Смоленская Государственная Медицинская Академия

Кафедра Кожных и Венерических болезней с курсом

медицинской косметологии.

История болезни

Зав. Кафедрой: д. м. н., доцент Торшина Ирина Евгеньевна

Преподаватель: асс. Бусько Тамара Михайловна

Куратор: студентка 4 курса 5 "Б" группы педиатрического фак-та, Сираева Ярослава Юрьевна

Начало курации - 18 сентября 2013

Смоленск 2013

# ***I. Паспортная часть***

1. Ф.И.О. -

. Пол - мужской

. Возраст - 42 года

. Домашний адрес - Смоленская область, Рославльский р-н, д. Старый Крупец

. Место работы - не работает

. Дата поступления - 11.09.2013

. Кем направлен - Рославльская ЦРБ

. Дата курации - 18.09.2013

# ***II. Жалобы***

При поступлении на крупные высыпания красно-синюшнего цвета в области левой и правого голени. При этом из объективных ощущений больной отмечает зуд и жжение в области высыпаний. При расчёсывании мест поражений отмечалось обильное мокнутие. При напряжении ног отмечается болезненность из-за образующихся небольших (0,8-1,2 см) трещин на поражённых участках кожи.

По характеру зуд и жжение постоянные, средней интенсивности; боль только при напряжении ног (ходьба, изменение положения в постели), выражена умерено.

Жалобы на день курации отсутствуют.

# ***II. Анамнез заболевания***

Считает себя больным около 3 лет, когда в нижней трети правой голени появились язвенные дефекты с гнойным отделением. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью раньше не обращался.

Около года назад заметил появление отечности нижней трети голени обеих ног при физической нагрузке. За медицинской помощью не обращался.

Состояние ухудшилось около месяца назад, когда увеличилось количество отделяемого из язв, увеличились эрозивные дефекты. За мед. помощью обратился к врачу в Рославльскую ЦРБ, был направлен на госпитализацию НУЗ "Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО " РЖД"

# ***III. Анамнез жизни***

Больной родился 04.02.1971 г. в Смоленской обл, Рославльском р-не. В семье - первый ребенок. Материально-бытовые условия соответствовали тому времени. В дошкольные годы в физическом и умственном развитии не отставал от сверстников. В школе учился хорошо.

. Семейный анамнез:

Наследственные заболевания и отягощённый анамнез в семье отсутствуют.

. Материально-бытовые, жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Живёт один, в благоустроенном доме. Питание удовлетворительное.

. Перенесенные заболевания, операции, травмы: в детстве перенёс ангину, ОРВИ, желтуху Боткина. Операция на нижней трети правого голени по поводу перелома.

. Диетический анамнез - питание удовлетворительное.

. Аллергологический анамнез: Наличие непереносимых пищевых продуктов, лекарств, средств бытовой химии, различных запахов, пыли - не отмечается.

Заключение: аллергологический анамнез не отягощен.

. Санитарно - эпидемиологический анамнез: За последние 3 недели за приделы края не выезжал, с инфекционными больными не контактировал, кишечных заболеваний в семье не наблюдалось. Вирусными гепатитами не болел. Наличие в семье туберкулеза и венерических заболеваний отрицает.

# ***IV. Физическое обследование***

1. Общее обследование

Рост: 192 см, масса: 94 кг. Телосложение правильное.

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное.

Положение активное.

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, развита умеренно.

Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

Мышечный тонус сохранен.

Суставы: не изменены, конфигурация не нарушена, пассивные и активные движения в суставах сохранены.

Кости: целостность не нарушена, скелет развит пропорционально.

. Описание кожных покровов и видимых слизистых

Здоровая кожа и видимые слизистые розового цвета, рисунок кожи выражен умеренно, тургор и эластичность понижены, сало - и потоотделение в норме, оволосение по мужскому типу, волосы и ногти без патологии, подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно.

Высыпания локализуются симметрично на нижних конечностях в области нижней трети правой и левой голени. Распространенность процесса очаговая, нет склонности к диссеминации.

Характеристика сыпи

Сыпь истинная полиморфная.

Описание очага поражения кожи

Поражённые участки кожи имеют яркую окраску, границы поражённых участков нечёткие, присутствует экссудативные процессы, первичные и вторичные морфологические элементы.

Среди первичных морфологических элементов отмечаются пятна, папулы и везикулы.

. Пятна - синюшного цвета, величиной 3-4 см, овальных очертаний, границы чёткие, склонны к периферическому росту и слиянию. Расположены на фоне гиперемии. Покрыты чешуйками.

2. Папулы - розово-синего цвета, милиарные и лентикулярные по своим размерам, очертания правильные округлые, границы нечёткие, полушаровидной формы, склоны к периферическому росту и слиянию, консистенция плотная, расположены на фоне гиперемии. Покрыты чешуйками.

. Везикулы - синюшного цвета, размерами до 5 мм, округлых очертаний, границы нечёткие, полушаровидной формы, склоны к периферическому росту и слиянию, мягкой консистенции - с серозной жидкостью в полости, расположены на фоне гиперемии. Покрыты корками. Вскрываются с образованием эрозий.

Среди вторичных морфологических элементов отмечаются чешуйки, корки, эрозии.

. Эрозии - синюшного цвета, имеют размеры везикул, после вскрытия которых они образуются.

2. Корки - бело-жёлтого цвета, серозные, плотные, покрывают поверхность ссохшихся везикул, прилегают плотно.

. Чешуйки - белесоватого цвета, мелкопластинчатые, покрывают пятна и папулы, прилегают плотно.

3. Система органов дыхания

Осмотр:

Цвет кожи: бледно - розового; симптом Франка - отрицательный. Слизистая ротоглотка розового цвета, без патологических изменений; носовое дыхание свободное; ЧДД 17 в минуту, дыхание ритмичное; голос - без изменений. Грудная клетка имеет форму усеченного конуса; симметрична, принимает участие в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки: эластичность сохранена в переднее - заднем направлениях; болезненность по ходу межреберных нервов, мышц и ребер не выявлена; голосовое дрожание: не изменено на симметричных участках.

Сравнительная перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких на всех симметричных участках проводится ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная | VI ребро | Нижняя граница левого легкого образует выемку для сердца и отходит от грудины на высоте ребра IV и круто спускается вниз |
| Среднеаксилярная  | VIII ребро | IX ребро |
| Лопаточная | IX - X ребро | X ребро |
| Паравертебральная  | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Симптомы Кораньи, Аркавина, "чаши Философова" - отрицательные.

Аускультация легких.

Везикулярное дыхание; побочные дыхательные шумы не выслушиваются;

Бронхофония на всех симметричных участках не изменена.

Симптом Д, Спина - отрицательный.

4. Система органов кровообращения

Осмотр области сердца:

Кожные покровы бледно розовые; деформации грудной клетки в области сердца не обнаружено. Пульсации крупных сосудов в области сердца не определяется, пульсации во внесердечной области не обнаружено.

Пальпация:

Верхушечный толчок пальпаторно определяется в 3-ом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии слева, размером 1 на 1 см., умеренной силы и высоты; систолическое и диастолическое дрожание не определяется; пульс 72 ударов в минуту, симметричный, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, нормальной величины, отеки не выявлены.

Перкуссия:

Границы относительной и абсолютной тупости сердца.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница  | Относительная | Абсолютная |
| Правая  | На 1 см кнаружи от правой парастернальной линии | Левый край грудины |
| Верхняя | II межреберье слева | 3 - е межреберье слева |
| Левая | По левой среднеключичной линии в 5-ом межреберье | Совпадает с границей относительной тупости слева |
| Поперечник области притупления | 8-12 | 4 |

Перкуссия сосудистого пучка во II межреберье - 3 см.

Аускультация:

Тоны умеренной силы, ясные; тоны мягкие, средней звучности; частота 72 ударов в минуту; ритм правильный; раздвоение, расщепление тонов, дополнительные тоны не выслушиваются.

5. Система органов пищеварения

Осмотр:

Кожные покровы чистые, без патологических высыпаний; Слизистая рта розовая, умеренно влажная, без патологических высыпаний; неприятного запаха изо рта нет, афтозности, пигментации, кровоизлияний на слизистой твердого неба полости рта нет; слизистая твердого неба бледно розового цвета;

Осмотр живота:

Живот округлый; симметричный, брюшная стенка в акте дыхания не участвует, видимых перистальтических и антиперистальтических движений не выявлено, венозный рисунок не выявлен.

Пальпация живота:

Поверхностная: болезненность местная или разлитая не выявлены, напряжение брюшной стенки не выявлено; грыжевых отверстий нет, подкожные опухолевовидные образования не выявлены;

Глубокая пальпация по В.П. Образцову:

Сигмовидная кишка, безболезненная, не урчащая, гладкая, плотно - эластической консистенции, подвижная. Восходящий и нисходящий отделы кишечника не пальпируются; поперечно - ободочная кишка не пальпируется; большая кривизна желудка располагается на 5 см выше пупка по срединной линии.

Пальпация печени: печень пальпируется по правому края реберной дуги, безболезненна, край закругленный, ровный.

Пальпация селезенки: селезенка в двух положениях - на спине и по Сали - не пальпируется.

Патологические симптомы: поражения желчного пузыря и поджелудочной железы не выявлено.

Границы печени по Курлову: размеры печени не увеличены; по правой среднеключичной линии первый размер - 7см по срединной линии тела второй размер - 8 см по левому краю реберной дуги - третий размер 7 см.

Аускультация живота: перистальтика умеренная, шума трения брюшины не выявлен; сосудистые шумы не выявлены.

Стул: частота 1 раз в 1 - 2 дня, оформленный, коричневого цвета, акт дефекации безболезненный.

. Выделительная система

Осмотр: область поясницы без изменений (пастозности, ассиметрии, сглаживания, опухолевидных образований не выявлено). Изменений в надлобковой области и со стороны наружных половых органов не выявлено.

Пальпация: почки, проекция ходов мочеточника не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

Мочеиспускание: безболезненное, свободное.

. Нервная система

Сознание ясное. Интеллект соответствует уровню развития и возрасту. Поведение больного адекватное. Пациент общительный.

. Эндокринная система

Рост 192 см, части тела пропорциональны.

Щитовидная железа: наследственность не отягощена, визуально не увеличена, пальпаторно не увеличены, безболезненна, мягко-эластичной консистенции, глазные симптомы отсутствуют, тремор пальцев рук, тела отсутствует. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют возрасту.

# ***V. План обследования***

1. Общий анализ крови

. Общий анализ мочи

. Биохимическое исследование крови

4. Анализ на чувствительность к антибиотикам

# ***VI. Результаты исследований***

1. ОАК (13.09.2013)

Эритроциты - 5,31\*1012/L

Hg-148 g/L

Гематокрит - 42,9%

Цв. Показатель - 0,95

Лейкоциты - 5,8\*109/L

Лимфциты - 39%

Моноциты - 7%

С/я - 35%

П/я - 1%

Эозинофилы - 4,74%

Тромбоциты - 202\*109/L

СОЭ - 7мм/час

Заключение: ОАК d в пределах нормы

. ОАМ (13.09.2013)

Цвет - соломенный

Уд. вес-1020

Прозрачность - прозрачная

Белок - отсутствует

Эпит. клетки: плоские-0-1 в п/зр

Лейкоциты-0-1 в п/зр

Бактерии отсутствуют

Заключение: ОАМ в пределах нормы

. Биохимическое исследование крови (16.09.2013)

Холестерин - 5,3 ммоль/литр

Общ. билирубин - 23,2 ммоль/литр

Мочевина - 3,9 ммоль/литр

Креатинин - 53мкмоль/л

Общ. белок - 57,6 г/л

АСТ - 30,2 Ед/л

АЛТ - 17 Ед/л

ГГТ - 19,2 Ед/л

Глюкоза - 15 ммоль/л

Заключение: гипербилирубинемия

. Анализ на чувствительность к антибиотикам: чувствителен к гентамицину, ципрофлоксацинк, цефазалину, оксациллину

# ***VII. Клинический диагноз***

Инфекционный дерматит голени в стадии разрешения

**Обоснование диагноза:**

Диагноз был поставлен по:

Жалобах больного при поступлении (Больной жаловался при поступлении на крупные высыпания красно-синюшнего цвета в области левого и правого голени. При этом из объективных ощущений больной отмечает зуд и жжение в области высыпаний. При расчёсывании мест поражений отмечалось обильное мокнутие. При напряжении ног отмечается болезненность из-за образующихся небольших (0,8-1,2 см) трещин на поражённых участках кожи. По характеру зуд и жжение постоянные, средней интенсивности; боль только при напряжении ног (ходьба, изменение положения в постели), выражена умерено.)

По данным объективного обследования: признакам, характерным для данного заболевания клиническим: локализация на нижних конечностях, изначально процесс был ассиметричным, а затем стал симметричным, отмечается сплошной очаг поражения по периферии, очаг красно-синюшного цвета.

Стадия разрешения т.к. заметно уменьшение очага в размерах по периферии, отсутствуют новые морфологические элементы, большинство везикул вскрылись с образованием эрозий, эрозии разрешаются.

# ***VIII. Дифференциальный диагноз***

Дифференциальный диагноз проводят с аллергическим дерматитом и красным плоским лишаем.

Микробная экзема - заболевание неаллергического генеза. Сенсибилизация к микроорганизмам и продуктам их жизнедеятельности. Распространение очаговое. Мокнутие по типу "серозных колодцев". Локализация преимущественно на нижних конечностях. ПМЭ: пятна, папулы, везикулы. Границы нечёткие. Склонность к периферическому росту. Истинный и ложный полиморфизм с преобладанием ложного. Объективные ощущения: зуд. Воспаление острое.

Аллергический дерматит - заболевание аллергического генеза. Сенсибилизация к аллергенам. Распространение диссеминированное. Локализация по всей поверхности тела. ПМЭ: папулы, везикулы. Границы нечёткие. Склонность к периферическому росту. Истинный и ложный полиморфизм с преобладанием ложного. Объективные ощущения: зуд. Воспаление острое.

Красный плоский лишай - Локализация на сгибательной поверхности конечностей, крестце, спине, коже наружных половых органов, бёдрах. ПМЭ: папулы. Папулы милиарные и лентикулярные. Папулы синюшно-розового цвета. Папулы полигональных очертаний. Папулы плоской формы с пупкообразным вдавлением в центре. Диссеминированное распространение. Воспаление неострое. Папулы на фоне здоровой кожи. Сетка Уикхема.

# ***IX. Лечение***

1. Диетотерапия молочно-растительная с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов, острого, жареного и соли.

. Антигистаминный препараты

Лоратадин 0,01 № 10 - по 1 т.1 раз в сутки до еды

Блокатор H1-гистаминовых рецепторов <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=H1-%D0%B3%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9\_%D1%80%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%BE%D1%80&action=edit&redlink=1> (длительного действия). Подавляет высвобождение гистамина <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD> и лейкотриенов <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B5%D0%BD> из тучных клеток <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%83%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BA%D0%B8>. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F>. Обладает противоаллергическим, противозудным, противоэкссудативным действием. Уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D0%B5%D0%BA> тканей

. Десенсибилизирующие препараты

Р-р Унитол № 6 в ампулах - вводить в/м по 5 мл.

Комплексообразующее средство, оказывает дезинтоксикационное действие.

. Глюкокортикоиды

Преднизолон 0.0025 № 20 - по 1 т.3 раза в день

Оказывает противовоспалительное, иммуносуппрессивное и противоаллергическое действие.

. Наружно

мазь Фукорцин - наносить на пораженные участки кожи.

Обладает антисептическим и противогрибковым действием.

. Физиотерапия

УФО.

# ***X. Эпикриз***

Больной, 42 года, проживающий по адресу: Смоленская область, Рославльский р-н, д. Старый Крупец, находился на лечение в НУЗ "Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО " РЖД", куда поступил на плановое лечение по направления Рославльской ЦРБ, с диагнозом микробная экзема, длительность 3 года.

Больной предоставил жалобы на крупные высыпания красно-синюшного цвета в области левой и правой голени. При этом из объективных ощущений больной отмечает зуд и жжение в области высыпаний. При расчёсывании мест поражений отмечалось обильное мокнутие. При напряжении ног отмечается болезненность из-за образующихся небольших (0,8-1,2 см) трещин на поражённых участках кожи.

По характеру зуд и жжение постоянные, средней интенсивности; боль только при напряжении ног (ходьба, изменение положения в постели), выражена умерено.

Считает себя больным около 3 лет, когда в нижней трети правой голени появились язвенные дефекты с гнойным отделением. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью раньше не обращался.

Около года назад заметил появление отечности нижней трети обеих голени при физической нагрузке. За медицинской помощью не обращался.

Состояние ухудшилось около месяца назад, когда увеличилось количество отделяемого из язв, увеличились эрозивные дефекты. За мед. помощью обратился к врачу в Рославльскую ЦРБ, был направлен на госпитализацию НУЗ "Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО " РЖД".

На основание объективного обследования: видимые слизистые розового цвета, рисунок кожи выражен умеренно, тургор и эластичность понижены, сало - и потоотделение в норме, оволосение по мужскому типу, волосы и ногти без патологии, подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно.

Высыпания локализуются симметрично на нижних конечностях в области нижней трети правой и левой голени. Распространенность процесса очаговая, нет склонности к диссеминации.

Характеристика сыпи: сыпь истинная полиморфная.

Описание очага поражения кожи

Поражённые участки кожи имеют яркую окраску, границы поражённых участков нечёткие, присутствует экссудативные процессы, первичные и вторичные морфологические элементы.

Среди первичных морфологических элементов отмечаются пятна, папулы и везикулы.

. Пятна - синюшного цвета, величиной 3-4 см, овальных очертаний, границы чёткие, склонны к периферическому росту и слиянию. Расположены на фоне гиперемии. Покрыты чешуйками.

5. Папулы - розово-синего цвета, милиарные и лентикулярные по своим размерам, очертания правильные округлые, границы нечёткие, полушаровидной формы, склоны к периферическому росту и слиянию, консистенция плотная, расположены на фоне гиперемии. Покрыты чешуйками.

. Везикулы - синюшного цвета, размерами до 5 мм, округлых очертаний, границы нечёткие, полушаровидной формы, склоны к периферическому росту и слиянию, мягкой консистенции - с серозной жидкостью в полости, расположены на фоне гиперемии. Покрыты корками. Вскрываются с образованием эрозий.

Среди вторичных морфологических элементов отмечаются чешуйки, корки, эрозии.

. Эрозии - синюшного цвета, имеют размеры везикул, после вскрытия которых они образуются.

5. Корки - бело-жёлтого цвета, серозные, плотные, покрывают поверхность ссохшихся везикул, прилегают плотно.

. Чешуйки - белесоватого цвета, мелкопластинчатые, покрывают пятна и папулы, прилегают плотно.

Были проведены следующие исследования:

Общий анализ крови (ОАК в пределах нормы), общий анализ мочи (ОАМ в пределах нормы), биохимическое исследование крови (гипербилирубинемия), анализ на чувствительность к антибиотикам (чувствителен к гентамицину, ципрофлоксацинк, цефазалину, оксациллину).

В стационаре НУЗ "Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО " РЖД " больному было проведено следующее лечение:

. Диетотерапия молочно-растительная с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов, острого, жареного и соли.

. Антигистаминный препараты Лоратадин 0,01 № 10 - по 1 т.1 раз в сутки до еды

. Десенсебилизирующие препараты Р-р Унитол № 6 в ампулах - вводить в/м по 5 мл.

. Глюкокортикоиды

Преднизолон 0.0025 № 20 - по 1 т.3 раза в день

. Наружно мазь Фукорцин - наносить на пораженные участки кожи.

. Физиотерапия

УФО.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчезли зуд, мокнутие, высыпания покрылись корочками, которые редуцируются.

# ***XI. Рекомендовано***

1. Ухаживать за кожей и предупреждать ее повреждение.

. Придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов, острого, жирного и соли.

. Соблюдать режим дня, вести здоровый образ жизни.

. Регулярное диспансерное наблюдение.

. Санаторно-курортное лечение.

# ***XII. Прогноз***

Прогноз для жизни, трудоспособности и реабилитации в процессе выздоровления благоприятный. Больному рекомендуется соблюдать режим дня, молочно-растительную диету с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов и соли, правила личной гигиены, вести здоровый образ жизни, избегать травматизации кожи, занесения инфекции. Для предупреждения рецидивов следует избегать конфликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений.

Для скорейшего разрешения патологического процесса необходимо придерживаться проводимого лечения, а после его окончания необходимо поставить больного на диспансерный учет и проводить наблюдение ввиду возможного развития рецидивов.

инфекционный дерматит голень диагноз

# ***Литература***

1. Владимиров В.В., Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни. Атлас. - М.: Медицина, 1980, - 288с.

. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей /Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницына. - М.: Медици - на, 1989, - 672 с.

Каруна Б.И. Экзема. - Киев, 1989, - 283 с.

. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х т. - Т.2 /Под ред. Ю.К. Скрипкина. - М.: Медицина, 1995, - 544 с.

. Комплексные методы терапии больных экземой. Методические ре - комендации. - Харьков, 1972, - 112 с.

. Переверзев Ю.М. Гистопатолотия кожи и морфологические элемен - ты кожной сыпи.: Учебно-методическое пособие для самостоя - тельной подготовки студентов к практическим занятиям. - Ивано - во, 1988. - 40 с.

. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. - М.: Медици - на, 1980, - 552 с.

. Тумаркин Б.М. и др. Основы наружной терапии в дерматовенеро - логии /Б.М. Тумаркин, К.П. Венедиктова, Ю.М. Переверзев, Э.Д. Го - ловинов. - Иваново, 1982, - 38 с.

. Методическая разработка для студентов "Учебная история болезни", Подчеко П.И., 2002 г.