***Формальные данные***

 Ф.И.О. больного:

 Возраст: 38 лет

 Дата рождения: 25.10. 1967

 Пол: мужской

 Место жительства: г. Москва

 Профессия и место работы: слесарь»

 Семейное положение: женат

 Дата поступления в стационар: 05.05.2005 г.

 Дата выписки: -

 Диагноз направления: Экзема

 Диагноз клинический: Истинная экзема.

 ***Анамнез***

  ***Жалобы пациента***

Больной в настоящее время жалоб не предъявляет.

 ***Начало и развитие данного заболевания***

. считает себя больным в течение 6 лет, когда весной 1999 года впервые появились кожные высыпания на голенях. Больного также беспокоил выраженный зуд, припухлость в зоне поражения. Пациент ни с чем не связывает начало заболевания. Обратился в дерматовенерологический диспансер, где лечился амбулаторно.

В первых числах апреля 1999 года вновь появились умеренные высыпания на коже голеней, сопровождающиеся значительным зудом и отёком. За медицинской помощью пациент не обратился. Все явления прошли самопроизвольно летом 2001 года.

28 апреля 2005 года появились единичные высыпания на голенях (от коленных суставов до голеностопных суставов). В течении недели голени покраснели, отекли, сыпь стала более выраженной, появился зуд, мокнутия. 5 мая обратился в дерматовенерологический диспансер, где было назначено амбулаторное лечение бриллиантовой зеленью и ихтиоловой мазью. Несмотря на проводимое лечение состояние больного ухудшилось , отёчность распространилась на голеностопные суставы, усилились все проявления болезни, 1 мая поднялась температура до 37,5 ˚C. На втором приёме 5 мая в диспансере была направлена в госпитальную клинику кожных болезней. В этот же день госпитализирован в отделение.

 ***Анамнез жизни больного***

Родился 25.10.1967 г. доношенным, воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями, в городскойой местности в Москве. Вскармливание искусственное. Питание полноценное и достаточное. В детстве перенес корь, болел ветряной оспой. Детские прививки делались по возрасту. Травм и операций в течение жизни не отмечено. Респираторными заболеваниями болеет редко. Состоит в браке, супруга здорова. Детей нет. Психические, венерические заболевания отрицает.

 ***Социально-бытовой анамнез***

Больной относится к социализированной группе населения. Материальная обеспеченность достаточная. Жилище благоустроенное, хорошо проветриваемое, освещенность нормальная. Питание полноценное, не вегетарианское. Одежда соответствует климато-погодным условиям и социальному статусу больного. Не курит (курил с 2002 по 2003 гг.), не злоупотребляет алкоголем.

 ***Профессионально-производственный анамнез***

Абрамов Г. Ф. имеет среднее специальное образование. В настоящий период работает. Работает слесарем. Профессиональная деятельность была связана с пребыванием на открытом воздухе.

 ***Семейный анамнез, наследственность***

Родители хронической патологии не имеют. Заболевания кожи у родителей отрицает. Состояние здоровья родственников: брат здоров. Данных о возможности влияний семейных инфекций на пациента (сифилис, туберкулез, нервно-психические заболевания, алкоголизм, болезни обмена веществ, онкологические заболевания) нет.

 ***Иммунологический анамнез***

Аллергологический анамнез в отношении пищевых, лекарственных, ингаляционных, эпидермальных антигенов отрицательный: больной не отмечает связи между контактом с антигенными и непереносимостью их. Аллергологические пробы никогда не проводились. Иммунопатологию у себя и родственников отрицает.

 ***Объективное исследование***

 Вес: 85 кг

 Рост: 170 см

 Общее состояние больного: относительно удовлетворительное

 Тип телосложения: нормостенический

 Подвижность, походка: без ограничений движений, походка

ровная

 Пропорциональность развития: развит пропорционально

 Положение пациента: активное

 Мышечная сила: тонус высокий

 Поведение, характер: контактен, адекватен

 Сознание: полное, ясное.

 Выражение лица: осмысленное.

 Видимые слизистые оболочки, волосы, ногти без патологии.

Кожа бледно-бежевого цвета. Тургор снижен, выражена складчатость. Влажность достаточная. Рубцов нет. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые, чистые, отделяемого нет. Склеры нормальной окраски. Волосы местами депигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикулеза не выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности.

 Подкожная жировая клетчатка

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, отеков нет.

Патологического локального скопления жира не найдено.

 Мышечная система и костно-суставной аппарат

Мышцы конечностей и туловища развиты умеренно, тонус и сила сохранены, болезненности нет. Участковгипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа,грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная. Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей.

 Лимфатические узлы

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение подчелюстных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные, эластичные, подвижные. Также пальпируются подмышечные лимфоузлы - множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные, неподвижные. Другие лимфатические группы не пальпируются, что соответствует норме.

 Полость рта

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и трещин. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые, блестящие. Зубная формула --- 5:5/6:4, есть кариозные зубы. Десны не изменены. Язык нормальных размеров и строения, налета нет. Небо, зев, без особенностей. Миндалины не выходят за пределы передних дужек.

 Шея

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется. Пульсация сонных артерий определяется с обеих сторон. Набухания и пульсации яремных вен нет. Ограничений подвижности нет.

 Органы дыхания

Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического секрета нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха. Гортань не изменена. Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно, расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту. Пальпация грудной клетки информации о болевых точках не дает. Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в симметричных участках. Крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный, гамма звучности сохранена.

 Топографическая перкуссия легких

Параметр | Правое | Левое

Высота верхушек спереди p 4cm |

 3 см над ключицей

 p 4cm | 3 см над ключицей

Высота верхушек сзади

 p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

 p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

Ширина полей Кренига c| 5 см c| 5 см

Нижняя граница по линиям Граница Подвижность Граница

 Подвижность

Парастернальная V межреберье --- --- ---

Срединно--ключичнаяя VI ребро --- --- ---

Передняя аксиллярная VII ребро --- VII ребро ---

Средняя аксиллярная VIII ребро 4 см VIII ребро 4 см

Задняя аксиллярная IX ребро --- IX ребро ---

Скапулярная X ребро --- X ребро ---

Околопозвоночная остистый отросток Th \_ XI ---

остистый отросток Th \_ XI

 ---

При аускультации легких в клиностатическом и ортостатическом положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками легких слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

 Сердце

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено.

При пальпации сердечной области верхушечный толчок определяется в V межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии на 0,5 см, не разлитой (ширина 2 см), не усилен. Толчок правого желудочка не определяется. Пальпация основания сердца и детальная пальпация области аорты и области легочного ствола информации не дает. «Кошачьего мурлыканья», болезненности при ощупывании не выявлено.

 Перкуссия сердца

Граница Относительная тупость Абсолютная тупость

Правая 1.5~см кнаружи от правого края грудины Левый край грудины

Верхняя Середина III ребра IV ребро

Левая 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии ---

Границы сердца соответствуют норме.

Размеры сердца: поперечник --- 14 см, длинник --- 15 см.

Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются нормальные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана, добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено.

 Аорта и сосуды

 Пульсации аорты не обнаружено. Извитости и видимой пульсации области височных артерий, «пляски каротид «, симптома Мюссе и капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены. Сосудистых звездочек и «caput medusae» нет. Венный пульс не определяется. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую величину; пульс ритмичен (pulsus regularis), частота 60 в минуту, дефицита нет, пульс напряженный, твердый (pulsus durus), полный (pulsus plenus), равномерный по наполнению (pulsus alqualis), скорый по форме (pulsus celer). Пульсовая волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и артериях стопы. Аритмии нет. Артериальное давление 140/95 мм рт. ст.

 Живот

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior в виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. Признаков метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во время исследования не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Осмотр области желудка не дает информации. Нижняя граница определяется на 3 см выше пупка. Стенка желудка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная. Пальпация точек Боаса, Опенховского, Мак Берни симптоматики не дает. Все отделы кишечника расположены правильно, диаметр 1,5--2,5 см, стенка эластичная, гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет. Pancreas не пальпируется, что является нормой

 Задний проход и наружные половые органы

Патологических изменений перианальной области и ануса в виде геморроидальных узлов, опухолевидных образований, трещин заднего прохода не обнаружено. Признаков кровотечения не отмечено. На коже патологических элементов нет.

 Печень

Перкуссия.

Ориентир Граница

 Относительная верхняя граница по linea clavicularis dextra Середина VI ребра

 Абсолютная тупость по linea clavicularis dextra сверху Нижний край VI ребра

 Граница по linea clavicularis dextra снизу Совпадает с краем реберной дуги

 Верхняя граница по linea mediana anterior Основание мечевидного отростка

 Нижняя граница по linea mediana anterior Между верхней и средней третями расстояния от пупка до основания мечевидного отростка

 Левая граница по реберной дуге Linea parasternalis sinistra

Ординаты Курлова 10, 9 и 8 см

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено. При глубокой - на глубоком вдохе край печени выходит из-под края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный, безболезненный. Осмотр области желчного пузыря не информативен. Пальпация безболезненная (симптом Курвуазье отрицательный). Симптомы Мюсси, Ортнера отрицательны.

 Селезенка

Перкуссия.

Ориентир Граница

 Верхняя граница по linea axillaris medialis sinistra IX ребро

 Нижняя граница по linea axillaris medialis sinistra XI ребро

 Задний верхний полюс Linea scapularis sinistra

 Передний нижний полюс Linea costoarticularis

Поперечник селезенки - 6 см, длинник -12 см.

Селезенка не пальпируется, что соответствует норме.

 Почки и мочевыводящие пути

Левая и правая почки в горизонтальном и вертикальном положениях не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочевой пузырь не определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

 Нервная система

Ассиметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные, Зрение снижено в связи с катарактой. Слух не снижен, в наружных слуховых проходах нет серных пробок. Запахи различает. Дермографизм розовый, появляется через 15 сек, стойкий. В позе Ромберга устойчива.

 ***Status localis***

В патологический процесс вовлечена кожа правой и левой голеней от колена до голеностопных суставов. На левой голени на передней поверхности – 3 очага диаметром 4 см; на правой – сплошное поражение со всех сторон. На фоне резко ограниченной гиперемии и отечности определяются очаги поражения с плотными инфильтратами. По периферии очагов располагаются плоские серозные корочки. В области ладонной поверхности луче запястного сустава кожа лихенифицирована.

***Необходимые исследования:***

1. Анализ крови на ВИЧ
2. Анализ крови на гепатиты В и С
3. Общий анализ крови
4. Общий анализ мочи
5. Анализ крови на содержание глюкозы
6. Анализ крови - RW

***Лабораторные исследования***

 Анализ крови клинический

 Дата: 12.05.2005 г.

Показатель Результат Норма

Гемоглобин 147 г/л М --- 132.0--164.0 г/л, М--- 120--150 г/л

Эритроциты 4.57 х 1012 /л М --- (4.5-5.0) cdot 10^ 12 /л, М--- (3.7-4.7) х 1012 /л

Цветовой показатель 0,9 0.86--1.05

СОЭ 8 мм/ч М --- 1--10 мм/ч, М--- 2--15 мм/ч

Лейкоциты 6,3 х 109 /л (4.0-8.8) х 109 /л

Нейтрофилы палочкоядерные 1 % 1--6 %

Нейтрофилы сегментоядерные 64 % 47--72 %

Эозинофилы 5 0.5--5 %

Лимфоциты 27 % 19--37 %

Моноциты 9 % 3--11 %

 Заключение: изменений в клиническом анализе крови не обнаружено.

 Анализ мочи клинический

 Дата: 12.05.2005 г.

Показатель Результат Норма

Цвет мочи соломенно-желтый соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1.022 1.010--1.025

Белок отр. до 0.012 г/л

Эритроциты (свежие) 2 в п/зр. до 3 в п/зр.

Лейкоциты 3--5 в п/зр. М --- до 3 в п/зр., Ж --- до 5 в п/зр.

 Заключение: изменений нет.

 Анализ крови RW

Дата: 12.05.2005 г.

Отрицательный.

 Анализ крови на ВИЧ

Дата: 12.05.2005 г.

Антитела к ВИЧ не выявлены.

 Анализ крови на геп. В

Дата: 12.05.2005 г.

HBsAg не выявлены.

 Анализ крови на содержание глюкозы

Дата: 12.05.2005 г.

Глюкоза 94 мг/дл (N = 70-110).

 ***Диагноз и обоснование диагноза***

На основании жалоб и проведенного физического исследования предполагается наличие у больного экзематозного процесса (истинная экзема, начало стадии ремиссии). Это подтверждается острым началом заболевания в 1999 году и последующим хроническим рецидивирующим течением патологического процесса на коже (летом – ремиссия, каждую осень – обострение). Пациент не может сопоставить начало болезни и её обострения с воздействием какого-либо фактора. Это является характерным для экземы. В анамнезе фигурирует предполагаемый диагноз, выставленный в 1999 г.; пациент получал соответствующее лечение, которое не привело к длительной ремиссии. Из субъективных симптомов обращает внимание выраженный зуд, уменьшающийся при использовании гормональных кремов и антигистаминных препаратов - это типичное проявление аллергического процесса. Объективно у пациента обнаруживаются характерные признаки экземы: асимметричные высыпания на эритематозном, отёчном фоне. Следует отметить, что на момент обследования гиперемия выражена умеренно, отёк незначителен, это говорит о разрешении процесса и правильной тактике лечении. Данные анамнеза указывают на то, что начало настоящего обострения протекало тяжело, с присоединением инфекции. Это привело к общим симптомам – повышение температуры. На момент исследования признаков пиодермии нет, но имеется регионарный лимфаденит, что косвенно подтверждает диагностическую гипотезу. При локальном обследовании выявляется типичные для экземы первичные и вторичные элементы, отображающие истинный и ложный (эволюционный) полиморфизм: папулы, эрозии, мокнутия, корочки, лихенификация.

Отсутствие вторичных аллергических высыпаний на теле, диагностированной хронической инфекции в организме, пиогенных элементов, отсутствие связи с травматизацией кожи предполагает истинную экзему.

Локализация процесса на коже голеней с характерными плоскими корочками, инфильтратом позволяет говорить об истинной экземе в начале стадии разрешения.

 ***Диагноз клинический:***

Истинная экзема.

 ***Дифференциальный диагноз***

1. Аллергический дерматит
2. Токсидермия
3. Псориаз
4. Микозы

***Терапия экземы у данного пациента*** должна быть комбинированной: общей и местной. Кроме медикаментозного лечения, следует применять психотерапевтические, физиотерапевтические, диетические и другие методы лечения.

1. Для воздействия на изменённую реактивность организма применяют Т-активин.
2. Витамины A, B1 , B2, B6 , B11 , B12 , C, PP, E.
3. Препараты стероидных гормонов в связи с их выраженным противовоспалительным и противоаллергическим действием. Дипроспан.
4. Озонотерапия.
5. Компрессы с 30-10% ихтиолом.
6. Курортотерапия.

***Прогноз для выздоровления*** благоприятный: при рациональном лечении ремиссия через 1 месяц.

***Профилактика***

1. Соблюдение правил личной гигиены
2. Молочно-растительная диета
3. Недопустимо употребление алкоголя
4. Ограничить контакт с аллергенами (производственными и бытовыми).