#### **Паспортная часть**

**Фамилия, имя, отчество:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 1988 год (17 лет)

**Домашний адрес:** Томский район

**Место учёбы:**

**Дата поступления:** 14 марта 2005 года

**Окончательный диагноз:**

***Основное заболевание:*** Угревая болезнь: папулопустулезные угри (acne vulgaris papulopustolosa), II степень тяжести;

***Осложнения основного заболевания:*** демодекоз (demodecosis);

***Фоновые заболевания:*** густая себорея (seborrhoea densa).

**Анамнез.**

**Жалобы, предъявленные больным при поступлении:**

- на наличие угревой сыпи на лице, груди, спине.

**Жалобы, выявленные при сборе анамнеза:**

- на потливость, повышенную сальность кожи,

- на насморк, чувство заложенности носа, появляющиеся зимой после долгого пребывания на морозе, в конце дня.

**Анамнез данного заболевания.**

Со слов больного заболевание началось примерно полтора-два года назад (ему тогда было 15 лет). Вначале высыпания начали появляться на лице. Количество элементов сыпи уменьшалось летом, увеличивалось в холодное время года, а также при повышении температуры тела (во время ОРЗ), после употребления большого количества жирной пищи (в это же время увеличивалась сальность кожи). Пациент несколько раз обращался к косметологу, где ему проводился курс чисток, серных масок. Эти процедуры давали непродолжительный эффект (кожа становилась более сухой, уменьшалось количество высыпаний), однако через некоторое время высыпания появлялись вновь.

В 2005 году высыпания начали появляться чаще, не только на лице, но и на верхней части груди, на спине. Пациент обратился в клинику кожных болезней и 14 марта был госпитализирован для обследования и лечения.

**Анамнез жизни больного.**

Пациент родился в 1988 году в городе Томске первым ребёнком в семье. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. В школу пошёл с 7 лет. С 10 лет занимается спортом (футбол).

В 10 лет перенёс операцию аппендэктомии, за которой последовали воспалительные осложнения.

В 11 лет перенёс воспаление лёгких.

В этом же возрасте (10-11 лет) несколько раз получал спортивные травмы (перелом правого предплечья, пальцев правой руки).

Со слов пациента, он часто (6 – 7 раз в год) страдает простудными заболеваниями, в т.ч. ангинами.

Со слов пациента, у него никогда не возникало реакций на пищевые, пыльцевые, бытовые, лекарственные аллергены, однако в его медицинской карте указываются аллергические реакции (на что – пациент не помнит).

Живёт с родителями и братом. Отец страдает язвенной болезнью. Дедушки и бабушки живы, страдают гипертонической болезнью. Другие заболевания, в том числе и кожные, у кровных родственников пациент отрицает.

В настоящее время больной проживает в благоустроенной квартире, соответствующей гигиеническим нормам. Питание полноценное. Режим дня и питания пациент соблюдает.

**Объективное исследование.**

*Status praesens communis:*

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица без особенностей. Поведение адекватное, характер спокойный, доброжелательный. Пациент подвижен, походка не изменена. Телосложение гипостеническое. Рост 178 см. Вес 58 кг.

*Кожа.*

Кожа обычного цвета, тургор сохранен, гладкая, блестящая за счёт избыточной продукции кожного сала, умеренно влажная, эластичная. Волосяной покров распределён симметрично, соответствует полу и возрасту. Волосы на голове густые, не ломкие, жирные. Ногти на руках и ногах прозрачные, гладкие, бледно-розового цвета, не ломкие, при надавливании безболезненны. Подкожная клетчатка развита слабо. Отеков и уплотнений нет. Толщина кожной складки на уровне пупка 1,5 см. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером 0,5 см, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Шейные, подмышечные, паховые, подключичные, локтевые, бедренные, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Костно-мышечная система.

Мускулатура хорошо развита, распределена симметрично, нормотонична, сила симметричных групп мышц конечностей сохранена и одинакова. Болезненности при активных и пассивных движениях нет. Параличей, парезов, судорог нет. Плечевые, локтевые, лучезапястные, межфаланговые, тазобедренные, голеностопные суставы обычной конфигурации, безболезненные, при активных и пассивных движения ограничения подвижности не наблюдается, хруст и флюктуация отсутствуют. Коленные суставы обычной конфигурации, не деформированы, подвижность в полном объеме.

## **Дыхательная система.**

*Осмотр:* Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Эпигастральный угол равен 90°, ход ребер косой, межреберные промежутки нормальной ширины, при дыхании не ундулируют. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания брюшной. Одышки не наблюдается. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания 16 дыхательных движений в минуту.

Над- и подключичные ямки хорошо выражены.

#### *Пальпация:* Грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

#### *Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочный перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках. Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Нижняя граница лёгких в пределах нормы. Подвижность нижнего легочного края сохранена.

###### *Аускультация*: Над периферическими отделами лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система.**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:* перкуторные границы сердца в пределах нормы.

*Аускультация:* Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

*Сосуды*. При осмотре области аорты и ярёмной ямки видимой пульсации не наблюдаетсяШирина сосудистого пучка во II межрберье составляет 6 см, что соответствует норме.

Пульсация лучевых, локтевых, сонных артерий, бедренных, задних большеберцовых артерий и тыльных артерий стопы сохранена.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс* составляет 64 удара в минуту, одинаков на обеих руках, ритмичен, хорошего наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластична.

*Артериальное давление* составляет 120/80 мм.рт.ст.

Пищеварительная система.

*Осмотр:* Слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Небные миндалины не выступают за пределы нёбных дужек и не спаяны с ними. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, не обложен. Неприятный запах изо рта отсутствует.

Живот не увеличен, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания, участков пигментации нет. Скопления жидкости и газов не определяется. Видимой перистальтики нет.

*Пальпация:* При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Мускулатура брюшного пресса хорошо развита. Глубокая пальпация зон Шоффара и Губергрица, эпигастральной и околопупочной области, правого и левого подреберий и других областей передней брюшной стенки безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

*Печень:* Пальпируется в правом подреберье, край острый, поверхность ровная, консистенция эластичная, безболезненна, по срединноключичной линии не выступает из-под края рёберной дуги.

*Желчный пузырь:* Пальпаторно желчный пузырь не определяется, глубокая пальпация правого подреберья безболезненна. Симптомы Образцова-Мерфи, Ортнера, Кера, Мюсси-Георгиевского, Захарьина, Курвуазье, Василенко отрицательны.

*Селезенка:* не пальпируется.

**Мочеполовая система.**

Область поясницы не изменена.

Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме.

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон в положении лежа и стоя.

Мочевой пузырь пальпаторно не определяется. Пальпация в надлобковой области безболезненна. Перкуторный звук над лобком тимпанический.

Слизистая оболочка половых органов розового цвета, влажная, без налетов, патологическое отделяемое отсутствует. Вторичные половые признаки (тип оволосения, молочные железы и др.) соответствуют мужскому полу.

**Органы чувств:** Видит и слышит хорошо, запахи различает. Болевая и тактильная чувствительность сохранена.

**Нервно-психический статус.**

Сознание ясное. Настроение спокойное. Речь не изменена.

Сон нормальный.

Расстройств координации не наблюдается. Пальценосовую, пяточно-коленную пробы выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчив. Походка уверенная, при закрытых глазах не изменяется.

Дермографизм розовый. Появляется через 15 секунд.

**Status localis.**

В процесс вовлечена кожа лица, верхней части грудной клетки, спины. На этих участках высыпания распределены относительно равномерно, симметрично. Преимущественно поражена кожа лица.

На коже лица имеется большое количество комедонов (как открытых – в виде тёмно-коричневых и чёрных точек, так и закрытых – в виде просовидных бугорков цвета кожи). Также присутствуют отдельные красноватые папулы с комедоном в центре (acne papulosa), небольшие пустулы (acne pustulosa), единичные округлой формы ярко-красные инфильтраты с пустулой на верхушке (folliculitis), пигментные пятнышки округлой формы, диаметром не более 0,5 см.

На груди присутствуют, в основном комедоны, отдельные пустулы. Они локализуются в основном в верхней части грудной клетки: в области грудины, ключиц, грудных мышц.

На спине высыпания также представлены комедонами и мелкими пустулами. Они распределены равномерно по всей спине, но встречаются реже, чем на груди и, тем более, на лице.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

***Общий анализ крови*** (14.03.05.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы п/я, %  Нейтрофилы с/я, %  Эозинофилы, %  Базофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 180  5,3  6,0  2  0  50  2  0  45  3 | 140 – 165  4,3 – 5,3  4, 8 – 7,7  1 – 10  0 – 6  43 – 60  0,5 – 5  0 – 1  27 – 44  3 – 11 |

*Заключение:* Существенных отклонений от нормы в общем анализе крови не выявлено. Увеличение количества гемоглобина в эритроцитах можно расценить как результат занятий спортом.

***Биохимический анализ крови*** (16.03.05.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Билирубин (общий/прямой), мкмоль/л  Глюкоза, ммоль/л  АСТ, мкат/л  АЛТ, мкат/л  диастаза, г/л | 10,2/отр.  4,2  0,17  0,20  22 | 8,55 – 20,05/не более 25% от общего  3,5 – 5,7  35  35  до 30 |

*Заключение:* признаков патологии не выявлено.

***Общий анализ мочи*** (14.03.05)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | соломенно-жёлтый  прозрачная  1014  отрицательный  лейкоциты 2-3, клетки плоского эпителия 1-2, кристаллы оксалатов 1-2 в полях зрения | |

*Заключение:* удельный вес мочи понижен (норма – более 1018), рекомендуется повторный анализ с ограничением питьевого режима и проба Зимницкого.

*Реакция Вассермана* (14.03.05): отрицательная.

**Обоснование диагноза.**

Диагноз подтверждается как субъективными, так и объективными и параклиническими данными.

Из анамнеза известно, что заболевание впервые появилось в 15 лет (период полового созревания). Имеются жалобы на повышенную сальность кожи, потливость, что говорит о дисфункции регуляторных систем, которая свойственна данному возрасту и способствует развитию юношеских угрей.

Объективно можно наблюдать различные стадии эволюции обыкновенного угря: комедон, папула, пустула, пигментное пятнышко. Высыпания локализуются в местах большого скопления сальных желёз: на лице, спине, верхней части грудной клетки.

Параклинические исследования не опровергают предполагаемого диагноза. При микроскопии содержимого пустул был обнаружен Demodex folliculorum, что позволяет поставить диагноз демодекоза. Однако последнее время демодекоз принято считать осложнением угревой болезни, а не её причиной.

Форма болезни папулопустулёзная (acne papulopustolosa), т.к.кроме комедонов на коже в достаточном количестве присутствуют и другие элементы эволюции обыкновенного угря.

Поражено несколько областей лица и тела. На коже присутствует большое количество как открытых, так и закрытых комедонов, единичные папулы и пустулы. С другой стороны, количество глубоких папул и пустул невелико (единичные на лице, отсутствуют на других участках кожи), нет гиперемии и прочих признаков воспалительной реакции, слабо выражены явления постакне (рубчики, застойные пятна). Это даёт основание выставить II степень тяжести угревой болезни.

**Дифференциальный диагноз.**

Acne vulgaris необходимо дифференцировать с:

1. *Папулонекротическим туберкулёзом кожи.* Это заболевание, как и юношеские угри, развивается преимущественно в детском, юношеском и молодом возрасте. Первичным морфологическим элементом сыпи является шаровидный цианотично-бурый бугорок плотной консистенции диаметром 0,2—0,3 см, который по виду может напоминать папулу. Часто поражается кожа лица. Заболевание протекает с рецидивами ранней весной и зимой, но не летом (у данного пациента также заболевание обостряется зимой). Однако при распаде таких папул выделяется крошковидная казеозная масса, а на месте папулы остаётся язвочка с чёткими обрывистыми краями. Каждый элемент сопровождается отёчно-эритематозной реакцией кожи. Элементы склонны к слиянию, образованию деформирующих рубцов. Папулонекротический туберкулёз нередко сочетается с туберкулёзом лёгких, лимфатических узлов, костей. У данного пациента в анамнезе отсутствует контакт с больными туберкулёзом. В общем анализе крови отсутствуют лимфоцитоз и нейтропения, свойственные туберкулёзу, а также другие островоспалительные реакции. Поэтому данное заболевание можно исключить.
2. *Угревидным (акнеиформным) пустулёзным сифилидом.* При этом заболевании наблюдаются папулы с пустулой на вершине. Однако это проявление сифилиса встречается при злокачественном и тяжёлым его течении, сопровождается другими проявлениями вторичного сифилиса. При пустулёзном сифилиде отсутствуют признаки себореи, комедоны. В основании сифилитической пустулы находится плотный инфильтрат. После разрешения сифилида остаются рубчики, участки депигментации, тогда как у данного больного присутствует гиперпигментация. Данных о перенесённом сифилисе в анамнезе нет. У пациента не увеличены лимфатические узлы, тогда как для вторичного сифилиса характерна реакция со стороны лимфатических узлов, полиаденит. Реакция Вассермана отрицательна, что позволяет исключить сифилитическое поражение кожи.
3. *Угревидной сыпью при приёме лекарственных средств (йододерма, бромодерма, стероидные угри и др.).* Сходством этих заболеваний с угревой болезнью является наличие пустул. Однако по размеру они обычно более крупные, окружены островоспалительным венчиком. В анамнезе всегда присутствует контакт с препаратами йода, брома или других галогенпроизводных, длительный приём кортикостероидов, противотуберкулёзных и противоэпилептических средств, фотосенсибилизаторов и др. Лекарственные угри возникают внезапно, их появлению не предшествует существование комедонов. После прекращения приёма лекарственных средств наступает быстрое разрешение высыпаний.
4. *Стафилококковой пиодермией.* Это заболевание может проявляться остиофолликулитом, фолликулитом, при которых на лице, груди, спине появляются многочисленные пустулы застойно-гиперемированной окраски, пронизанные волосом. У данного пациента на лице имеются единичные фолликулиты (вторичное инфицирование), однако большинство морфологических элементов не сопровождаются воспалительной реакцией кожи.

**Современные взгляды на этиологию и патогенез данного заболевания.**

Акне (угревая сыпь, угревая болезнь) — это хроническое генетически обусловленное заболевание сальных желез, связанное с их повышенной активностью в ответ на стимуляцию андрогенами (мужскими половыми гормонами), фолликулярным гиперкератозом, жизнедеятельностью микроорганизмов (Propionibacterium acnes), воспалительной реакцией тканей и проявляющееся в возникновении на участках кожи, богатых сальными железами, невоспалительных (открытые и закрытые комедоны) и воспалительных (папулы, пустулы) элементов.

Появлению угревой сыпи, как правило, предшествует себорея. Себорея связана с повышением количества и изменением качества кожного сала и проявляется утолщением рогового слоя, жирным блеском и шелушением кожи.

Причины возникновения угревой сыпи до сих пор изучены недостаточно. Неоспорима роль наследственности в развитии этого заболевания: генетически заложен тип кожи, уровень чувствительности клеток сальных желез к воздействию половых гормонов, особенности местного иммунитета. Сочетание всех этих параметров очень индивидуально, поэтому течение болезни и реакция на лечение у разных больных могут сильно отличаться. Патогенез угревой сыпи на сегодняшний день представляется следующим образом:

Провоцирующий фактор (см. ниже) вызывает гипертрофию и гиперактивность сальных желез, что ведет за собой гиперпродукцию кожного сала.

Повышенное ороговение клеток в верхней части фолликула ведет к ускоренному слущиванию роговых чешуек. При этом своевременная элиминация (удаление) их с поверхности кожи затруднена из-за склеивания их избытком кожного сала. Эти два процесса ведут к скоплению смеси кожного сала, роговых чешуек, бактерий и внешних загрязнений в устье волосяного фолликула. Окраска верхней части пробки варьирует от грязно-желтого до темно-серого или коричневого цвета и, по последним данным, обусловлена меланином. Так образуются открытые комедоны. Если сало жидкое, образуются небольшие комедоны и поры расширяются незначительно. При густой консистенции сала образуются крупные комедоны до 1,5 мм в диаметре. Если проток сальной железы значительно сужен, то отделяемое вместе с роговыми чешуйками скапливается в протоке, расширяя его и образуя мелкие (0,5–2 мм) просовидные узелки, часто поднимающиеся над поверхностью эпидермиса. Это закрытые комедоны, или milia.

В закрытых сверху протоках сальных желез создаются анаэробные условия, благоприятные для размножения и активной жизнедеятельности сапрофитной флоры, в частности P. acnes. Эти микроорганизмы выделяют липазы, способствующие расщеплению липидов с выделением большого количества свободных жирных кислот. Изменение состава кожного сала ведет к повышению рН кожи (сдвигу в норме слабокислого рН в щелочную сторону), что ведет к уменьшению бактерицидных свойств кожного сала и способствует дальнейшему росту и размножению как самих P. acne, так и других представителей сапрофитной и условно-патогенной флоры (Staphylococcus epidermidis, S. aureus, Pityrosporum ovale). Кроме этого, измененное по составу кожное сало обладает раздражающими свойствами, поэтому в местах повышенного салоотделения (чаще всего на лбу, крыльях носа, подбородке) появляются воспаленные гиперемированные шелушащиеся пятна и бляшки (себорейный дерматит).

При нарушении оттока сало скапливается внутри протоков сальных желез и в волосяных фолликулах, что ведет к растяжению их стенок и образованию микрокист. Затем стенка кисты самостоятельно или под воздействием внешних механических факторов (например, при попытке выдавить комедон или милиум самостоятельно или во время механической чистки в косметическом кабинете, привычке ощупывать лицо, подпирать щеку рукой, слишком тесно прижимать телефонную трубку и т.д.) разрывается, и содержимое выходит в окружающие ткани. В ответ на это возникает иммунная реакция в виде асептического (без участия патогенной флоры) воспаления, формируется узелок (папула). На этом этапе возможно присоединение условно-патогенной или патогенной микрофлоры и формирование гнойничка (пустулы). Длительно существующее воспаление ведет к нарушению трофики окружающих тканей, усиливает процессы склерозирования и приводит к снижению репаративных возможностей кожи. Поэтому даже при легкой или среднетяжелой, но существующей годами и постоянно рецидивирующей угревой сыпи с течением времени снижается интенсивность репаративных процессов, появляются мелкие атрофические рубчики, снижается тонус кожи, появляется неравномерная пигментация, ухудшается текстура кожи.

Факторами, провоцирующими начало или обострение угревой болезни, являются самые разнообразные состояния организма, сопровождающиеся изменениями гормонального баланса на самом разном уровне — от коры головного мозга и гипоталамо-гипофизарной системы до яичников и надпочечников. Это, например, период новорожденности и полового созревания, беременность и кормление грудью, воспалительные заболевания половых органов, прием, замена или прекращение приема пероральных контрацептивов и других гормональных препаратов, андрогенсекретирующие опухоли надпочечников, синдром поликистозных яичников (Штейна-Ливентали), серьезные травмы и стрессы и так далее. В развитии обыкновенных угрей имеют значение нейроциркуляторная дистония, хронические запоры, гиповитаминоз А, снижение неспецифической резистентности организма.

Фактором, осложняющим течение угревой болезни, является Demodex folliculorum. Этот паразит является нормальным обитателем кожи человека и обнаруживаются у 55-100% населения. С возрастом возбудитель заболевания может обнаруживаться все чаще и чаще, особенно в весенне-осенний период, становясь условно-патогенным паразитом. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным человеком или через нательное или постельное белье.

Организм здорового человека приспособлен к тому, чтобы ограничивать размножение клеща и не дать ему проникнуть в глубокие слои кожи. Однако при воздействии различных предрасполагающих факторов (снижение местного иммунитета кожи, дисфункция сальных желез при себорее, нарушение работы эндокринной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит, язвенная болезнь, дисбактериоз), злоупотребление алкоголем, острой, горячей пищей, черным кофе; нервно-психические стрессы; избыточная ультрафиолетовая инсоляция; применение косметики, содержащей гормональные добавки; постоянное ощелачивание кожи грубыми моющими средствами, использование кортикостероидных кремов) может происходить проникновение клеща в сальные железы и размножение его там. Скопление большого количества паразитов (до 20-30 штук) в сальной железе приводит к её гипертрофии, скоплению в ней кожного жира, который является благоприятной средой для дальнейшего размножения клеща.

**Общие принципы лечения.**

Этиологическое лечение направлено на ликвидацию стафилококковой и другой инфекции, инвазии угревой железницы. С этой целью применяют антибиотики (оксациллин, рифампицин, а также длительно тетрациклин или олететрин), в тяжелых случаях – стафилококковую вакцину. При длительном течении демодекоза целесообразно использовать антипаразитарный препарат общего действия трихопол (метронидазол, флагил). В данном случае он назначается внутрь в виде таблеток по следующей схеме: 0,25г 2 раза в день (через 12 часов) в процессе еды в течение 7-10 дней.

Важнейшим разделом терапии вульгарных угрей является патогенетическое лечение, т.е. нормализация работы сальных желёз, коррекция нейроэндокринных нарушений, укрепление иммунитета. С этой целью проводят витаминотерапию (особое внимание следует уделить лекарственным средствам, нормализующим окислительно-восстановительные реакции организма). Назначают витамин А или аевит, витамин Е, С, витамины группы В. Натрия тиосульфат также является антиоксидантным средством – он уменьшает содержание в организме свободных радикалов. Показаны также аутогемотерапия, стафилококковый анатоксин, иммуномодулирующие препараты (пирогенал, тималин, тактивин, левамизол и др.). При длительно протекающей угревой сыпи рекомендуются эстрогенные препараты (синэстрол и др.), назначаемые как внутрь, так и наружно в составе мазей. Кроме того, показаны повторные курсы сульфата цинка (по 0,2 г 3 раза в день в течение 2 мес.).

Наружно при обыкновенных угрях используют средства, обезжиривающие и дезинфицирующие кожу: обмывание горячей водой с мылом и протирание борно-салициловым спиртом. Комедоны удаляют при чистке кожи*.* При остром высыпании папулезных и пустулезных угрей назначают водные взвеси с ихтиолом или серой, при вяло протекающих — разрешающие и отшелушивающие мази (серно-дегтярная, мазь Вилькинсона), при индуративных и абсцедирующих угрях — кортикостероидные мази с антибиотиками (гиоксизон, локакортен-Н и др.); на инфильтраты наносят чистый ихтиол.

У данного пациента имеет смысл принимать меры и по лечению демодекоза, хотя без лечения основного заболевания попытки вылечить демодекоз могут не только не принести успеха, но и вызвать обострение процесса. Перорально показаны прием метронидазола, метилурацила, ретиноидов, витаминов В6, С, Р. Местно применяют мази с трихополом, метронидазолом, метилурацилом. Для усиления проникновения в кожу трихопола его применяют в сочетании с 40%-ным раствором димексида; дают положительный клинический эффект противоклещевые и отшелушивающие средства: 20%-ная эмульсия бензил-бензоата, спирт с эфиром, 33%-ная серная мазь, дегтярная, мази «ЯМ» и Вилькинсона. Хорошо зарекомендовала себя аверсектиновая мазь. С учётом цикла развития угревой железницы курс лечения составляет 5 циклов по 5 дней, 2 раза в день, перерыв 2 дня (в перерыве рекомендуется использовать мазь Живильную). При выраженных воспалительных явлениях применять дополнительно крем-эмульсию ДЕК 1-2 раза в день 3-4 дня. После окончания основного курса, рекомендуется использовать мазь Аверсект 1 раз в неделю на протяжении 4-6 месяцев. Во время лечения противопоказаны кремы, содержащие мед, тепловые (сосудорасширяющие) процедуры - особенно баня и сауна. Можно применять сосудосуживающие кремы, содержащие ромашку, ментол, мяту. Одновременно с лечением осуществляют дезинсекцию постельного и нательного белья.

В рацион больных вульгарными угрями рекомендуется включать большое количество фруктов, овощей, кисломолочных продуктов. Некоторые авторы придерживаются мнения, что диета не оказывает существенного влияния на развитие угревой болезни, и рекомендуют вводить ограничения только в тех случаях, когда приём определённого вида продуктов провоцирует обострение процесса. В этих случаях рекомендуют исключить из рациона питания острую, соленую, горячую, раздражающую пищу, кофе, спиртные напитки, крепкий чай. Учитывая, что пациент сам замечает увеличение количества высыпаний после приёма жирной пищи и горячего чая, думаю, что это как раз тот случай, когда целесообразно рекомендовать ограничения в диете.

Для воздействия на нейроэндокринную и иммунную систему важно проводить рациональную физиотерапию. Рекомендуются УВЧ-терапия, аппликации парафина или 70% раствора димексида с доксициклином. Эффективно УФ-облучение (эритемные и субэритемные дозы). Полезно также воздействие солнечных лучей. С этой целью больным вульгарными угрями рекомендуется отдых на черноморском побережье и других курортах с тёплым влажным климатом. Следует однако, избегать чрезмерного солнечного облучения, избыточного влияния на кожу неблагоприятных метеорологических факторов (ветер, снег, дождь).

**Дневник.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение заболевания | Назначения |
| 17.03.05 | Состояние удовлетворительное. Жалоб пациент не предъявляет. При осмотре видны многочисленные высыпания на коже лица, верхней части грудной клетки, спины. Слизистые розовые, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отправления в норме. АД=120/80 мм.рт.ст., Ps=86, t=36,6. Знакомство с пациентом. Сбор анамнеза. Объективное исследование. | Режим общеклинический.  Диета №15.  • Tetracyclini 0,5  принимать по схеме  1 нед.–1таб. 4 раза в день, 2 нед.–1таб. 3 раза в день, 3 нед.–1таб. 2 раза в день, 4 нед.–1таб. 1 раз в день.  • Tab. Metronidazole 0,25 по 1таб. 2 раза в день.  • Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml № 10 внутривенно 1 раз в день.  • Sol. acidi ascorbinici 1% - 1 ml № 10 внутримышечно 1 раз в день.  • Sol. Thiamini bromidi 5% - 1 ml № 10 внутримышечно 1 раз в день.  • Аутогемотерапия 10 мл в мышцы № 10.  • Местно:  - Unguentum Ichthyoli 10% примочки t=37-38°С на кожу лица, груди, спины, экспозиция 30 мин. – 1 раз в день,  - Unguentum sulfurici 10% на кожу лица – 1 раз в день,  • Физиотерапия: кварц, токи Д'Арсонваля. |
| 18.03.05 | Состояние удовлетворительное. Жалоб пациент не предъявляет. Отправления в норме. АД=120/80 мм.рт.ст., Ps=82, t=36,6. | Режим общеклинический.  Диета №15.  Продолжение проводимой терапии. |
| 21.03.05 | Состояние удовлетворительное. Жалоб пациент не предъявляет. Исчезли пустулёзные высыпания. Отправления в норме. АД=120/80 мм.рт.ст., Ps=82, t=36,6. | Режим общеклинический.  Диета №15. Продолжение проводимой терапии.  Смазывание пустул раствором перманганата калия. |
| 22.03.05 | Состояние удовлетворительное. Жалоб пациент не предъявляет. Высыпания на коже практически исчезли. Отправления в норме. АД=120/80 мм.рт.ст., Ps=82, t=36,6. | Режим общеклинический.  Диета №15.  Продолжение проводимой терапии. |

**Эпикриз.**

Пациент \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* болен в течение 2 лет. Поступил в дерматологическую клинику СибГМУ 14.03.05 с жалобами на гнойничковые высыпания на лице, верхней части грудной клетки, спины.

Установлен диагноз:

Основное заболевание: Угревая болезнь: папулопустулезные угри (acne vulgaris papulopustolosa), II степень тяжести;

Осложнения основного заболевания: демодекоз (demodecosis);

Фоновые заболевания: густая себорея (seborrhoea densa).

Получал следующее лечение: тетрациклин и метронидазол в таблетках, аутогемотерапия, инъекции натрия тиосульфата, витаминов С и В1, смазывание кожи серной мазью, кварц, дарсонваль.

За время курации уменьшилось число пустулёзных высыпаний. Они превратились в корочки, участки гиперпигментации. Общее состояние и самочувствие больного не изменилось.

**Прогноз.**

Прогноз для выздоровления относительно неблагоприятный, т.к. возможно добиться лишь стойкой ремиссии (исчезновения высыпаний), но не излечения. Возможно самопроизвольное избавление от угревой сыпи при нормализации гормонального баланса (после окончания периода полового созревания). Однако существует риск рецидива угревой болезни и демодекоза при условии снижения резистентности организма. Качество жизни трудоспособность не страдают, смертельно опасных осложнений не наступает.

**Рекомендации.**

Пациенту рекомендуется:

- проводить общеукрепляющие мероприятия: витаминотерапию, закаливание, занятия спортом, соблюдение режима дня и питания;

- проводить профилактику инфекционных заболеваний, вовремя ликвидировать очаги хронической инфекции (наблюдение оториноларинголога);

- избегать факторов, неблагоприятно влияющих на иммунитет: стрессовых ситуаций, переохлаждений, перегреваний, приема иммуносупрессивных препаратов – глюкокортикоидов, цитостатиков;

- проводить профилактику рецидивов демодекоза (стирка одежды и постельного белья в горячей воде, по возможности, раз в неделю, проглаживание их горячим утюгом, замена перьевых подушек синтетическими и др.);

- соблюдать диету, содержащую большое количество фруктов, овощей, кисломолочных продуктов, исключить из рациона слишком острую, соленую, горячую, раздражающую пищу, кофе, спиртные напитки, крепкий чай;

- проходить санаторно-курортное лечение на черноморском побережье и других курортах с тёплым и влажным климатом

- наблюдаться у дерматолога в поликлинике по месту жительства.

**Список литературы.**

1. Беренбейн Б. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. – М.: "Медицина", 1989.
2. Ю. К. Скрипкин, А. Л. Машкиллейсон, Г. Я. Шарапова. Кожные и венерические болезни. – М.: "Медицина", 1997.
3. Машкиллейсон А.Л. Лечение кожных болезней. – М.: "Медицина", 1990.
4. "Популярная медицинская энциклопедия". – М.: Издательство "Советская энциклопедия", 1979.
5. Ю.Ф.Королев.  Себорея и угри. – Минск: издательство БГМУ, 1972.