Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Уральская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Зав. кафедрой проф. д.м.н.

Кунгуров Н.В.

История болезни

Куратор: студентка ОЛД-421

Сулейманова И.Р.

Преподаватель: асс.

Ютяева Е.В.

Екатеринбург,2011

Паспортные данные

ФИО

Дата рождения 1969 года (42 года)

Место рождения: Пермская область п. Октябрьский

Домашний адрес:

Место работы: безработный

Дата поступления в стационар: 28.11.2011

Направлен участковым дерматологом с диагнозом экзема

Жалобы

Пациент предъявляет жалобы на высыпания, сопровождающиеся жжением и болезненностью в области подошвенной поверхности I, II, III, IV пальцев правой ноги, шелушение и отслойку рогового слоя, «подтекание» экссудата из раны, резкую боль при ходьбе - «как при очень сильно растертой мозоли» . Жжение средней силы, не прекращается, в течение дня эпизодически ослабевает, не купируется назначенными препаратами.

Также больной отмечает у себя вялость и сонливость в течение двух недель.

Anamnesis morbi

Пациент считает себя больным с мая 2011 года.

Начало болезни спонтанное, причину указать не может. Первыми симптомами были трещинки и волдыри на I, II, III пальцах, вследствие этого боль при ходьбе.

Через несколько дней обратился к терапевту, который его направил к дерматологу. Был поставлен диагноз экзема и назначен «Микосептин», но лечение не было эффективным.

В первых числах августа был назначен «Дипроспан». После одной инъекции внутримышечно наступило улучшение примерно на 2 недели. Затем снова состояние ухудшилось, и ранее помогший препарат не оказал положительного эффекта при повторном введении.

Диагностические мероприятия в поликлинике по месту жительства не проводились.

Мотивом для госпитализации послужило отсутствие эффекта от лечения на догоспитальном этапе.

За последние 12 месяцев не пребывал на больничном листе по данному заболеванию.

Anamnesis vitae

ФИО родился в п. Октябрьский Пермской области в семье рабочих. Первый ребенок, возраст матери 20 лет, отца - 21 год. Состояние здоровья хорошее. При родах была получена травма, вследствие которой наступил паралич правой руки, сопровождающийся нарушением мелкой моторики кисти.

У родственников кожных заболеваний нет. Оба деда умерли от онкологических заболеваний в возрасте 56 и 50 лет, бабушки от инсульта и ИБС в возрасте 71 и 73 года.

Детство провел в хороших бытовых условиях. С 2 лет ходил в садик, с 7 в школу. Окончил 10 классов, затем учился в Екатеринбургском колледже транспортного строительства. С 17 лет начал работать фотографом (павильонная съемка). Сменил много мест работы. Последние годы занимался предпринимательской деятельностью, условия труда комфортные, профессиональных вредностей нет.

На военной службе не был.

В детстве была перенесена ветрянка, примерно в возрасте 8-9 лет. В 13 лет травма с разрывом вещества почки. В 2002 году была операция по поводу удаления червеобразного отростка. Прошла без осложнений. Гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез не отягощен. У близких родственников аллергических заболеваний не выявлено.

Пациент состоит в браке, есть сын (18 лет).

Проживает в благоустроенной двухкомнатной квартире с женой.

Больной не курит, наркотические и психотропные препараты не употребляет, алкоголь примерно 150 грамм перцовки в неделю.

Status specialis

Непораженная кожа розового цвета, умеренной влажности и средней жирности. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.

Патологический процесс локализован на подошвенной части I, II, III, IV пальцев правой ноги. Процесс односторонний, несимметричный. Площадь поражения менее 1%.

Высыпания на пораженном участке в виде эритемы с нечетким неровным краем и везикул.

Вторичные элементы в виде эрозий с мелкокапельным мокнутием, отрубевидных чешуек, трещинок.

На местах регрессирующих эрозий эпителизация.

Дермографизм красный нестойкий.

Ногти розового цвета, ровные, физиологической формы, исчерченность отсутствует. Околоногтевые валики не изменены. Оволосение по мужскому типу. Волосы короткие, черные с единичными седыми волосками, не выпадают.

Пальпируются одиночные поднижнечелюстные лимфоузлы - эластической консистенции, подвижные, округлой формы, размером до 1см., с окружающей тканью не спаяны. Также пальпируются подмышечные одиночные узлы с обеих сторон. Эластичные, подвижные, округлой формы, не спаяны с окружающей тканью. Остальные группы пропальпировать не удалось.

Общий осмотр

Пациент внешне соответствует полу и возрасту. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, походка неправильная - небольшая хромота на больную ногу.

Голова среднего размера правильной формы, лицо круглое симметричное. Мимика сохранена, разрез глаз европеоидный, зрачки среднего размера, реакция на свет положительная. Нос, ушные раковины без особенностей.

Шея обычной формы, средней длины, щитовидная железа не видна и не пальпируется, за исключением перешейка (при глотании).

Грудная клетка правильной формы, окружность 110 см. Продольный размер живота преобладает над продольным размером груди. Живот большой, выступает над уровнем грудной клетки.

Конечности симметричные, средней длины, пропорциональны размеру туловища.

Рост 160 см, вес 85 кг. ИМТ= 33,2 (выше нормы). Телосложение правильное, конституция гиперстеническая.

Кожа телесного цвета. Ладонные складки розовые. Высыпания на подушечке указательного пальца левой руки в виде небольшого шелушения. В правой подвздошной области рубец после аппендэктомии, коричневого цвета, длиной 10-11см, с подлежащими тканями не спаян. Влажность кожи повышена. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.

Оволосение по мужскому типу. Волосы черные с единичными седыми волосками, повышенного выпадения нет. Ногтевые пластинки бледно-розового цвета, правильной формы, без исчерченности.

Слизистые глаз, нижних век, носа, губ, полости рта бледно-розового цвета, без высыпаний.

Подкожная жировая клетчатка развита чрезмерно, распределена равномерно: кожная складка на животе на уровне пупка 2,5 см., под лопатками и на задненаружной поверхности плеч около 2 см. Отеков нет.

Пальпируются одиночные поднижнечелюстные лимфоузлы - эластической консистенции, подвижные, округлой формы, размером до 1см., с окружающей тканью не спаяны. Также пальпируются подмышечные одиночные узлы с обеих сторон. Эластичные, подвижные, округлой формы, не спаяны с окружающей тканью. Остальные группы пропальпировать не удалось.

При обследовании опорно-двигательного аппарата выявлена небольшая хромота на правую ногу (по причине локализации патологического очага), а также нарушение мелкой моторики кисти правой руки вследствие травмы, полученной при родах.

Исследование по системам

Состояние верхних дыхательных путей удовлетворительное: носовое дыхание не затруднено, выделений нет, придаточные пазухи безболезненны при пальпации и постукивании, зев не изменен.

Грудная клетка симметрична, нормальной формы, гиперстенического типа: поперечный размер больше продольного, над и подключичные ямки не контурируются, угол Людовика выражен слабо, ход ребер в подмышечной области горизонтальный, ширина межреберья преобладает над шириной ребра, лопатки плотно прилегают к туловищу.

Участие грудной клетки в акте дыхания симметричное, активное. ЧДД 18/мин. Ритм правильный, глубина средняя, тип дыхания смешанный. Экскурсия грудной клетки 5,5 см. При пальпации безболезненная, эластичная, голосовое дрожание проводится.

При перкуссии легких патологических очагов не выявлено. Перкуторный звук ясный, легочный. Нижние границы легких соответствуют уровню 5-го межреберья.

Дыхание везикулярное, без побочных дыхательных шумов.

Деформаций в области сердца нет, верхушечный толчок не виден и не пальпируется, сердечный толчок и эпигастральная пульсация также не видны и не пальпируются. Границы сердце не расширены.

При аускультации слышны 2 тона: ясные ритмичные, акцент на легочном стволе. Побочных шумов нет.

Осмотр, пальпация, аускультация кровеносных сосудов.

Голова, шея: Дуга аорты, общие сонные артерии, височные артерии- не видны, пульсация не видна. При пальпации пульсация симметричная.

Плечевой пояс, верхние конечности: подключичные, подмышечные, плечевые, лучевые, локтевые- не видны, пульсация симметричная.

Грудная клетка, живот: брюшная аорта, бифрукация, общие подвздошные - не видны, пульсация не видна.

Таз и нижние конечности: наружные подвздошные, бедренные, подколенные, задние большеберцовые, артерии тыла стопы- не видны, пульсация не видна, пульсация при пальпации симметричная.

Пульс на лучевых артериях: не одинаков справа и слева, ритм правильный, частота 68, напряжение и наполнение средние, по величине- скорый, по форме правильный.

Аускультация артерий:

Дуга аорты, общие сонные, подключичные- 2 тона. Позвоночные, грудная аорта, чревный ствол- 1 тон. Брюшная аорта, бифрукация, общие подвздошные, наружные подвздошные, бедренные- тоны и шумы не выслушиваются.

Артериальное давление. Случайное - 125/80

Вены: хорошо видны, стенка плотная, есть сосудистая сетка на нижних конечностях, пальпация безболезненна, варикозное расширение на нижних конечностях

Осмотр рта и полости зева:

Язык нормального размера, розового цвета, симметричен, подвижен, влажный.

Десны: розового цвета, безболезненны, разрыхленность и карманы между зубом и десной отсутствуют.

Исследование живота:

При осмотре- конфигурация живота правильная (овальной формы), большого размера, участие в дыхании равномерное, пупок втянут, расхождений прямых мышц нету. Имеются послеоперационный рубец в правой подвздошной области. Видимой перистальтики желудка и кишечника не наблюдается.

Пальпация живота. Поверхностно-ориентировочная пальпация: болезненность в эпигастральной и правой подреберной областях, тонус брюшной стенки достаточный.

Глубокой методичной скользящей пальпацией выявлено: сигмовидная кишка в виде гладкого цилиндра диаметром 2см в левой подвздошной области, слепая кишка в виде гладкого цилиндра диаметром 2см в правой подвздошной области. Восходящая, нисходящая и поперечная ободочная кишка не пальпируются. Положение кривизны желудка- в проекции собственно эпигастральной области. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется. При выслушивании перистальтики кишечника- урчащий звук.

Размеры печени и селезенки не увеличены.

Система мочеотделения.

Поясничные области симметричны, кожа над ними не изменена. Болезненности при пальпации в реберно-поясничных углах нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Мочеточниковые точки безболезненны. В надлонной области местной резистентности нет, перкуторный звук тимпанический.

Над лоном резистентности нет, перкуторный звук тимпанический.

Половая система, нервная система, органы чувств не изменены.

Результаты дополнительных методов исследования.

Сахар крови 5,6ммоль/л

ХС 8,3 ммоль/л

Диагноз

Симптомы:

Первичные элементы: мелкие пузырьки, эритема, зуд, жжение

Вторичные элементы: мелкокапельное мокнутие, эрозии, отслойка рогового слоя

Диагноз: хроническая микробная экзема стоп

План обследования

Общий анализ крови

общий анализ мочи

анализ кала на яйца глистов и простейшие

биохимический анализ сыворотки крови

микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном

флюорографическое исследование органов грудной клетки

консультация кардиолога

План лечения

)Режим общий

) Стол № 15

)Медикаментозная терапия:

sol. Retinoli acetati 100000 ME/1ml №10 in amp S. внутримышечно один раз в день

Tab. Tavegyli 0,001 №20 S. по 1 таблетке до еды 2 раза в день

Tab. Pentoxifillini 0,1 № 2 таблетки 3 раза в день после еды

Ung. Acridermi 0,64% 30,0 S. Наносить на пораженную поверхность 2 раза в день

СИД-паста Cr. Exifini 1% 10,0 S. Наносить на пораженную поверхность 2 раза в день

Cr. Exifini 1% 10,0 S. Наносить на пораженную поверхность 2 раза в день

Дифференциальный диагноз

Больному поставлен предварительный диагноз 'микробная экзема'.

Данное заболевание имеет сходную клиническую картину с такими заболеваниями как: микотическая экзема, атопический дерматит, аллергический дерматит. [1]

Микробная экзема имеет ряд признаков, характерных также и для микотической экземы. В обоих случаях первичными морфологическими элементами являются экссудативная папула, микровезикула, эритема, а позже появляются серозные и геморрагические корки, мокнущие эрозии (симптом сецернирующих экзематозных колодцев).

Также характерны резкие, фестончатые границы очагов, обусловленные отслойкой эпидермиса в виде бахромки. Всегда имеется выраженная инфильтрация кожи с лихенизацией. Для обеих форм экземы характерна асимметричность патологического процесса (особенно в начале) с преимущественной локализацией на голенях и стопах.

Основной жалобой является зуд.

Вместе с тем у больного есть признаки, нехарактерные для микотической экземы: наличие пустул в виде отсевов на пораженном участке и по периферии, а также отсутствие сенсибилизации грибами в анамнезе (перед началом воспалительных явлений), подтвержденное данными лабораторных исследований.

Признаки, свойственные микотической экземе и отсутствующие у больного - это развитие процесса на фоне существующих очагов микоза с формированием сенсибилизации к грибам, а также обнаружение грибов в материале, взятом на исследование с пораженных мест, на основании чего и ставят окончательный диагноз.

Также микробную экзему следует дифференцировать с аллергическим (экземоподобным) дерматитом.При аллергическом дерматите характерной жалобой является зуд, а сам процесс может начинаться асимметрично, что является сходным с данными, полученными из беседы с больным и его осмотра. Но помимо этого у данного больного есть признаки, не характерные для дерматита. Это полиморфность высыпаний, склонность к периферическому росту.

С другой стороны, существует ряд отличительных черт, свойственных дерматиту, но отсутствующих у больного, а именно: мономорфные эритематозно-везикулезные высыпания, быстрое и бурное течение процесса с локализацией на месте контакта с аллергеном (большей частью на кистях), после прекращения действия которого процесс быстро угасает.[2]

Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом. Для острого течения атопического дерматита, как и для экземы, характерны папуло-везикулезные высыпания, трещины, мокнутие, корки, сильный кожный зуд.

Отличительными признаками являются: манифестация атопического дерматита, как правило, в детском возрасте, чего у пациента не было выявлено в ходе расспроса. Семейный анамнез по заболеваниям кожи не отягощен. Заболевание возникло спонтанно, ему не предшествовали какие-либо провоцирующие факторы- стресс, аллергические реакции. Локализация патологического процесса у пациента на стопе, а для дерматита характерные места высыпаний щеки, разгибательные поверхности конечностей.[3]

Таким образом, наличие спонтанно появившихся полиморфных высыпаний в виде микровезикул, эритемы, трещинок, сопровождающися мокнутьем, жжением, а также отсутствие в анамнезе данных о грибковых заболеваниях, ранее перенесенных аллергических реакциях, позволяет предположить диагноз - микробная экзема.

Дневник курации

жжение шелушение нога роговый

30.11.11

Жалобы на жжение в пораженном очаге, боль при ходьбе. Также пациент отмечает сонливость и апатию.

Объективно. В области пораженной поверхности полиморфизм высыпаний: гиперемия с нечеткими границами, небольшая отечность, мокнутье, неглубокие эрозии без четких границ.

Общее состояние удовлетворительное. АД 125/85. Ps 90. Тоны сердца ясные, акцент II тона на легочном стволе, ритм правильный. ЧДД 18/мин. Дыхание средней глубины, ритмичное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Назначены СИД-паста + акридерм на пораженную область, тавегил и пентоксифиллин внутрь.

.12.11

Пациент отмечает уменьшение жжения, жалуется на сохраняющуюся боль при ходьбе.

Объективно. Гиперемия сохранена. На месте эрозий образовались корочки. В области плюснефалангового сустава IV пальца на сгибательной поверхности - трещина, в глубине которой мокнутье.

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/85. Ps 86. Тоны сердца ясные, акцент II тона на легочном стволе, ритм правильный. ЧДД 18/мин. Дыхание средней глубины, ритмичное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Продолжение приема назначенных препаратов.

.12.11

Жалобы на боль при ходьбе.

Объективно. Уменьшение интенсивности гиперемии, отечность отсутствует. На месте эрозий и корочек - отрубевидные чешуйки и шелушение. В области трещины гиперемия, мокнутье.

Общее состояние удовлетворительное. АД 125/80. Ps 88. Тоны сердца ясные, акцент II тона на легочном стволе, ритм правильный. ЧДД 17/мин. Дыхание средней глубины, ритмичное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Продолжение приема назначенных препаратов.

.11.11

Пациент жалоб не предъявляет.

Объективно. В пораженном очаге гиперемия, мокнутье отсутствуют. На месте эрозий, корочек, чешуек начался процесс эпителизации раны.

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/85. Ps 86. Тоны сердца ясные, акцент II тона на легочном стволе, ритм правильный. ЧДД 18/мин. Дыхание средней глубины, ритмичное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Лечение: отмена СИД-пасты + акридерма, пентоксифиллина. Назначен витамин А внутримышечно, экзефин наружно.

Таким образом, динамика течения заболевания положительная. Назначенная терапия эффективна, перенесена удовлетворительно, без побочных эффектов.

Список используемой литературы

1. <http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/n4/165.shtml> Том I/N 4/1999

2. <http://works.tarefer.ru/51/101796/index.html>

3. 3. Дерматовенерология: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Е.В. Соколовский, Е.Р. Аравийская, К.Н. Монахов и др.; Под редакцией Е.В. Соколовского. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - с. 174, 203