**АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

**Зав. кафедры профессор Танков Ю. П.**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Больной: … 49 лет.**

**Клинический диагноз: Хроническая экзема, стадия обострения с присоединением пиогенной инфекции**

**Проверил: Латышева В. В.**

**Дата курации: 23.04.08.**

**Выполнил: студент Саая**

**М. К. 433гр.**

**Барнаул 2008г.**

**Паспортные данные**

Ф.И.О: …

Дата рождения: …

Адрес: …

Дата поступления: 21.04.08.

Дата курации: 23.04.08.

**Жалобы**

На момент курации больной предъявляет жалобы на высыпания на кистях в виде мелких пузырьков, отечность, мокнутие, кожный зуд, чувство жжения, и покраснения.

**Анамнез жизни**

…. родился 1 мая 1959 года в г. N. По счету второй ребенок в семье, старшая сестра и младший брат(умер в 2002 году). Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. С 1979 года служил в военной части до 2006 года. На данный момент работает мастером в военной части. Жилищные, санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, живет в благоустроенной квартире. Женат, двое детей. В детстве перенес краснуху, ветряную оспу. Туберкулез, гепатит и венерические заболевания отрицает. В 1977 году открытый перелом голени, 1989 году был прооперирован по поводу кист в почках. Гемотрансфузий не было. Аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные средства отрицает.

Курит с 16 лет, 15-16 сигарет в сутки, употребляет алкоголь редко.

**История заболевания**

Первые клинические проявления заболевания выявились в 1986 году, когда у больного появились на кистях рук мелкие сгруппированные пузырьки, кожный зуд. Затем пузырьки вскрылись, образуя мелкие эрозии. После чего больной обратился за помощью в госпиталь, где ему было проведено лечение и поставлен диагноз – хроническая экзема.

Обострения наблюдаются до нескольких раз в год в связи с переменой погоды. Данное обострение началось 7 апреля, когда появились гиперемия, отек кистей, кожный зуд, высыпания в виде мелких вскрывающихся пузырьков и эрозии с мокнутьем. Больной проводил лечение в домашних условиях, принимал «Тавегил». Лечение не помогло, произошло присоединение пиогенной инфекции, при которой содержимое полостных элементов стало гнойным. Температура тела повысилась до 39,0°С. После чего обратился в больницу.

**Общий осмотр**

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая, осанка прямая. Рост 175 см, масса тела 71 кг. Температура тела 37,8°С.

**Исследование отдельных частей тела**

**Исследование опорно-двигательного аппарата:**

При осмотре суставов конфигураций и деформаций не выявлено. Окраска кожи и температура над суставами не изменены. Объем активных и пассивных движений во всех плоскостях сохранен.

**Органы дыхания:**

Грудная клетка нормостеническая, ассиметрии нет. Тип дыхания брюшной. ЧД 16. При пальпации болезненности не выявлено, голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии перкутируется ясный легочной звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет.

**Органы кровообращения:**

При осмотре области сердца дефигураций, пульсаций не выявлено. Пульс 76 уд в мин, синхронный, ритмичный, твердый, полный. Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации соотношение тонов на верхушке и на основании не нарушен. Ритм правильный. ЧСС 76 уд в мин. Внутри- и внесердечных тонов не выявлено. АД 120/80.

**Органы брюшной полости:**

Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Напряжения брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации отклонений не выявлено.

Пальпация печени: при пальпации передне-нижний край острый, поверхность мягкая.

Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. При перкуссии тимпанический звук. Симптом Менделя отрицательный. Свободной жидкости не выявлено. Границы печени по Курлову: 9см, 8см, 7см. Размеры селезенки 6см\*5см.

**Органы мочеотделения:**

При осмотре в поясничной области покраснения, припухлостей, отечности кожи не выявлено. Выпячивания над лобком нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Специальный статус больного:**

Кожа нормальная. Потоотделение общее, умеренное до болезни и в процессе заболевания. Салоотделение умеренное. Пигментация: кожа телесного цвета. Сосудистая реакция кожи на раздражение – красный дермографизм. Мышечно-волосковый рефлекс отрицательный.

**Общее описание дерматоза**

Высыпания локализуются на кистях рук. Сыпь располагается симметрично на обеих руках. Расположение сыпи сливное (групповое). Высыпания имеют воспалительный характер. Наблюдается ложный полиморфизм сыпи.

**Детальное описание сыпи**

Первичные морфологические элементы представляют собой микровезикулы, расположенные на эритематозной, отечной коже. Очаги имеют различную величину, нечеткие контуры, округлой формы, окружены ободком отслаивающегося рогового слоя. Наблюдаются ярко-красные мелкие точечные эрозии с каплями гнойного экссудата. Мелкие пузырьки с плотной покрышкой 1-2 мм, не связаны с волосяными фолликулами. Наблюдается неограниченный рост на область предплечья. После вскрытия микровезикул образуются эрозии, наблюдается мокнутие. Динамика развития: при разрешении острого процесса возможно появление застойной эритемы, участков папулезной инфильтрации, лихенизации кожи с чешуйками и трещинами. К вторичным морфологическим элементам относятся чешуйки, желто-зеленые корочки, которые свидетельствуют о присоединении пиогенной инфекции.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного на высыпания на кистях в виде мелких пузырьков, отечность, мокнутие, покраснение, кожный зуд, чувство жжения, а также учитывая клиническую картину: наличие гиперемии, отечности, высыпаний в виде микровизикул, эрозий, мокнутия, также наличие желто-зеленых корочек. учитывая анамнез заболевания и ранее поставленный диагноз: «Хроническая экзема», можно поставить предварительный диагноз – «Хроническая экзема, стадия обострения с присоединением пиогенной инфекции».

**План дополнительных методов исследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Реакция Вассермана.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз проводят с аллергическим дерматитом. Для этого необходим тщательный сбор анамнеза, при котором можно выяснить наличие аллергена. Также необходимо проведение аллергических кожных проб с предполагаемым аллергеном – компрессных, капельных, скарификационных. Для экземы характерны поливалентная сенсибилизации и хроническая рецидивирующие лечение, а для аллергического дерматита характерны моновалентная сенсибилизация и острое течение.

Окончательный диагноз:Ekzema

**Этиология и патогенез**

**Экзема** – заболевание с поливалентной сенсибилизацией, в развитии которой играют роль как экзогенные (химические вещества, лекарственные, пищевые и бактериальные аллергены), так и эндогенные (антигенные детерминанты микроорганизмов из очагов хронической инфекции, промежуточные продукты обмена) факторы. Ведущая роль в патогенезе экземы принадлежит иммунному воспалению в коже, развивающемуся на фоне подавления клеточного и гуморального иммунитета, неспецифической резистентности наследственного генеза. Большое значение в развитии истинной экземы предается рефлекторным влияниям, исходящим из ЦНС, внутренних органов и кожи, а в развитии микробной и профессиональной экземы – сенсибилизации соответственно к микроорганизмам или химическим веществам. Обострение экземы возникает под воздействием психоэмоциональных стрессов, нарушений диеты, контактов с химическими веществами и другими аллергенами.

Гистологически процесс проявляется серозным воспалением преимущественно сосочкового слоя дермы и очагами спонгиоза шиповатого слоя эпидермиса. В дерме наблюдается переваскулярные лимфоцитарные инфильтраты и отек. В хронической стадии превалирует акантоз и выраженный в лимфогистеоцитарный инфильтрат сосочковом слое дермы.

**Лечение**

Проводится комплексное лечение:

- гипосенсебилизирующая терапия (в/в инъекции тиосульфата натрия, хлорида кальция).

- противогистаминные препараты – блокаторы Н1-рецепторов: димедрол, тавегил, супрастин. Блокаторы Н2-рецепторов: циметидин.

- кортикостероидные гормоны (преднизолон) в сочетании с препаратами калия, кальция.

Наружное лечение: при острой мокнущей экземе применяют примочки с 2% борной кислотой, после прекращения мокнутия – масляные, водные болтушки, затем пасты или охлаждающие кремы (1-10% ихтиол) или кремы и мази с кортикостероидными гормонами (преднизолоновая, флуцинар).

**Дневник**

16.04.08.

Общее состояние больного средней степени тяжести, жалобы предъявляет на высыпания на кистях в виде мелких пузырьков, отечность, мокнутие, покраснение, кожный зуд, чувство жжения, сознание ясное, положение активное. Температура тела 37,7.

В легких при перкуссии ясный легочной звук, при аускультации – везикулярное дыхание. ЧДД 18.

Пульс синхронный, ритмичный, 72 уд/мин. Тоны сердца ясные, не приглушены, ЧСС 72 уд/мин. АД 130/80.

При осмотре кистей наблюдается гиперемия, отек, мокнутие, высыпания в виде микровезикул, точечные эрозии, желто-зеленые корочки.

17.04.08.

Общее состояние больного средней степени тяжести, жалобы предъявляет на высыпания на кистях в виде мелких пузырьков, отечность, мокнутие, покраснение, кожный зуд, чувство жжения, сознание ясное, положение активное. Температура тела 37,2.

В легких при перкуссии ясный легочной звук, при аускультации – везикулярное дыхание. ЧДД 16.

Пульс синхронный, ритмичный, 76 уд/мин. Тоны сердца ясные, не приглушены, ЧСС 76 уд/мин. АД 120/80.

При осмотре кистей наблюдается гиперемия, отек, мокнутие, высыпания в виде микровезикул, точечные эрозии, желто-зеленые корочки.

**Эпикриз**

Больной, … 48-ми лет, поступил 21.04.08. в кожно-венерологический диспансер с жалобами на покраснение, высыпания на кистях в виде мелких пузырьков, отечность, кожный зуд, чувство жжения. При осмотре выявлено: гиперемия, отечность кистей, наличие высыпаний в виде микровезикул, точечные эрозии, мокнутие. Был поставлен диагноз: хроническая экзема, стадия обострения. В данный момент находится в стационаре, где получает лечение в полном объеме. Наблюдается динамика улучшения.