**ФИО больного**:

**Возраст**: 48 лет.

**Место жительства**:

**Профессия**:

**Дата курации**:

**Диагноз**: eczema microbialis chronica, на фоне пиодермии.

**Сопутствующие заболевания и осложнения.**

Больной жалуется на артрит, бронхит, гастрит. Экзема протекает на фоне вторичной пиодермии.

**Жалобы на день курации.**

Больной жалуется на обильные высыпания на коже обеих голеней, боковых поверхностей живота, предплечий, кистей и подмышечных впадин, сопровождающиеся зудом.

**Anamnesis vitae.**

В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Женат, имеет дочь. Условия быта удовлетворительные.

**Наследственность**.

Мать страдала от сахарного диабета, получила закрытую черепно-мозговую травму. У троюродного племянника обнаружена бронхиальная астма, у дочери кожные высыпания на ногах.

**Перенесенные заболевания.**

Пневмония, алкогольный делирий.

**Перенесенные операции.**

Кондиломэктомия.

**Аллергологический анамнез**:

Аллергия на чистящие средства для мытья посуды.

**Вредные привычки**:

Курение (с 10 лет), принятие алкоголя (около бутылки водки в день).

**Anamnesis morbi.**

Считает себя больным с декабря 2006 года, что связывает изначально с рожистым воспалением ноги (вследствие колотой производственной травмы), которое далее привело к высыпанию на ноге (февраль-март). За это время больной неоднократно ложился на лечение в больницы. В марте-апреле сыпь распространилась на боковые поверхности живота и в подлопаточную область. В июне отметил регресс заболевания. В начале августа сыпь появилась в подмышечной впадине, тыле предплечий и в паху. По этому поводу больной принимал тридерм и кандид Б, что привело к положительным результатам.

**Общий статус**.

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормостеническое.

**Кожные покровы вне очагов поражения**.

Окраска кожных покровов бледно-розовая. Эластичность кожи снижена. Пото- и салоотделение в пределах нормы. Дермографизм слабо выражен (красноватый, нестойкий). Чувствительность сохранена на всех участках кожи.

**Подкожная жировая клетчатка.**

ПЖК развита умеренно, распространена равномерно.

**Мышечная система**.

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы удовлетворительное.

**Костная система**.

Жалоб нет.

**Исследование суставов**.

Жалуется на артралгии в позвоночнике и голеностопных суставах.

**Система дыхания**.

Жалобы на бронхит (в связи с курением). Перенес пневмонию. Дыхание через нос свободное. При осмотре и пальпации грудной клетки отклонений не выявлено. Перкуторный звук над легкими ясный легочный. При аускультации – жестковатое дыхание.

**Система кровообращения**.

ЧСС – 76 уд/мин. АД – 110/70. Жалоб нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный.

**Система пищеварения**.

Жалоб нет. Аппетит хороший.

Слизистая полости рта: бледно-розовой окраски. Язык обложен бледным налетом.

Исследование живота: живот правильной формы, симметричен. Перкуторный звук – тимпанический. Болезненности при пальпации не выявлено.

Гепатобилиарная система: при пальпации печень не выходит из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка: не пальпируется.

**Мочевыделительная система**.

Жалоб нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный билатерально.

**Нервно-психический статус**.

Жалобы на неспокойный сон. Зрачки симметричные, на свет реагируют.

**Диагноз**: Микробная хроническая экзема на фоне пиодермии.

**Анализы**:

1. Общий анализ мочи (31.08.07) – без патологий.
2. Общий анализ крови (31.08.07) – эозинофилия, лимфоцитоз, нейтропения.
3. HBV, HCV (31.08.07) – отрицательно.
4. Реакция Вассермана (31.08.07) – отрицательна.
5. Антитела к HIV – не обнаружены.

**Обоснование диагноза**.

Следующие данные говорят за хроническую микробную экзему:

1. Из анамнеза: данная патология возникла вследствие вторичной экзематизации очага пиодермии (колотая производственная травма).
2. При осмотре: очаги поражения кожи с весьма выраженными границами. Очаги эритематозны. Видны эрозии, микровезикулы, мелкие пустулы. Кожа в пораженной области бордово-синюшного цвета.
3. Отмечается лихенизация кожи с чешуйками и трещинами.
4. Эозинофилия свидетельствует об аллергических процессах, нейтропения – о хронизации патологии.

**Status localis**.

Поражение кожных покровов хронического воспалительного характера. Высыпания обильные. Сыпь локализуется на голенях, боковых поверхностях живота, предплечьях, кистях, в подмышечных впадинах и на спине. Видны эрозии, микровезикулы, мелкие пустулы, корочки, мозолистые гиперкератотические образования, участки лихенизации. Границы высыпания достаточно резкие. Высыпания имеют мягкую консистенцию. Высыпания сопровождаются зудом, усиливающимся ранним утром.

**Дифференциальный диагноз.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Симптом** | **Экзема** | **Атопический дерматит** |
| Локализация высыпаний | Конечности, туловище | Лицо, шея, плечи, подколенные складки |
| Поражение красной каймы губ | Отсутствует | Присутствует |
| Эдема | Острый отек | Необязательный признак |
| Мокнутие | Серозные колодцы с мокнущей поверхностью (при обострении) | Нет выраженного мокнутия |
| Дермографизм | Красный нестойкий | Белый стойкий |
| Сроки появления | Зрелый возраст | В младенчестве и детстве |
| Этиология | Микробная | Неизвестна |
| Сезонность улучшений | Не наблюдается | Улучшение в летний период |
| Кожные пробы с проф.раздражителем | Положительны | Отрицательны |
| Ответ на лечение | Быстрый регресс при адекватной терапии | Трудно поддается лечению |

**Лечение**.

1. Санация очагов хронической инфекции (пиодермии).
2. Диета: ограничение копченостей, консервированных продуктов, сладостей, цитрусовых, шоколада. Такая гипоаллергенная диета позволит снизить количество реагинов и сенсибилизированных Т- и В-лимфоцитов, играющих центральную роль в патогенезе ГНТ.
3. Общая терапия:

а) Глюкокортикоиды – для подавления воспаления и десенсибилизации: преднизолон, дипроспан;

б) Н1-блокаторы – для устранения аллергических реакций: супрастин, тавегил, диазолин;

в) Ретинола ацетат – улучшает регенеративные процессы в коже;

г) Аскорбиновая кислота – положительно влияет на синтез коллагена, укрепляет стенки капилляров (снижает проницаемость).

4. Местное лечение:

а) мази с глюкокортикоидами – преднизолоновая, целестодерм, ультролан – подавляют воспаление и аллергические процессы;

б) анилиновые красители – для устранения пиодермии.

5. Физиотерапия:

а) эндоназальный электрофорез;

б) диадинамические токи;

в) УФ-облучение;

г) УВЧ-терапия

д) лечебные грязи.

Rp.: Sol. Prednisoloni 1% - 1 ml

D.t.d.N 4 in ampullis.

S. Вводить внутримышечно по 1 мл 1 раз в сутки.

Rp.: Retinoli acetatis 33000 ME

D.t.d.N 10 in tabulettis.

S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день.

Rp.: Acidi ascorbici 0,1

D.t.d.N 30 in tabulettis.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Suprastini 25

D.t.d.N 30 in tabulettis.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp: Unguenti Synaflani 0,015% - 15

D.S. Наносить плотным слоем на пораженные участки 1 – 3 раза в день, слегка втирая в кожу.

Rp.: Sol. Iodi spirituosae 3% - 10 ml

D.t.d. N 2.

S. Смазывать пораженные участки кожи.

**Прогноз**:

1. Для жизни – благоприятный.
2. Для излечения – благоприятный.

**Профилактика рецидивов**:

1. Соблюдение правил личной гигиены.
2. Лечение очагов пиодермии.
3. Рекомендована молочная диета.
4. Запрещается контакт с производственными и бытовыми аллергенами.
5. Лечение сопутствующих заболеваний.
6. Климато-курорто-терапия.