Паспортная Часть

ФИО –

Возраст - 1947

Профессия -

Место Работы -

Адрес -

Дата Госпитализации -

Жалобы

Жалуется на наличие очагов мокнутия и шелушения на левой голени, наличие желтовато-коричневых корок на правой голени. Отечность, покраснение, умеренный зуд в области поражения. Также жалуется на шелушение в области стоп, между пальцами; утолщение ногтевых пластин. Отмечает общую отечность ног, увеличение подкожных вен.

Анамнез Настоящего Заболевания

Точного времени возникновения заболевания определить не может. Болеет несколько лет (около 8-10). Заболевание начиналось с незначительного жжения, покалывания, зуда в области голеней. Затем в течение длительного периода времени на коже появлялись рассеяние мелкие пятна, отек. Больная связывала эти явления с варикозным расширением вен нижних конечностей. Очаги поражения развивались на симметричных участках тела, постепенно распространялись на здоровую кожу. Со временем зуд усиливался, очаги превращались в папулы и везикулы. На левой голени образовались очаги мокнутия и шелушения.

Поражение стоп отмечает давно. Более десяти лет назад отметила утолщение ногтевых пластин на стопах, шелушение и образование корок между пальцами стоп.

Анамнез Жизни

Родилась от первой беременности в 1927 году. Неонатальный период протекал без особенностей. Развивалась в удовлетворительных бытовых условиях. В школу пошла с 7 лет. В физическом и умственном развитии от сверстников не отличалась. Трудовую деятельность начала с 16 лет. Работала рабочей на стройке. С возраста 55 лет ушла на пенсию. Из перенесенных заболеваний - ОРВИ в детском возрасте, бронхиты, пневмония. На диспансерном учете состоит у участкового терапевта с диагнозом атеросклероз аорты и коронарных артерий, атеросклеротическая кардиомиопатия. Операций, травм не было. Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредных привычек не имеет. Наследственный анамнез не отягощен.

Объективное Исследование

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Поведение адекватное. Телосложение правильное. Конституциональный тип нормостенический.

Рост - 158 см.

Вес - 86,5 кг.

Т° - 36,6 °С.

Кожные и видимые слизистые обычной окраски. Кожа умеренной эластичности, влажности. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков, подкожной эмфиземы нет. Мышечная система развита удовлетворительно. Костно-суставной аппарат без изменений. Кости безболезненные, не деформированы. Суставы не деформированы, безболезненные, кожа над суставами не изменена. Объем массивных движений не снижен, объем активных движений ограничен. Анкилозы, контрактуры не выявлены.

Дыхание свободное, осиплости голоса нет. Форма грудной клетки соответствует типу телосложения. Над- и подключичные ямки выражены равномерно с обеих сторон. Межреберные промежутки выражены умеренно с обеих сторон. ЧДД = 20 в мин. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, умеренной эластичности, голосовое дрожание определяется одинаково на симметричных участках.

Перкуторно над легкими легочной звук.

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца не изменена.

Набухание шейных вен, их пульсация отсутствуют. Пульсация крупных артерий, надчревная пульсация не визуализируются.

Пальпаторно верхушечный толчок обнаруживается в 5-м межреберье, ослаблен, не разлитой. Сердечный толчок не определяется. Пульс на лучевых артериях ритмичный, симметричный, частота- 80 в минуту, умеренного наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Дефицит пульса не определяется.

Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст.

Сердечные тоны ритмичные, приглушены. При аускультации сосудов изменений не выявлено.

Язык влажный, не обложен. Зев чистый, не гиперемирован.

Живот правильной формы, симметричен, не вздут. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

В ампуле прямой кишки патологии не выявлено. Стул без особенностей.

Перистальтика удовлетворительная. Физиологические отправления без особенностей.

Область почек без изменений.

Пальпаторно область почек безболезненна. С-м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеточниковые точки безболезненны. Мочеиспускание до 7 раз в сутки. Недержания мочи нет. Моча светло-соломенного цвета. Половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Визуально увеличения щитовидной железы не определяется. Пальпаторно щитовидная железа не увеличена, безболезненна, смещается при акте глотания.

Очаг Поражения

На коже левой голени на фоне застойной гиперемии выявляются очаги умеренно выраженного шелушения, незначительного мокнутия, овальной формы. На правой голени эритематозно-сквамозные элементы. Кожа вокруг них цианотична из-за застойных явлений. Имеется отделение серозной коричневатой прозрачной жидкости. Краевая зона представляет собой узкую ярко-красную слегка возвышающуюся полоску шириной 4 см, четко отграниченную от окружающей здоровой кожи. Внутренняя сторона отслоившегося эпидермального края, обращенного к центру очага, истончена, подрыта. На стопах муковидное шелушение, диффузный гиперкератоз. Границы высыпания фестончатые, края окаймлены венчиком отслаивающегося рогового слоя эпидермиса. Ногтевые пластины утолщены, матового цвета, с продольными и поперечными трещинами. В толще ногти видны желтоватые полоски и пятна, свободный край ногтя легко крошится. Подкожные вены нижних конечностей варикозно расширены.

Предположительный Диагноз

Микробная экзема. Микоз стоп. Онихомикоз. Варикозное расширение вен ног.

Лабораторные Исследования

Общий клинический анализ крови

Эритроциты: 3,1 × 10 12/л

Нв: 130 г/л

Лейкоциты: 5,2 × 10 9/л

Эозинофилы: 0

Палочки: 5%

Сегментоядерные: 66%

Лимфоциты: 20 %

Моноциты: 5%

СОЭ: 8 мм/ч

На сахар

3,1 г/л

Общий клинический анализ мочи

кол-во: 100,0

цвет: соломенно-желтый

реакция: кислая

белок: не обнаружен

удельный вес: 1012

эритроциты: нет

лейкоциты: 1-2 в п/з

эпителий: нет

Дифференциальный Диагноз

Микробную экзему необходимо дифференцировать с паховой эпидермофитией, эритразмой, псориазом, трихофитией гладкой кожи.

От эпидермофитии крупных складок микробную экзему отличает острое начало, быстрое прогрессирование, характерное для эпидермофитии, а также наличие по периферии воспалительного отечного валика с пузырьками и корочками. Опрелости отличаются острыми воспалительными явлениями, наличием зуда, влажной поверхностью.

От эритразмы экзема отличается тем, что для эритразмы характерно наличие сливающихся красновато-коричневых пятен, располагающихся в верхней трети бедра, или под грудными железами, с сухой, испещренной мелкими пересекающимися бороздками, поверхностью.

От трихофитии гладкой кожи отличает характерные для неё красновато-фиолетовый цвет, плотно прикрепленные чешуйки, а также обнаружение при микроскопическом исследовании грибов.

Для псориаза типичны феномен стеаринового пятна, пленки и точечные кровотечения.

Окончательный Диагноз

Наличие очагов на голенях, четко ограниченного поражения овальной конфигурации, представляющих собой воспалительное эритематозно-сквамозное поражение кожи, характеризующееся краснотой и сочностью, наличие застойной отечности в зоне поражения, отделение серозной коричневатой прозрачной жидкости, а также затяжной характер течения, возникновение заболевания без предварительной симптоматики, симметричность поражения и стадийность процесса позволяют выставить диагноз микробной экземы.

Муковидное шелушение в бороздках кожи на стопах, диффузный гиперкератоз, зуд в области поражения в сочетании с грибковым поражением ногтевых пластинок на стопах, преимущественно на 1-м и 5-м пальцах ног, проявляющимся утолщением ногти, желтовато-матовым цветом, легко крошащимся краем ногти позволяют выявить онихомикоз при руброфитии.

Наличие расширенных венозных узлов подкожных вен нижних конечностей, общая отечность ног говорят о варикозе нижних конечностей.

Клинический Диагноз: Микробная экзема. Рубромикоз стоп. Онихомикоз при руброфитии. Варикозное расширение вен ног.

Этиология и Патогенез

В настоящее время этиология и патогенез микробной экземы полностью не выяснены. По всей видимости, экзему следует рассматривать не как болезнь, а своеобразный синдром, реакцию индивидуальной непереносимости у предрасположенных субъектов. Если дерматит, будучи проявлением адекватной реакции, пропорциональной силе раздражителя, развивается у любого человека при достаточной интенсивности раздражителя и быстро исчезает после устранения его действия, то экзема является реакцией неадекватной, непропорциональной силе раздражителя. Повышенная чувствительность может быть строго специфичной в отношении какого-либо одного строго определенного вещества-аллергена, либо неспецифичной, когда кожа реагирует экзематозной реакцией на ряд самых разнообразных раздражителей. Иногда повышенная чувствительность развивается у больного уже при первом контакте с тем или иным аллергеном, в других случаях непереносимость развивается постепенно в результате многократных соприкосновений с этим веществом. К числу экзогенных факторов, которые могут вызвать экзематозную реакцию можно отнести органические и неорганические химические вещества (краски, медикаменты), растительные агенты (эфирные масла, соки), паразитов (вши, клещи), микроорганизмы (стрептококки), физические агенты.

Этиологическим фактором микробной экземы являются стрепто- и стафилококки или грибковая инфекция. Продукты жизнедеятельности микробов или их распада могут играть роль специфического раздражителя, способного вызывать экзематозную реакцию.

В патогенезе неадекватной реакции кожи на раздражение решающую роль играет нервно-рефлекторный механизм. Всякое раздражение анализаторов кожи внешнего и внутреннего происхождения передается по афферентным путям в центральную нервную систему, где возникают функциональные изменения, которые в свою очередь усиливают раздражение, исходящее от первичного очага, и обуславливают развитие экземы. В качестве предрасполагающих моментов играют роль расстройства симпатической нервной системы и желез, не имеющих протоков.

Лечение

1. экстракт элоэ по 1,5 мл, курс 30 инъекций;
2. аскорбиновая кислота внутрь по 0,3 г 3 раза в день;
3. никотиновая кислота внутрь по 0,1 г 3 раза в день;
4. тиамин, пиридоксин, цианокобаламин курсом по 80 инъекций;
5. токоферол внутрь по 100 мг в теч. 3 месяцев;
6. фолиевая кислота 0,03 г 3 раза в день;
7. диазолин по 0,1 г 2 раза в день;
8. пирогенал 1000 МПД 2 раза в неделю;
9. преднизолона гидрохлорид по 20-40 мг в день, со снижением дозы до 5 мг;
10. местно - жидкость Бурова (8% р-р алюминия ацетата 2 столовые ложки на стакан воды), 1% р-р резорцина, 0,25% р-р нитрата серебра, 1% р-р танина.
11. диета с исключением острой, соленой пищи, жареного мяса, копченостей, спиртных напитков. Рекомендуется молочно-растительная пища.

Прогноз благоприятный при соблюдении назначенного лечения.

Эпикриз

Больная 1927 года рождения, проживающая по адресу \*\*\*\*\*\*, обратилась в ЛОКВД с жалобами на наличие очагов мокнутия и шелушения на левой голени, наличие желтовато-коричневых корок на правой голени. Отечность, покраснение, умеренный зуд в области поражения. Из анамнеза стало известно, что заболевание начиналось с незначительного жжения, покалывания, зуда в области голеней. Затем в течение длительного периода времени на коже появлялись рассеяние мелкие пятна, отек. Очаги поражения развивались на симметричных участках тела, постепенно распространялись на здоровую кожу. Со временем зуд усиливался, очаги превращались в папулы и везикулы. На левой голени образовались очаги мокнутия и шелушения.

Больная была госпитализирована, обследована. В отделении больной был выставлен диагноз: Микробная экзема. Рубромикоз стоп. Онихомикоз при руброфитии. Варикозное расширение вен ног.

Больной было назначено следующее лечение:

экстракт элоэ по 1,5 мл, курс 30 инъекций; аскорбиновая кислота внутрь по 0,3 г 3 раза в день; никотиновая кислота внутрь по 0,1 г 3 раза в день; тиамин, пиридоксин, цианокобаламин курсом по 80 инъекций; токоферол внутрь по 100 мг в теч. 3 месяцев; фолиевая кислота 0,03 г 3 раза в день; диазолин по 0,1 г 2 раза в день; пирогенал 1000 МПД 2 раза в неделю; преднизолона гидрохлорид по 20-40 мг в день, со снижением дозы до 5 мг;

местно - жидкость Бурова (8% р-р алюминия ацетата 2 столовые ложки на стакан воды), 1% р-р резорцина, 0,25% р-р нитрата серебра, 1% р-р танина.

После выписки рекомендована консультация хирурга на предмет операции по поводу варикозного расширения вен ног.

Литература

1. Кожные и венерические болезни. И.И. Потоцкий, Н.А. Торсуев. - Киев, 1978г.
2. Dermatology WWW-server.

http://www.rrse.uni-erlangen.de/docs/FAU/fakultaet/ med/kli/derma/

1. Dermatology Online Atlas (DOIA) Erlangen.

http://www.derma.med.uni-erlangen.de/bilddb/index.html

1. Electronic Textbook of Dermatology.

http://www.telemedicine.org/stamfor1.htm