Министерство здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Лечебный факультет

Кафедра кожных и венерических болезней.

История болезни. «Хроническая истинная экзема»

Выполнил:

Студент лечебного факультета

-го курса 5 группы

Брацихин И.С.

Москва - 2015 год

1. Паспортные данные

Возраст 52 года.

Московская область

упаковщица на мясокомбинате

Дата курации 20. 02. 15 г.

Предварительный диагноз: Экзема

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 2-й степени тяжести. Хронический гастрит. Хр. Колит. Хр. Холецистит.

Жалобы:

На зудящие высыпания на кистях рук, растрескавшуюся кожу, деформацию ногтей. На аналогичные высыпания на стопах.

. Anamnesis vitae

Раннее развитие без особенностей.

В семейном анамнезе - двоюродный брат с атопическим дерматитом и двоюродная сестра с бронхиальной астмой.

Вредные привычки отрицает.

Работает упаковщицей в колбасном цеху мясокомбината. На работе руки постоянно намокают. Часто моет руки с дегтярным мылом.

Аллергический анамнез: Аллергия на продукты пчеловодства, проявляющаяся высыпаниями в виде волдырей на коже.

Акушерско-гинекологический анамнез.

Менструации с 16 лет.

Единственные роды разрешившиеся при помощи кесарева сечения, проведенного по причине узкого таза. Ребенок мужского пола.

Абортов и выкидышей не было.

В 2004 году произведена экстирпация матки по поводу миомы.

3. Anamnesis morbi

Начало болезни в мае-июне 2014 года. Без видимой причины на ладонях появилось покраснение, начали появляться высыпания, в виде пузырьков которые лопались, мокли и ссыхались с образованием корочек, что сопровождалось сильным зудом, нарушающим сон и покраснением кожи ладоней. Первый эпизод болезни закончился самостоятельно без лечения и длился приблизительно месяц.

Второй эпизод начался в сентябре 2014 года - усилилось мокнутие, Обратилась к дерматологу по месту жительства, установлен диагноз «Экзема», назначена мазь элоком, высыпания регрессировали.

Третий эпизод с января 2015 по февраль 2015 - продолжается до сих пор. Высыпания стали сильно зудеть, что мешало работе. В этот эпизод начали расслаиваться ногти. По внешнему виду высыпания от первого и второго эпизода не отличались, однако были более обильными, кожа на ладонях стала трескаться. Была стационирована в кожно-венерическое отделение больницы по месту жительства, установлен диагноз «Экзема». Получала лечение, которое, однако, не привело к полному регрессу высыпаний, хотя и уменьшило их интенсивность, сильно уменьшилась интенсивность зуда. Через день после выписки из стационара высыпания возобновились. Больная решила обратиться за консультацией и лечением в клинику кожно-венерических болезней ПМГМУ им. Сеченова 20. 02. 15.

В больнице по месту жительства получала следующее лечение:

. Гипоаллергенная диета

. Раствор «Гемодез» 200 ml в\в капельно № 7

. Раствор дексаметазона 2,0 (8 мг.) в\м №5; 1,0 (4 мг.) в\м № 4

. Раствор глюконата кальция 10% 10,0 в\м

. Раствор тиосульфата натрия 30% 10,0 в\в

. Таблетки Лоратадин по 1 т. в сутки.

. Таблетки Кетотифен по 1 т. на ночь.

. Энтеросгель по 1 ст. ложке 3 раза в сутки

. Капсулы Аевит по 1 к. 3 раза в сутки

. Таблетки Валерианы по 1 т. 2 раза в сутки

. Квантовая терапия по схеме

. Наружно - борные примочки 3 раза в сутки, фукорцин р-р, гиоксизон 2 р. в сутки.

Назначено амбулаторное лечение:

1. Гипоаллергенная диета в течение 10 дней, гигиена кожи, исключить контакт с возможными аллергенами

2. Наблюдение и лечение дерматолога по месту жительства

. Т. Зиртек по 1 т. 2 раза в сутки 10 дней

. Т. Кетотифен по 1 т. вечером 10 дней

. Т. Глицирам по 1 т. 2 раза в сутки за 30 минут до еды в течение одного месяца.

. Т. Адаптол по 1 т. 2 раза в сутки 14 дней

. Местно «кловейт» 1р. в сутки; «Локобейз рипеа» 2 р. в сутки; метилурациловая мазь 2 р. в сутки 10 дней.

. Status praesens

Состояние удовлетворительное. Умеренного питания. Выражение лица печальное.

Кожа вне очагов поражения: сухая, склонная к покраснению, тургор снижен. Дермографизм красный нестойкий. Кожная чувствительность сохранена. Волосы на голове сохранены. Ногти изменены - ногтевые пластинки тусклые, слоятся имеют борозды и ямки. Кожа вокруг ногтей изменена - трещины эпидермиса, шелушение, чешуйки.

Слизистые оболочки физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

АД 160\80

Осмотр по системам - не проводился.

болезнь экзема высыпание

5. Status localis

Воспалительное поражение кожи хронического характера. Сыпь обильная, локализуется на ладонях и стопах, с поражением межпальцевых промежутков, концевых фаланг и ногтей верхних и нижних конечностей, и дистальной трети предплечий. Сыпь симметрична, полиморфна, расположена на эритематозном фоне и представлена первичными - милиарными плотными папулами и папуло-везикулами полушаровидной формы; и вторичными - серозными корочками серовато-желтого цвета, чешуйками средних размеров, линейными трещинами эпидермиса длинной от двух до пяти сантиметров. Корки и чешуйки имеют плоскую форму, неправильные очертания, нерезкие границы, розового цвета, с шероховатой поверхностью.

Очертания сыпи нечеткие, элементы ее не склонны к слиянию, склонны к группировке. Имеются немногочисленные точечные эрозии с серозным отделяемым - «серозные колодцы». Очаги сыпи чередуются с участками лихенизированной кожи, свободной от высыпаний.

В день курации преобладают вторичные элементы - трещины эпидермиса и чешуйки на эритематозном фоне. Папулы и корочки сохраняются только в области возвышения большого пальца. Кожа ладоней умеренно отечна и лихенифицирована.

Слизистые оболочки не поражены. Волосы не поражены. Ногти на пальцах рук и ног поражены - в районе ногтевого валика краевое расслоение ногтей без изменения их цвета.

Высыпания сильным сопровождаются зудом, который усиливается в ночные и утренние часы и нарушает сон.

Диагноз на основании анамнеза и осмотра: Хроническая истинная экзема, волнообразный вариант течения. Подострый период.

6. Обоснование диагноза

Начало болезни без видимой причины, на неизмененной коже с отечной эритемы.

Внешний вид высыпаний с характерным эволюционным полиморфизмом (сначала возникли серо-папулы, которые эрозировались с образованием «серозных колодцев», что привело к развитию мокнутия, образованию серозных корочек, шелушения и линейных эрозий эпидермиса). Одновременное существование различных элементов сыпи. Постепенное нарастание проявлений и рецидивирующее течение - присоединение эритемы. Зуд, возникающий при обострении процесса. Симметричный характер высыпаний - на ладонях и стопах. - все это составляет классическую клиническую картину идиопатической экземы.

Дифференциальный диагноз:

Ограниченный нейродермит

Pro. Кровное непрямое родство с больными атопическим дерматитом и бронхиальной астмой.

Contra - розовый дермографизм в отличие от белого при нейродермите, мокнутие при нейродермите отсутствует. Нет анамнестических данных в отношении диатеза. У прямых родственников явлений дерматита не отмечено.

Профессиональная экзема:

Pro. Постоянный контакт с пищевой пленкой, пищевыми красителями на работе

Contra. Сочетанное поражение ладоней и стоп. Появление высыпаний на неизмененном фоне, тогда как профессиональной экземе обычно предшествует аллергический дерматит.

Микробная экзема:

Contra: отсутствие сопутствующего нагноения, симметричность высыпаний.

Псориаз (Псориаз ладоней и подошв)

Pro. Возраст 52 года, физический характер труда. шелушение, покраснение, трещины

Contra - отсутствие псориатической триады (феномены стеаринового пятна, псориатической пленки и кровяной росы). Отсутствие высыпаний на других частях тела.

. План обследования

1. Микроскопия чешуек с ногтей и ладоней для исключения грибкового поражения

2. Общий анализ крови

. Биохимия крови

4. IgE

. Серологические реакции на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С.

. Лечение (амбулаторное)

Режим мытья:

1. Избегать избыточного мытья рук. Стараться не мочить руки без нужды.

2. Использование защитных перчаток при уборке, мытье посуды и т.д.

. Мытье рук гипоаллергенным мылом.

. Увлажнение кожи кремами.

Диета:

Диета преимущественно овощная и молочная. Рекомендуется регулярное употребление молочнокислых продуктов (ацидофилин, бифидок, снежок, простокваша, кефир и т.д.)

Исключить пряности (перец), цитрусовые.

Общее лечение.

1. Лечение сопутствующих заболеваний терапевтом, гастроэнтерологом (более всего - санация кишечника).

2. Консультация гинеколога-эндокринолога.

. Атаракс по 25 мг на ночь - в 19.00 и 12,5 мг. в 12.00. - Атипичный транквилизатор из группы блокаторов гистамина. Обеспечит симптоматическое лечение зуда и легкое противотревожное и седативное действие. 10 дней

. Аевит по 1 капсуле 2 раза в день длительно вместе с пищей.

. Энтеросгель - по 2 чайных ложки один раз в сутки - спустя 4 часа после приема других лекарственных средств (в 23.00) - 10 дней

. Ацилакт - по 1 капсуле 2 раза в день вместе с пищей.

. Нимесулид по 200 мг 2 раза в день. 10 дней

. Пентоксифиллин по 100 мг. 2 раза в день. 10 дней

Местное лечение:

1. На трещины и мокнущие эрозии наносить р-р фукорцина 2 раза в сутки

2. После высыхания фукорцина на кожу наносить мазь D-пантенол - в обед и вечером.

. На ночь под окклюзионную повязку накладывать мазь элоком-с, утром ее же наносить на руки.

Повторный осмотр через 5 дней.

Физиотерапия:

1. УФО-А

2. Магнитотерапия

. Озонотерапия (Газация конечностей в пластиковом мешке)

. Гипербарическая оксигенация.

Прогноз: в отношении полного излечения неблагоприятный. Вероятно хроническое течение с частыми рецидивами.