилось умеренное шелушение на волосистой части головы, 31.08.05 появилось серозно-гнойное отделяемое. Обратился с мамой к врачу – райдерматологу 7.09.05 с жалобами на: жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата. Был поставлен диагноз инфициративно-нагноительная трихофития волосистой части головы. 8.09.05 года с вышеперечисленными жалобами поступил на стационарное лечение в РКВД.

**Эпидемиологический анамнез**

Мама больного работает дояркой на МТФ. Со слов на ферме есть больные телята, но непосредственного контакта сними нет. Рабочую одежду приносит домой и хранит вместе с одеждой членов семьи. В домашнем хозяйстве 3 теленка, со слов здоровы.

**Status praesens**

**1. Общий осмотр.**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Осанка правильная, походка ровная. Конституциональный тип – нормостенический. t’C – 36,6. Аномалии развития отсутствуют. Кожные покровы бледно-розовые. Тургор кожи сохранен. Ногти продолговатой формы, розовые. Волосяной покров соответствует полу и возрасту, поражена левая теменно-затылочная область головы. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Толщина кожной складки у пупка 2,5 см. Пастозностей и отеков нет

При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. При пальпации определяются слева одиночные затылочные, околоушные и шейные лимфатические узлы. Все пальпируемые лимфатические узлы имеют мягко-эластическую консистенцию, подвижны, болезненны, размерами 1х1см. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

Мышечная система развита удовлетворительно. Мышечная сила в норме. Мышечный тонус в норме. При пальпации мышцы безболезненны.

Костная система без видимых деформаций. Соотношение частей скелета пропорционально. Целостность костей не нарушена, при пальпации безболезненны.

Суставы обычной конфигурации не отечны, безболезненны при пальпации. Движения в суставах в полном объеме.

**2.Дыхательная система.**

Нос не деформирован. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа нет. При осмотре грудная клетка правильная, симметричная, деформаций нет. Форма грудной клетки нормостеническая, эпигастральный угол прямой. Над- и подключичные ямки выражены слабо. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Движение обеих половин грудной клетки, синхронно, без отставания. Вспомогательные дыхательные мышцы в дыхании не участвуют. Окружность грудной клетки 75см, суммарная экскурсия 4 см. Тип дыхания брюшной. Частота дыхательных движений 17 в минуту; обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, бесшумное.

При пальпация грудная клетка безболезненна; эластичная; целостность ребер не нарушена. Голосовое дрожание выражено умерено одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии под всей поверхностью определяется ясный легочный звук.

При топографической перкуссии.

- Нижняя граница легких:

Линия Справа Слева

L.parasternalis V ребро -

L.mediaclavicularis VI -

L.ax.anterior VII VII

L.ax.media VIII VIII

L.ax.posterior IX IX

L.scapularis X X

L.paravertebralis ост. отросток XI груд. позвонка

- Дыхательная экскурсия нижнего края легких по задним подмышечным линиям 6 см с обеих сторон.

- Высота стояния верхушки легких спереди на 3 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка (остистый отросток).

- Ширина полей Кренига 6 см с обеих сторон.

При аускультации определяется везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов, хрипов нет. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

**3. Система органов кровообращения.**

При осмотре усиленной пульсации артерий и вен не обнаружено. Область сердца визуально не изменена. Видимых пульсаций области сердца и «сердечный горб» не обнаруживаются.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, нормальной силы, ограниченный (~1 см), совпадает с пульсом на лучевой артерии. ЧСС 78 ударов в минуту. При исследовании лучевых артерий пульс симметричный, аритмичный, умеренного напряжения и наполнения, частота 68 ударов в минуту. При исследовании лучевых артерий пульс симметричный, ритмичный, умеренного напряжения и наполнения, частота 68 ударов в минуту.

При перкуссии границы относительной тупости сердца:

правая – на IV ребре 0,5 см от правого края грудины;

левая – в IV ребере на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии;

верхняя – на III ребре на 1 см левее окологрудинной линии.

Поперечник сердца в сумме 11,5 см.

Ширина сосудистого пучка 5,5см.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая – по левому краю грудины;

левая – на 1,5 см кнутри от относительной;

верхняя – на IV ребре.

Конфигурация сердца нормальная.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу.

Артериальное давление 100/70 мм рт.ст.

**4. Желудочно-кишечный тракт.**

Язык влажный, покрыт белым налетом. Десны розовые, умерено влажные, кровотечений и дефектов нет. Зев чистый, миндалины не увеличены, не выступают за края нёбных дужек. Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено.

При осмотре живот не увеличен, правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания, расширения подкожных вен не выявляется. Пупок не выпячивается.

При перкуссии свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Звук тимпанический.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождение прямых мышц отсутствуют, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга отрицательны.

При глубокой скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренного плотного тяжа, безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. Слепая кишка не пальпируется. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правой и левой фланках живота в виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра. Безболезненна, легко смещается вверх и вниз. Шум плеска не определяется. Граница желудка на 4 см выше пупка. Большая кривизна прощупывается в виде гладкого мягкого безболезненного валика. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы не пальпируются. Дополнительные патологические образования в брюшной полости не выявляются. Шум трения брюшины отсутствует.

Аускультативно выявляются шумы перистальтики кишечника в виде урчания.

Печень пальпируется по краю реберной дуги. Край печени, закругленный, гладкий, безболезненный. Перкуторно границы печени по правой среднеключичной линии: по VI ребру – верхняя; на 0,5 см ниже реберной дуги – нижняя; по правой окологрудинной на 1 см ниже реберной дуги; по передней срединной на 5см ниже мечевидного отростка; по правой передней подмышечной линии на X ребре. Размеры печени по Курлову:9-8-7.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Керра, Ортнера, Захарьина, Василенко, Образцова-Мерфи, Мюсси-Георгиевского - отрицательные.

При пальпации поджелудочной железы наличие болезненности, увеличения, уплотнения не выявлено. Болезненности в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо- Робсона отрицательный.

Селезенка не пальпируется. При перкуссии границы селезенки по левой среднеподмышечной линии: верхняя – IX ребро, нижняя – XI ребро (ширина притупления 6 см); края селезенки на уровне X ребра: задний по лопаточной линии, передний по передней подмышечной (7 см).

**5. Мочевыделительная система.**

Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не выявляется. Мочеиспускание регулярное безболезненное.

**6. Эндокринная система.**

Нарушение роста, телосложения не обнаруживается. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту и полу. Оволосение по мужскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, без уплотнений и узелков.

**7. Нервная система и психический статус.**

Сознание ясное, поведение адекватное, настроение спокойное. Ориентируется в собственной личности, времени и пространстве. Эмоциональная лабильность не выражена. В контакт вступает охотно, демонстрирует интерес к собеседнику и собственной болезни. Реально оценивает тяжесть своего состояния. Память, внимание, интеллект соответствуют уровню развития и возрасту. Мышление быстрое, связанное, конкретное.

Функции черепно-мозговых нервов сохранены. Двигательные функции, координация движений не нарушены. Сухожильные и брюшные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон.

**STATUS LOCALIS**

Поражена волосистая часть головы. Характер поражения очаговый. Локализация – левая теменно-затылочная область. Очаг в виде воспалительного болезненного инфильтрата, приподнятого над окружающей кожей на 0,5-0,7 см, покрытого гнойно-гемморагическими корками. Очаг овальной формы, размерами 9х13 см, состоит из множества фолликулярных пустул. Кожа в очаге гиперемирована. Из под корок – гнойное отделяемое с неприятным запахом. После снятия корок на поверхности очага видны расширенные устья волосяных фолликулов, заполненных гноем (положительный симптом «медовых сот»). Волосы в очаге частично выпали, оставшиеся волосы склеены гнойным отделяемым в пучки, впаяны в корки. При эпиляции пинцетом волосы легко отходят с корнем. Регионарные лимфатические узлы (затылочные, околоушные, шейные) с левой стороны – болезненны при пальпации, увеличены, размером 1х1 см. под люменсцентной лампой свечение отсутствует. Грибы с очага на волосистой части головы (+), обнаружены Tr. ectothrix.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании:

1.Жалоб на: жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата.

2.Данных анамнеза: больным себя считает 3 недели, когда появилось умеренное шелушение на волосистой части головы, 31.08.05 появилось серозно-гнойное отделяемое. Обратился с мамой к врачу – райдерматологу 7.09.05 с жалобами на: жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата.

3.Данных объективного обследования и status localis: Поражена волосистая часть головы. Характер поражения очаговый. Локализация – левая теменно-затылочная область. Очаг в виде воспалительного болезненного инфильтрата, приподнятого над окружающей кожей на 0,5-0,7 см, покрытого гнойно-гемморагическими корками. Очаг овальной формы, размерами 9х13 см, состоит из множества фолликулярных пустул. Кожа в очаге гиперемирована. Из под корок – гнойное отделяемое с неприятным запахом. После снятия корок на поверхности очага видны расширенные устья волосяных фолликулов, заполненных гноем (положительный симптом «медовых сот»). Волосы в очаге частично выпали, оставшиеся волосы склеены гнойным отделяемым в пучки, впаяны в корки. При эпиляции пинцетом волосы легко отходят с корнем. Регионарные лимфатические узлы (затылочные, околоушные, шейные) с левой стороны – болезненны при пальпации, увеличены, размером 1х1 см.

Остальные органы и системы без особенностей.

Выставлен предварительный диагноз:

**Нагноительная трихофития волосистой части головы.**

**8) ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1.ОАК, ОАМ

2.Биохимический анализ крови

3.Анализ на грибы с волосистой части головы.

4.Анализ кала на яйца глист.

**9) ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛНЫХ МЕТОДОВ ИСЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Общий анализ мочи от 9.09.05

Цвет соломенно-желтый

Белок отрицательно

Прозрачная

Эпителий (плоский) 1-2 в п/з

Лейкоциты 1-2 в п/з

Реакция кислая

Уд. Вес 1010

Заключение: в пределах нормы.

Общий анализ крови от 9.09.05.

Эритроциты 4.5\*1012 /л

Нв 134 г/л

ЦП 0,93

Лейкоциты 8,0\*109

Нейтрофилы 7

Палочкоядерные 0

Сегментоядерные 61

Лимфоциты 29

Моноциты 3

СОЭ 10 мм/ч

Заключение: в пределах нормы.

Биохимический анализ крови от 16.03.05.

Общ. белок 74 г/л

Билирубин общ. 19,4 мкмоль/л

Креатинин 0,08 мкмоль

Тимоловая проба 2,0 Ед

АСТ 14,8 ед/л

АЛТ 21,6 ед/л

Заключение: в пределах нормы.

Анализ кала на яйца глист.

Яйца не обнаружено.

Анализ на грибы: обнаружены грибы рода Trichophyton ectothrix.

**10) КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Учитывая:

1. Жалобы на: жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата.

2. Данных анамнеза: больным себя считает 3 недели, когда появилось умеренное шелушение на волосистой части головы, 31.08.05 появилось серозно-гнойное отделяемое. Обратился с мамой к врачу – райдерматологу 7.09.05 с жалобами на: жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата.

3. Данных объективного обследования и status localis: Поражена волосистая часть головы. Характер поражения очаговый. Локализация – левая теменно-затылочная область. Очаг в виде воспалительного болезненного инфильтрата, приподнятого над окружающей кожей на 0,5-0,7 см, покрытого гнойно-гемморагическими корками. Очаг овальной формы, размерами 9х13 см, состоит из множества фолликулярных пустул. Кожа в очаге гиперемирована. Из под корок – гнойное отделяемое с неприятным запахом. После снятия корок на поверхности очага видны расширенные устья волосяных фолликулов, заполненных гноем (положительный симптом «медовых сот»). Волосы в очаге частично выпали, оставшиеся волосы склеены гнойным отделяемым в пучки, впаяны в корки. При эпиляции пинцетом волосы легко отходят с корнем. Регионарные лимфатические узлы (затылочные, околоушные, шейные) с левой стороны – болезненны при пальпации, увеличены, размером 1х1 см.

4. Данных лабораторного обследования: Анализ на грибы: обнаружены грибы рода Trichophyton ectothrix.

Выставлен клинический диагноз: Нагноительная трихофития волосистой части головы (1 очаг).

11) Этиология и патогенез.

Инфильтративно-нагноительгая трихофития вызывается грибами, паразитирующими на человеке и животных, т.е. относящимися к группе зооантропофильных. Tr. ectothrix располагаются по наружной поверхности волоса и образуют как бы чехол вокруг волоса. Инфицирование антропонозным грибом происходит при непосредственном контакте больных со здоровыми (прямой путь) или через предметы, бывшие в употреблении у больных. В связи с возрастными особенностями кожи и волос дети представляют основной контингент болеющих. Заболевание, обусловленное зоофильными грибами, наблюдается, как правило, в сельской местности или городских условиях при общении с лошадьми и другими крупными животными в процессе работы.

Патогенез: Сочетанное физиологическое изменение вегетодистнических функций (явление акроцианоза), эндокринной системы обуславливает возникновение болезни.

12) Дифференциальный диагноз

Для нагноительной трихофитии характерны очаги в виде воспалительных инфильтратов, покрытых гнойными корками, из расширенных фолликулов выступает гной, волосы легко отходят. Впоследствии на месте очагов остаются рубцы.

Дифференциальную диагностику следует проводить с микроспорией. Для нее так же характерно поражение волосистой части головы, но при этом появляются крупные, преимущественно единичные очаги с с выраженным шелушением и высоко обломанными волосами (3 – 7 мм от уровня кожи), одетыми в муфту из спор мицелия гриба. Так же при освещении лучами Вуда, волосы, пораженные микроспорумом, светятся зеленым светом.

Решающее значение при дифференциальной диагностике имеет микроскопическое и культуральное исследование.

13) Лечение

1. Режим – палатный.

2. Медикаментозная терапия (противогрибковые средства, витамины и витаминоподобные средства, антисептики и дерматотропные средства):

1) Противогрибковый препарат.

Rp.: Tab. Exifini 0,25 №20

D.S. по ½ таб. 1 раз в день.

2) Антисептический препарат.

Rp.: Ung. Ac. salicylici 2%

D.S. под повязку.

3) Витаминный препарат.

Rp.: Tab. Ac. ascorbinici 0,05 №30

D.S. по 1 таб 3 раза в день.

4) Противовоспалительная и антисептическая терапия: влажно-высыхающая повязка на очаг поражения с Sol. Ichtioli 3% под компресс.

14) Дневник.

20.09.05

Жалобы на поражение волосистой части головы.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Гемодинамика стабильная, Ps 75 в минуту, АД 115/80. Температура 37,1. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Лечение получает.

22.09.05

Жалобы на поражение волосистой части головы.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Гемодинамика стабильная, Ps 73 в минуту, АД 120/80. Температура 37,2. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Лечение получает.

24.09.05

Жалобы на поражение волосистой части головы.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Гемодинамика стабильная, Ps 70 в минуту, АД 120/80. Температура 36,8. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Лечение получает.

15) Этапный эпикриз

Больной Н. 1997 г.р. находится на стационарном лечении в РКВД с 08.09.05 года с диагнозом: нагноительная трихофития волосистой части головы (1 очаг).

При поступлении больной предъявил жалобы на на жжение, постоянный зуд в левой теменно-затылочной области, поражение волосистой части головы в виде болезненного инфильтрата.

Проведено обследование:

1. Физикальное: поражена волосистая часть головы. Характер поражения очаговый. Локализация – левая теменно-затылочная область. Очаг в виде воспалительного болезненного инфильтрата, приподнятого над окружающей кожей на 0,5-0,7 см, покрытого гнойно-гемморагическими корками. Очаг овальной формы, размерами 9х13 см, состоит из множества фолликулярных пустул. Кожа в очаге гиперемирована. Из под корок – гнойное отделяемое с неприятным запахом. После снятия корок на поверхности очага видны расширенные устья волосяных фолликулов, заполненных гноем (положительный симптом «медовых сот»). Волосы в очаге частично выпали, оставшиеся волосы склеены гнойным отделяемым в пучки, впаяны в корки. При эпиляции пинцетом волосы легко отходят с корнем. Регионарные лимфатические узлы (затылочные, околоушные, шейные) с левой стороны – болезненны при пальпации, увеличены, размером 1х1 см.
2. Анализ на грибы: обнаружены грибы рода Trichophyton ectothrix.
3. ОАК, ОАМ, БХ крови без особенностей.

Проведено лечение: Tab. Exifini 0,25 по ½ таб. 1 раз в день; Tab. Ac. ascorbinici 0,05 по 1 таб. 3 раза в день; Ung. Ac. salicylici 2% под повязку; влажно-высыхающая повязка на очаг поражения с Sol. Ichtioli 3% под компресс.

16) Прогноз

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

17) Список литературы

1. Лекционный материал по кожным и венерическим болезням
2. Учебник. Кожные и венерические болезни. Ю. К. Скрипкин, А. Л. Машкиллейсон, Г. Я. Шарапова, М., 1995 год
3. Атлас по кожным и венерическим болезням. В. В. Владимиров, Б. И. Зудин, М., 1980 год
4. Учебное пособие для студентов лечебного факультета по основам дерматологии и венерологии, Уфа 1999 год.
5. Лекарственные средства. М. Д. Машковский в 2-х томах.