ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ФЕДЕРАЛЬГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ"

(ГОУ ВПО "ВГМУ РОСЗДРАВА")

Кафедра кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии

Заведующий кафедрой: д. м. н.,

профессор Юцковский А.Д.

Преподаватель: к. м. н., доцент

Кулагина Л.М.

История болезни

Клинический диагноз

Основной диагноз: Микробная экзема, подострая стадия

Осложнения основного диагноза: экзематиды

Сопутствующие заболевания: нет

Куратор: студентка 12 группы

4 курса лечебного факультета

Галкина Е.С.

Владивосток 2009

Паспортная часть:

ФИО:

Возраст: 31 лет (дата рождения - 20.02. 1973г)

Национальность: русский

Семейное положение: женат

Образование: средне техническое

Профессия: машинист

Место работы: тепловые сети

Место жительства: Партизанск

Дата поступления в стационар: 4.02.09

Дата курации: 13.02.09

## Жалобы больного

На высыпания на коже в области нижней трети левой голени, задней поверхности правой голени, а так же высыпания на всей коже. Высыпания сопровождаются зудом различной интенсивности. Жалоб общего характера больной не предъявляет.

## История заболевания

Считает себя больным 4 месяца, с тех пор как в ноябре 2008 г. в лесу поцарапал ногу. Рану лечил самостоятельно зеленкой, йодом, листьями лопуха и подорожника. Через несколько дней на месте царапины появилось покраснение, сильный зуд, отек. Появились мелкие папуло-везикулезные высыпания, которые увеличились до 4 см, после вскрытия которых образовались мокнущие эрозии. В дальнейшем больной отмечает распространение процесса на кожу правой голени с образованием коричнево-красных корок. В период развития заболевания больного беспокоила бессонница, связанная с сильным зудом пораженных участков, а также слабость и недомогание. После этого обратился в поликлинику к дерматологу, который поставил диагноз "микотическая экзема в стадии обострения" и назначил следующее лечение (со слов больного): глюконат кальция, димедрол, мазь "Лоринден С", УФО. Значительного улучшения лечение не дало. До госпитализации произошло обострение процесса с появлением вторичных высыпаний на коже. В стационар ОКВД поступил 4.02.09г. До момента курации проводилось следующее лечение: цинковая мазь, раствор натрия тиосульфата 10% внутривенно, декстаметазон, цетрин. Терапевтические мероприятия проводились эффективно со значительным улучшением состояния больного и разрешением воспалительного процесса.

## История жизни

Родился в Партизанске первым ребенком. Вес при рождении составил 3600 г.

Наследственность не отягощена.

Вредных привычек не имеет.

Жилищные условия удовлетворительные, соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям. Питание удовлетворительное, регулярное.

Венерические заболевания, гепатит, туберкулез отрицает.

Профессиональные вредности - шум, вибрации, большая запыленность помещений.

Аллергические реакции отрицает.

Кожные заболевания у родственников отрицает.

## Status praesens

1. Общее состояние.

Сознание ясное. Общее состояние - относительно удовлетворительное. Положение активное. Рост - 170 см, вес - 87 кг. Телосложение нормостеническое. Питание нормальное.

Кожа обычной окраски, теплая при пальпации, эластичная, не влажная. Фурункулы, нагноения и рубцы отсутствуют. Слизистая нормальной окраски, запаха ацетона изо рта нет.

Мышечная система нормального развития, мышцы в тонусе. Безболезненны при пальпации.

Костно-суставная система: безболезненна при пальпации и движениях, движения свободные.

Лимфатическая система: Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. Безболезненны при пальпации, мягкой консистенции, не спаянные с окружающими тканями, размером до 2 см. Остальные лимфатические узлы не пальпируются.

2. Система органов дыхания.

Грудная клетка правильной формы. Развитие мышц плечевого пояса и межреберных мышц соответствует нормальному.

Дыхание везикулярное. ЧД - 18 в минуту. Глубина и ритмичность дыхания средние. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Голосовое дрожание не изменено.

При проведении сравнительной перкуссии легких по методу Г.И. Сокольского над всей поверхностью легких, по всем топографически линиям правого и левого легких определяется легочный звук.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечнососудистая система.

При осмотре области сердца сердечный горб и сердечный толчок не обнаружены, верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпаторно в области сердца определяется верхушечный толчок. Сердечный толчок, феномен систолического и диастолического дрожания прекардиальной области, ретростернальной и эпигастральной пульсации не определяются.

Пульс на лучевых артериях обеих рук - 100 ударов в мин, аритмичный, ЧСС - 110 уд. в мин, дефицит пульса - 10 уд. в мин. АД - 150/90 мм. рт. ст.

Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Шума нет.

Органы пищеварения и брюшной полости.

Слизистая оболочка полости рта нормальной окраски, без патологических высыпаний. Язык обычной формы, розового цвета, влажный, обложен белым налетом, без отпечатков зубов на боковых поверхностях.

Конфигурация живота обычная, живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, участвует в акте дыхания, симметричный. При поверхностной ориентировочной пальпации безболезненный, без уплотнений. Расхождения прямых мышц живота нет.

Пальпируется нижний край правой доли печени, он тонкий, гладкий, эластической консистенции, легко подворачивающийся при пальпации, безболезненный. Передняя поверхность мягкая, ровная, безболезненная, не пульсирует.

Пальпация селезенки в положении лежа на правом боку: не пальпируется.

Перкуссия селезенки по Образцову:

Перкуторные границы селезенки по левой средней подмышечной линии: длинник по ходу 10 ребра - 7 см, поперечник по перпендикуляру к середине длинника - 4 см.

Пальпация поджелудочной железы:

В положении лежа на спине и на правом боку - не пальпируется.

Органы мочевыделения.

Осмотр области почек:

Визуально область поясницы не изменена. Наличие симметричной или односторонней отёчности и гиперемии не выявлено.

Болезненности почек при пальпации нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет

Нервно-психическая сфера.

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Память хорошая. Сон поверхностный, прерывистый, сопровождается сновидениями. Речь не изменена. Координация движений не нарушена. Походка свободная, мимика обычная. Судороги отсутствуют. Рефлексы не изменены.

Эндокринная система.

Оволосение по мужскому типу. Выпадения волос, ресниц и бровей нет. Щитовидная железа не пальпируется.

## Status localis

Процесс ограниченный, островоспалительный, ассиметричный, характер поражения очагово-дисеменированный. Полиморфизм ложный. Очаги поражения локализуется на коже нижней трети левой голени и задней поверхности правой, а высыпания диссеминированы по всей коже.

Очаги имеют резко отграниченные округлые очертания размером 4 см. На их отечно-гиперемированной поверхности отмечается обильное мокнутие, наслоение серозно-гнойных корок. Первичные морфологические элементы - серопапулы, микровезикулы, единичные пустулы. Очаги эритематозные, ярко-красного цвета. Папулы: экссудативные, милиарные (не больше просяного зерна), округлой формы, четко отграниченные, красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, плотной консистенции, с тенденцией к слиянию. Микровезикулы: бледно-желтого цвета, округлой формы, размерами до 1,5 мм, четко отграниченные, возвышающиеся над уровнем кожи; покрышки дряблые, пузырьки с серозно-гнойным содержимым, при надавливании легко вскрываются с образованием точечных эрозий. Пустулы: нефолликулярные, единичные, размером 0,3-0,5 см, бело-желтого цвета, четко отграниченные, возвышающиеся над уровнем кожи, полушаровидной формы; поверхность шероховатая, консистенция плотная. Покрышки гнойничков дряблые, легко вскрываются. Содержимое гнойное.

Расположение элементов сплошное, без прослоек здоровой кожи. Очаги склонны к периферическому росту.

На коже туловища, верхних и нижних конечностей

## Предварительный диагноз

Основной диагноз: Микробная экзема, подострая стадия.

Осложнения основного диагноза: экзематиды

Сопутствующие заболевания: нет

План обследования.

Клинический анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови

Кал на я/глист

САСС.

Кровь на ЭДС

Консультация терапевта

Консультация ЛОР

Результаты обследования.

Клинический анализ крови (16.09.08):

Нв - 156 г/л

Лейкоциты - 9,5 \*109/л

СОЭ - 20 мм/ч

Эритроциты - 4,95 \*1012/л

Эозинофилы - 1%

Тромбоциты - 250 \*109/л

П/я - 2%

С/я - 65%

Лимфоциты - 31%

Моноциты - 1%

Заключение: увеличение СОЭ, лейкоцитоз

Общий анализ мочи (16.09.08):

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Среда: кислая

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Плотность - 1021

Эритроциты - 1-2 в поле зр.

Лейкоциты - 1-2 в поле зр.

Цилиндры, соли, бактерии - отрицат.

Заключение: без патологии

Биохимический анализ крови (16.08.09):

Билирубин - 17,5 мкм/л (8,2-20,5)

АЛТ - 0,5 (0,1-0,7 г/л)

АСТ - 0,1 (0,1-0,2 ммоль/л)

Общий белок - 0,3 (0,1-0,5 ммоль/л)

Мочевина - 6,7 ммоль/л (2,5-8,33 ммоль/л)

Креатинин - 0,45 (0,044-0,101 ммоль/л)

Холестерин - 4,2 ммоль (2,99-6,24)

Триглицериды - 2,01 (0,45-1,86)

КФК - 141 (ж - до 165, м - до 195) ед.

Заключение: без патологии

## Обоснование диагноза

Основные жалобы больной предъявляет по поводу высыпаний на коже нижней трети левой голени, задней поверхности правой голени, сопровождающихся зудом. Из анамнеза можно выявить конкретную причину заболевания - занесение микробной флоры в результате механического повреждения кожных покровов. Вследствие чего развился экзематозный процесс, основные признаки которого:

асимметричность очагов

четкость границ

появление на месте предшествующего очага инфекции

основной элемент - фликтена

мокнутие сплошное, обширное

выраженная ифильтрация кожи

жжение, зуд.

Стадия основного заболевания определяется как подострая, так как в ходе курации выявлено уменьшение воспалительных явлений, выраженная инфильтрация кожи с лихенизацией, что характерно для окончания острого периода, а также снижение интенсивности зуда.

Возникновение вторичных высыпаний, как осложнения, связанно с неправильным лечением в анамнезе.

Дифференциальный диагноз.

Этиология, патогенез.

Основное значение в этиологии и патогенезе заболевания придается нервной системе, эндокринно-метаболическим нарушениям, инфекционно-аллергическим факторам, генетической отягощенности и иммунной недостаточности. Значение различных эндогенных и экзогенных влияний является спорным, а так как все они выступают в очень сложных взаимоотношениях, то экзему считают полиэтиологическим, мультифакториальным заболеванием. Основную же роль в патогенезе экземы придают иммунным сдвигам. Слабость иммунитета при наличии инфекционных агентов проявляется персистенцией микробных и бактериальных антигенов с формированием хронического рецидивирующего воспаления в эпидермисе и дерме. В свете современных представлений о взаимосвязи иммунной системы с функциональным состоянием ЦНС, вегетососудистыми процессами следует признать, что патогенетический процесс формирования экземы включает комплекс не конкурирующих, а дополняющих друг друга нейро-иммуно-вегетодистонических, инфекционно-аллергических и метаболических механизмов. Формирование экземы на основе генетической предрасположенности, зависящей от присутствия в хромосомах гена иммунного ответа, создает предпосылки для наследования ее в последующих поколениях.

В формировании микробной экземы ведущую роль играет сенсибилизация к микроорганизмам, источником которой служат хронические инфекционные поражения кожи, например, трофические язвы, микозы стоп, кандидозы, стрептодермии, или очаги фокальной инфекции других органов.

Причиной возникновения у данного больного является занесение инфекции после травмирования кожных покровов и не правильное лечение - зеленка, йод, листья подорожника, лопуха.

## Принципы лечения

Режим больного - общий.

В стационаре ОКВД больному было назначено следующее лечение:

препараты общего действия - для противотоксического, противовоспалительного и десенсибилизирующего действия;

местная терапия - .

При данном заболевании в качестве патогенетической терапии необходимо применение десенсибилизирующих и противовоспалительных средств.

Методы неспецифической патогенетической терапии разнообразны. Это прежде всего антигистаминные препараты - диазолин, супрастин, фенкарол, дипразин, тавегил, перитол, зодитен, бикорфен в комплексе с кальция глюконатом, кальция пантотенатом, димедрол. Часть этих препаратов обладает еще и седативным эффектом.

При выраженном отечном синдроме применяют мочегонные средства.

С целью иммуномодулирующего действия рекомендуется назначать декарис, детилурацил, тактивин, тимолин, натрия нуклеинат, пирогенал.

Специфическую иммунотерапию больным микробной экземой проводят стафилококковым анатоксином, антистафилококковым гамма-глобулином, стафилококковой вакциной. При наличии варикозного симптомокомплекса трофических язв рекомендуется использовать ксантинола никотинат, пармидин, трентал, дипрофен. Антибиотики и иммуномодуляторы необходимо сочетать с антигистаминными и десенсибилизирующими препаратами с целью профилактики аллергических осложнений.

В случае упорного, тяжелого течения экземы можно применить в течение 2-3 недель преднизолон (или другой глюкокортикоид), начиная с 15-25 мг/сут. и снижая дозу на 1/3-1/4 таблетки. Одновременно следует назначить калия оротат и кальция глюконат или кальция пантотенат.

При остром воспалении используют примочки и влажно-высыхающие повязки с противовоспалительными, антибактериальными, вяжущими растворами в небольшой концентрации, чтобы не было раздражающего действия, по принципу "на мокрое - мок - рое" и "раздраженного не раздражай". Для примочек применяют жидкость Бурова (1-2 столовые ложки на стакан воды), 2% раствор борной кислоты, 0.25% раствор танина, 3% раствор натрия тетра - бората, 0.25% раствор цинка сульфата, 1-2% раствор амидопирина.

После снятия явлений острого воспаления, устранения чешуек и корок применяют пасты и мази. Пасты не наносят на участки мокнутия, волосистую часть головы и другие поверхности кожи с волосяным покровом. Их также нецелесообразно назначать при сухой коже, выраженной инфильтрации и под компресс. Наиболее часто при экземе используют 2-5% борно-нафталанную, 3% ихтиоловую, 5-10% нафталанную, 3-5-10% АСД-ихтиол-нафталанную пасту с добавлением 2-5% анестезина и 1% димедрола.

При подострой и особенно хронической экземе применяют мази. У больных с чрезмерной чувствительностью кожи используют индифферентные мази - цинковую, глицериновую, нафталанную. При отсутствии явлений повышенной чувствительности применяют мази, содержащие серу, ихтиол (2-5-10%), деготь, АСД (5-10%), а также 2-5-10% борно-нафталанную, 1-3% индометациновую, 5% карофиленовую. Целесообразно добавлять противозудные вещества - 0.5-1% ментола, 2-5% анестезина, 1-2% димедрола. При выраженной сухости в мази вводят раствор ретинола в масле, подсолнечное, персиковое масло. Глюкокортикоидные препараты, применяемые в виде мазей, кремов, суспензий (0.5% преднизолоновая, 1-2.5% гидрокортизоновая, синафлан, синалар, деперзолон) оказывают выраженное противовоспалительное и противозудное действие. При микробной экземе используют глюкокортикоидные мази с антибиотиками или дезинфицирующими веществами.

Лечение данного больного.

Режим общий.

Общая терапия.

1. Натрия тиосульфат (Natrii thiosulfas). Натрия тиосульфат обладает противотоксическим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действием. При применении этого препарата происходит снижение реакции организма на гистамин, выделение которого из тучных клеток снижается. Также уменьшается проницаемость капилляров, предупреждается развитие отека тканей, облегчается течение аллергических реакций. Уменьшает воспалительные явления, ускоряет протекание воспалительного процесса и его разрешение.

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

D. t. d. N.6 in ampullis.

S. Вводить внутривенно медленно по 5 мл.

2. Цетрин (Cetrin). Цетрин относится к десенсибилизирующим противогистаминным средствам, проявляет седативные и снотворные свойства. Механизм действия заключается в блокаде Н 1-гистаминовых рецепторов.

Rp.: Cetrini - 0.01

D. t. d. N.20 in tabulettis.

S. По 1 таблетке на ночь.

3. Дексаметазон (Dexamethasonum). Препарат группы глюкокортикоидов, фторпроизводное преднизолона. Обладает сильным противовоспалительным и антиаллергическим действием. Подавляет все фазы воспаления, стабилизируя мембраны и тормозя выход протеолитических ферментов, угнетая медиаторы воспаления, уменьшая воспалительные явления - отек, гиперемию и экссудацию. Кроме того, препарат ограничивает синтез и освобождение интерлейкинов, предотвращая развитие аутоаллергических процессов.

Rp. Dexamethasoni - 0.0005

D. t. d. N.10 in tabulettis.

S. По 2 таблетки утром после еды.

Местная терапия.

Для наружной терапии назначена цинковая мазь. Данная форма соответствует характеру процесса: подострое воспаление, сопровождающееся застойной гиперемией, инфильтрацией, паракератозом. Мазь индифферентная, содержит окись цинка. Оказывает противовоспалительный, подсушивающий и дезинфицирующий эффект. Применяется при подострой и хронической экземе. Механизм действия мази заключается в усилении кровообращения за счет уменьшения теплоотдачи и согревания кожи, что способствует разрешению инфильтрата. Под слоем мази происходит накопление влаги, что способствует разрыхлению рогового слоя эпидермиса и более глубокому проникновению лекарственных веществ. Кроме того, мазевая основа размягчает чешуйки и корки, способствует их удалению вместе с имеющимися в них микроорганизмами.

Rp.: Zinci oxydi - 3.0

Vaselini - 27.0

M. f. unguentum.

D. S. Наружное.

Дневники курации.

14.02.09 - Жалобы на слабый зуд. Общее состояние удовлетворительное. Пульс - 76 уд/мин Частота дыхания - 18 уд/мин. Температура тела - 36.6. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез и стул нормальные.

Небольшое мокнутие на левой голени, положительная динамика воспалительного процесса на правой голени: образование множества корочек и их редукция.

Назначения. - Диета: молочно-растительная с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов и соли.

Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

Cetrini по 1 таблетке на ночь.

Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

цинковая мазь на очаги 2 раза.

17.02.09 - Жалобы на слабый зуд. Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на слабый зуд. Пульс - 72 уд/мин Частота дыхания - 19 уд/мин. Температура тела - 36.6. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез и стул нормальные.

Лечение получает. Переносит хорошо.

20.02.09 - Жалоб не предъявляет, мокнутия нет. Высыпаний нет.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс - 74 уд/мин Частота дыхания - 18 уд/мин. Температура тела - 36.6. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез и стул нормальные.

Лечение получает. Переносит хорошо.

## Прогноз

Прогноз для жизни и заболевания благоприятный.

Рекомендуется соблюдать режим дня, молочно-растительную диету с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов и соли, правила личной гигиены, вести здоровый образ жизни, избегать травматизации кожи, занесения инфекции.

## Профилактика

Больному необходимо соблюдать режим дня, правила личной гигиены; придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов и соли, острых продуктов, алкогольных напитков, с высоким содержанием витаминов. Необходимо избегать травматизации кожи, а также конфликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений, которые могут послужить фоном для развития заболевания и его обострений в случае хронического течения. В период ремиссии рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Диспансеризация.