**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Истинная хроническая экзема, стадия обострения

**1. Жалобы**

Высыпания, сопровождающиеся зудом и шелушением на коже предплечий.

# **2. Аnamnesis morbi**

Считает себя больной в течение 2 ух лет. Впервые зуд возник на коже пальцев обеих рук, но через некоторое время процесс саморазрешился. Впоследствие, при обострении процесса смазывала очаг «Санафланом» и зуд уменьшался. За медицинской помощью не обращалась. Пациентка отмечает обострение процесса в осенне-весенний период.

Обратилась к врачу 2 недели назад в связи с ухудшением и распространением процесса на кожу предплечий. Госпитализирована в ККВД для лечения.

# **3. Аnamnesis vitae**

Родилась в г. Владивостоке, 9.01.1951. Росла и развивалась нормально, в школу пошла во время.

Жилищно-бытовые условия. Питание регулярное, качественное, в домашних условиях. Часто бывала на воздухе.

Трудовой анамнез. Работает посудомойкой в течение 17 лет.

Перенесённые заболевания. В детстве перенесла ветрянку. Перелом запястья левой руки в 2009 году. Туберкулез, венерические заболевания, гепатиты и другими вирусные инфекции отрицает.

Наследственность. В семье заболеваний, имеющих наследственную предрасположенность не выявлено.

Эпидемиологический анамнез. Контактов с инфекционными больными, укусов насекомых, грызунов не выявлено. За последние 2 месяца в отъезде не была.

Привычные интоксикации: не курит, не пьет. Наркотики не употребляет.

Аллергологический анамнез. Аллергии на пищевые продукты и лекарственные средства не выявлено.

# **4. Status praesens**

Кожные покровы телесной окраски, эластичность кожи не снижена, тургор ткани сохранен, влажность обычная, отёков, сыпей, папул, пустул нет. Пигментации и депигментации не выявлено. Нарушений волосяного покрова, ногтевой пластины не выявлено. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо.

Лимфатические узлы. Затылочные, шейные, околоушные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные не пальпируются.

Мышечная система: болезненности при пальпации нет, тремора в руках и ногах не наблюдается.

Костно-суставная система: кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей без деформаций, искривлений. Фаланги пальцев не изменены. Болезненности при пальпации и перкуссии нет. Конфигурация суставов обычная, припухлостей и деформаций в области суставов нет. Гиперемии кожи, местного повышения температуры нет. Объем активных и пассивных движений в суставах не ограничен. Болезненности при ощупывании и движениях нет. Хруста, флюктуации нет.

Сердечно-сосудистая система. В области сердца сердечного горба, верхушечного толчка, сердечного толчка и других патологических пульсаций не выявлено.

В пяти классических точках аускультации выслушивается ясные, ритмичные, чистые тоны сердца. Расщепления тонов, патологических шумов, шума трения перикарда, ритмов «перепела» и «галопа» не выявлено. ЧСС - 60 сокр/мин. Ритм правильный. Пульс 60 уд. в мин., артериальное давление 130\90 мм рт. ст.

Дыхательная система. Число дыхательных движений 16 в минуту. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и спереди - в области рукоятки грудины, сзади - по околопозвоночным линиям на уровне 3, 4 грудных позвонков. Побочных дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония одинаковая с обеих сторон.

Органы брюшной полости: язык розового цвета, без налета. Живот не увеличен, симметричен, при пальпации безболезненный. Напряжения мышц брюшной стенки не выявлено. Печень не увеличена, безболезненна. Селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не пальпируется.

Органы мочевыделения: симптом Пастернацкого с двух сторон отрицателен. Диурез нормальный.

Центральная нервная система: сознание ясное, интеллект нормальный. Нарушения сна, речи не выявлено. Координация движений не нарушена, походка свободная.

Эндокринная система.Нарушения роста не выявлены. Увеличение размеров носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп отсутствует.Щитовидная железа не увеличена, поверхность гладкая. Вторичные половые признаки развиты нормально.

# **5. Status localis**

Процесс ограниченный, воспалительный, симметричный; локализован на коже кистей и предплечья на обеих руках. Представлен очагами размером до 2 см с нечеткими границами, на поверхности которых располагаются папулы розово-красного цвета, диаметром до 5 мм, покрытые серозными корками; шелушением и пигментацией. На кистях выражены очаги лихенизации.

Диагностические приемы: красный стойкий дермографизм.

# План обследования.

1. Клинический анализ крови

2. Общий анализ мочи

. Кал на яйца глистов

. Серологический анализ (ИФА, ЭДС)

. Консультация психолога

. Консультация эндокринолога

. Консультация лор-врача

. Консультация гастроэнтеролога

. Консультация уролога

# **6. Результаты обследований**

1. Клинический анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Значения нормы | значения у пациента |
| гемоглобин | 120-145 г./л. | 120г/л. |
| лейкоциты | 4-9х109/л. | 8х109/л. |
| СОЭ | 2-12 мм/ч | 11 мм/ч. |
| С/я нейтрофилы | 55-70% | 63% |
| П/я нейтрофилы | 1-6% | 6% |
| Лимфоциты | 18-25% | 22% |
| Эозинофилы | 1-5% | 3% |
| Моноциты | 6-8% | 6% |
| Базофилы | 0-1% | - |

2. Общий анализ мочи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Значения нормы | значения у пациента |
| Удельный вес | 1010-1025 г./л. | 1015 г./л. |
| Белок | отсутствует | - |
| Глюкоза | отсутствует | - |
| Ацетон | отсутствует | - |
| Лейкоциты | 0-2 в п/з | 1 в п/з |
| Эритроциты | отсутствуют | - |

3. Кал на яйца глистов: отрицательно.

4. Кровь отрицательна на сифилис и ВИЧ.

# Предварительный диагноз.

Истинная хроническая экзема, стадия обострения.

# **7. Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Экзема истинная | Аллергический дерматит | Микробная экзема |
| Этиология | Генетическая, нейрогенная, эндокринная, иммунная. | Иммунная, эндокринная, генетическая, нейрогенная, ЖКТ патология | Чаще всего - β-гемолитический стрептококк. Однако развитие микробной экземы может быть связано с эпидермальным или золотистым стафилококком, протеем, клебсиеллой, грибами Candida. |
| Патогенез | Дисгамоглобулинемия, формирование циркулирующих иммуных комплексов, сенсибилизация, аутоагрессия. | Эндогенная интоксикация, сенсибилизация, аутоагрессия. | Эндогенная интоксикация, генетическое нарушение, АТ к нативной ДНК. |
| Локализация | Лицо, кожа верхних и нижних конечностей, туловища | Лицо, голова, шея, плечи, голени, локтевые сгибы, подколенные складки | Ногти, опорно-двигательный аппарат |
| Субьективные ощущения | Интенсивный зуд | Сильный зуд | Обильное шелушение |
| Сезонность | Осенне-весенняя | - | Зимняе-летняя |
| Клиника | Характеризуется острым воспалением, эритемой, отеком с последующим высыпанием групп микровезикул, которые быстро вскрываются, образуя типичные эрозии, из глубины которых выделяется серозный экссудат. Все морфологические элементы выступают одновременно, создавая характерный эволюционный полиморфизм. Высыпания имеют симметричный характер. | Яркая гиперемия и отечность кожи в месте контакта, на фоне которых видны папулы, мелкие пузырьки или пузыри, вскрывающиеся и оставляющие мокнущие эрозии. Иногда встречается некроз кожи. | Папула, покрыта чешуйками, распологается симметрично, розовато-красного цвета, четко отграниченна, уплощена, ободок гиперремии по переферии |

# **8. Клинический диагноз и обоснование**

# На основании жалоб: на высыпания, сопровождающиеся зудом и шелушением на коже предплечий.

# На основании анамнеза заболевания: впервые зуд возник 2 года назад на коже пальцев обеих рук, но через некоторое время процесс саморазрешился. Впоследствии, при обострении процесса смазывала очаг «Санафланом» и зуд уменьшался. За медицинской помощью не обращалась. Отмечено обострение процесса в осенне-весенний период. Обратилась к врачу 2 недели назад в связи с ухудшением и распространением процесса на кожу предплечий, госпитализирована в ККВД для лечения.

На основании объективного исследования: процесс ограниченный, воспалительный, симметричный; локализован на коже кистей и предплечья на обеих руках. Представлен очагами размером до 2 см с нечеткими границами, на поверхности которых располагаются папулы розово-красного цвета, диаметром до 5 мм, покрытые серозными корками; шелушением и пигментацией. На кистях выражены очаги лихенизации. Красный стойкий дермографизм.

# Больной выставляется окончательный клинический диагноз: истинная хроническая экзема, стадия обострения.

# **9. Этиология и патогенез заболевания**

Экзема - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся воспалительной реакцией кожи в виде эритематозно-везикулярного зудящего эпидермодермита, возникающее под влиянием разнообразных внешних и внутренних факторов у лиц с аллергической предрасположенностью.

В развитии экземы предполагается роль различных экзоаллергенов: при истинной экземе - аллергенов пищевых и аллергенов растительных (обычно у детей школьного возраста и взрослых).

Патогенез изучен недостаточно. Выдвигаются две гипотезы истинной экземы: иммунологическая, согласно которой экзематозный процесс возникает как следствие аллергии организма к различным аллергенам у лиц с наследственной предрасположенностью и дисфункцией клеточного иммунитета, и теория вегетативного дисбаланса в коже (блокада адренергических Р-рецепторов).

# **10. Принципы лечения**

# 1. Антигистаминные препараты (диазолин, супрастин)

2. Гипосенсебилизирующие средства (кальция глюконат)

. Мочегонные средства (фуросемид, маннит)

. Детоксикационные препараты (гемодез)

. Иммуномодуляторы (метилурацил, тактивин)

. Глюкокортикоиды (преднизалон)

. Витамины: А, В1, В2, В6, В12, В15, Е, К, С.

Местная терапия:

. Аэрозоли с кортикостероидами

. Примочки с противовоспалительными или вяжущими растворами в небольшой концентрации

. Мази (цинковая, нафталановая)

Физиотерапия: СФТ, фонофорез мазей, оксигенотерапия, лечебные грязи, иглорефлексотерапия.

экзема рецидивирующий эпидермодермит лечение

# **11. Лечение**

1. Rp.: Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml

D.t.d. N.6 in ampullis.. Вводить внутривенно медленно по 5 мл

. Rp.: Tab. Suprastini 0.025 N.20.S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

3. Rp. Caps. Aeviti 0,1 №10

D.S. Внутрь по 1 капсуле 2 раза в день

4. Rp.: Aqua destillatae ad 500,0

M.D.S. Раствор для примочки.

5. Rp.: Acidi borici - 1.0

Naphthalani - 1.5Zinci - 30.0.f. pasta.

D.S. Для наружного применения.

6. Rp.: unguentsi «Ftorocort» 15.0

D.S. Для наружного применения

7. Rp.: Lanolini destillatae aa 30,0

M.D.S. Крем наносить на поражённые участки кожи.

. Оксигенотерапия

# **Список литературы**

1. Скрипкин Ю.К. - «Кожные и венерические болезни» 2001 г., - «Москва»

. Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни» 2006 г.

. Струканова Н.П. «Кожные и венерические болезни.» 2003 г.

. Курс лекций по дерматовенерологии ТГМУ, 2013 г.