1. ФИО:
2. Дата рождения
3. Возраст
4. Место жительства
5. Профессия: В прошлом была специалистом по международным отношениям, в данный момент на пенсии
6. Жалобы при поступлении: воспаление голени и стоп, сильный зуд, жжение, шелушение.
7. Условия труда и быта: социально-бытовые условия оптимальные, профессиональных вредностей не отмечается.
8. Перенесенные заболевания: В детстве перенесла ветряную оспу, краснуху, скарлатину, свинку, ангину
9. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, хронический бронхит, стенокардия 2ФК
10. Вредные привычки: курение
11. Наследственность: отец отмечал кожный зуд на ногах после 60 лет, с 68 лет болен экземой. Мать умерла от рака молочной железы. Брат болеет сахарным диабетом 2 типа. Дочь здорова.
12. Гинекологический анамнез: менопауза с 52 лет. Была одна беременность, завершилась родоразрешением, 1 дочь.
13. Аллергологический анамнез: пациентка отмечала аллергическую реакцию на цитрусовые, мед, шоколад, кофе в виде покраснения и зуда на коже. Также имеется аллергия на некоторые химические чистящие средства.
14. Давность заболевания кожи: около полтора года назад пациентка отметила зудящие высыпания после контакта с химическими чистящими средствами, ничего не принимала из гистаминых препаратов, зуд прошел сам. После этого уже год назад пациентка каталась на пароходе с дочерью и отметила красное зудящее розовое пятно в области тыла стопы. Также пациентка отметила, что пятно начало распространяться и сильно зудело. Область поражения кожи перешло с области тыла стопы на переднюю поверхность голени и данный процесс через 3 месяца появился на другой ноге. Зуд усиливается от тепла и в ночное время, от чего пациентка плохо спала.
15. Проведение лечения, результаты, переносимость: Занималась сначала самолечением, а именно, гирудотерапией, принимала гомеопатию (холосас, мамордика, барберика, гепомерез), но результатов не дало. Потом пациентка использовала мазь «Тридерм», крем «Дерматол», принимала противогистаминные препараты: супрастин, тавегил.
16. Не связанно с сезонностью, помогают солнечные ванны

Status presents

Объективное исследование:

* Общее состояние больной удовлетворительное
* Сознание ясное
* Положение больной активное
* Выражение лица спокойное
* Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие
* Эластичность снижена
* Волосы седые, не жесткие, не тусклые, не ломаются, выпадение отсутствует.
* Ногти на руках и ногах нормотрофичны, не утолщены, гладкие, блестящие, подногтевого гиперкератоза нет
* Подкожная жировая клетчатка развита умеренно
* Дермографизм красный

Лимфатическая система

Лимфатические узлы не пальпируются

Костно-суставная система

Костно-суставная система в пределах возрастной норме.

Дыхательная система

Жалоб нет

Границы легких в норме. Дыхание везикулярное, хрипов и шумов не выслушивается

Дыхание через нос свободное

Число дыханий в минуту : 16

Система кровообращения

Жалоб нет

Границы сердца в пределах возрастной нормы.

ЧСС: 60 уд/мин

АД : 160/90 мм.рт.ст

Пульсации вен нет, пульсации сонных артерий нет

Система пищеварения

Жалоб нет

Аппетит хороший

Деятельность кишечника ежедневно

Зубы на момент осмотра санированы

Система мочеотделения

Жалобе нет

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система

Щитовидная железа в пределах возрастной нормы

Нервно-психическая сфера

Плохо спит по ночам из-за зуда в ногах, положительно настроена на выздоравление, с окружающими общается положительно.

Status localis

1. Поражение кожи хронического воспалительного характера
2. Сыпь ассиметричная, обильная
3. Локализуется преимущественно на тыльных поверхностях стоп, менее поражена кожа на голенях и свободна от высыпаний кожа головы, рук и туловища
4. Сыпь симметрична
5. Сыпь полиморфна, представлена первичными элементами – эритема, везикулы и вторичными элементами – трещины, чешуйки, корки.

Размеры эритемы с ладонь взрослого мужчины, очертания округлые, границы нерезкие, цвет ярко-красный, поверхность гладкая. В пределах эритемы имеются везикулы.

Микровезикулы полушаровидной формы, очертания округлые, границы ограничены от окружающих тканей, цвет содержимого везикул желтоватый. Высыпания формируют очаги поражения которые покрыты крупнопластинчатыми с желтым оттенком, легкоотделяемыми чешуйками.

Чешуйки крупнопластинчатые с желтым оттенком, легко отделяются

Корки гнойные, рыхлые, тонкие, безболезненные, легко отходят

Трещины на тыльной стороне стоп, размер 4-5 см, неглубокие

1. слизистые оболочки не поражены
2. волосы и ногти не поражены
3. субъективные ощущения – сильный зуд в местах высыпания.

Предварительный диагноз: Микробная экзема, сквамозная стадия.

Диагноз поставлен на основании

1. жалоб: воспаление голени и стоп, сильный зуд, жжение, шелушение
2. локального статуса:

* поражение кожи хронического воспалительного характера
* Сыпь ассиметричная, обильная
* Локализуется преимущественно на тыльных поверхностях стоп, менее поражена кожа на голенях и свободна от высыпаний кожа головы, рук и туловища
* Сыпь симметрична
* Сыпь полиморфна, представлена первичными элементами – эритема, везикулы и вторичными элементами – трещины, чешуйки, корки.
* Размеры эритемы с ладонь взрослого мужчины, очертания округлые, границы нерезкие, цвет ярко-красный, поверхность гладкая. В пределах эритемы имеются везикулы.
* Микровезикулы полушаровидной формы, очертания округлые, границы ограничены от окружающих тканей, цвет содержимого везикул желтоватый. Высыпания формируют очаги поражения которые покрыты крупнопластинчатыми с желтым оттенком, легкоотделяемыми чешуйками.
* Чешуйки крупнопластинчатые с желтым оттенком, легко отделяются
* Корки гнойные, рыхлые, тонкие, безболезненные, легко отходят
* Трещины на тыльной стороне стоп, размер 4-5 см, неглубокие
* субъективные ощущения – сильный зуд в местах высыпания

Дифференциальный диагноз

Истинная экзема - обычно начинается остро в любом возрасте, протекает толчкообразно с частыми рецидивами и, как правило, переходит в хроническую стадию с периодическими обострениями. В острую стадию процесс характеризуется высыпанием микровезикул (в результате спонгиоза), расположенных на отечном эритематозном фоне. Везикулы быстро вскрываются, обнажая мелкие точечные эрозии (экзематозные колодцы), отделяющие серозный экссудат (мокнутие) – мокнущая острая экзема. По мере стихания воспалительных явлений количество везикул уменьшается, эрозии подсыхают и на поверхности очагов появляются отрубевидное шелушение и мелкие корочки от ссохшихся везикул. Одновременное существование нескольких первичных (эритема, везикулы) и вторичных (эрозии, корочки, чешуйки) элементов создают картину ложного (эволюционного) полиморфизма. Переход процесса в хроническую стадию совершается постепенно, сопровождаясь появлением застойной эритемы, участков папулезной инфильтрации, лихенизации кожи с чешуйками и трещинами. Очаги истинной эритемы имеют различную величину, нечеткие контуры и разбросаны как острова архипелага, чередующиеся с участками здоровой кожи. Процесс обычно симметричный и локализуется преимущественно на тыле кистей, предплечий, стоп. у детей – на лице, ягодицах, конечностях, груди. Беспокоит зуд. Процесс может захватить и другие участки кожного покрова (вплоть до вторичной эритродермии). Вариантом истинной экземы является дисгидротическая экзема, локализующаяся на ладонях, подошвах и боковых поверхностях пальцев и характеризующаяся появлением множества мелких с плотной покрышкой пузырьков 1–3 мм в диаметре, напоминающих разваренные саговые зерна. Эритема в очагах поражения из‑за большой толщины рогового слоя в этих зонах выражена слабо. Очаги дисгидротической экземы в развитом виде четко отграничены и нередко окружены ободком отслаивающегося рогового слоя, за пределами которых при обострении можно видеть новые везикулы. В центре очагов видны также микроэрозии, корочки, чешуйки.

Нейродермит диффузный

Клиническая картина характеризуется появлением милиарных слабо‑розовых зудящих папул, имеющих выраженную тенденцию к слиянию в сплошные зоны инфильтрации с последующей лихенизацией кожи в области локтевых и коленных сгибов, лучезапястных суставов, боковых поверхностях шеи. На коже лица, груди, спины появляются также участки неостровоспалительной эритемы розового цвета с небольшим шелушением, без четких границ. При неблагоприятном течении, раздражающей терапии возможна генерализация процесса вплоть до эритродермии. В результате интенсивного зуда на коже появляется большое число точечных и линейных экскориаций, а также трещины, участки дисхромии кожи. В целом кожные покровы сухие, сероватого оттенка. Дермографизм белый. Ногтевые пластинки вследствие постоянного зуда блестящие, полированные. Нарушены сон, аппетит. Больные раздражительны, плаксивы, с пониженной массой тела; нередко отмечаются гипотония, адинамия, повышенная утомляемость, гипогликемия, снижение секреции желудочного сока, гипокортицизм и т. д. Течение заболевания длительное, с периодами относительной ремиссии в летние сезоны. В зоне расчесов нередко присоединяется пиококковая инфекция.

Эпидермофития стоп - Клиническая картина

Различают пять основных форм эпидермофитии: стертую, сквамозно‑гиперкератотическую, интертригинозную, дисгидротическую и эпидермофитию ногтей.

Стертая форма почти всегда наблюдается в начале эпидермофитии стоп. Клинические проявления скудные: отмечается небольшое шелушение в межпальцевых складках (нередко только в 4‑м межпальцевом промежутке) или на подошвах, иногда – с наличием мелких поверхностных трещин.

Сквамозно‑гиперкератотическая форма проявляется сухими плоскими папулами и слегка лихенифицированными нумулярными бляшками синюшно‑красноватого цвета, расположенными обычно на сводах стоп. Поверхность высыпаний, особенно в центре, покрыта различной толщины наслоениями чешуек серовато‑белого цвета; границы их резкие, по периферии проходит бордюр отслаивающегося эпидермиса; при внимательном осмотре можно заметить единичные пузырьки. Высыпания, серпигинируя и сливаясь, образуют диффузные очаги крупных размеров, которые могут распространиться на всю подошву и боковые поверхности стоп. При локализации в межпальцевых складках эффлоресценции могут занимать боковые и сгибательные поверхности пальцев, покрывающий их эпидермис приобретает белесоватый цвет. Наряду с такими шелушащимися очагами встречаются гиперкератотические образования по типу ограниченных или диффузных омозолелостей желтоватого цвета, нередко с трещинами на поверхности.

Клиническая картина сквамозно‑гиперкератотической формы эпидермофитии может иметь большое сходство с псориазом, экземой и роговыми сифилидами. Субъективно отмечаются сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность.

Интертригинозная форма клинически сходна с банальной опрелостью. Поражаются межпальцевые складки, чаше между III и IV, IV и V пальцами. Характеризуется насыщенной краснотой, отечностью, мокнутием и мацерацией, нередко присоединяются эрозии и трещины, довольно глубокие и болезненные. Интертригинозную форму эпидермофитии от банальной опрелости отличают округлые очертания, резкие границы и бахромка беловатого цвета по периферии отслаивающегося эпидермиса. Эти признаки позволяют заподозрить микотическую природу заболевания; обнаружение мицелия при микроскопии патологического материала помогает поставить окончательный диагноз. Субъективно отмечаются зуд, жжение, болезненность.

Дисгидротическая форма проявляется многочисленными пузырьками с толстой покрышкой. Преимущественная локализация – своды стоп. Высыпания могут захватывать обширные участки подошв, а также межпальцевыс складки и кожу пальцев; сливаясь, они образуют крупные многокамерные пузыри, при вскрытии которых возникают влажные эрозии розово‑красного цвета. Обычно пузырьки располагаются на неизмененной коже; при нарастании воспалительных явлений присоединяются гиперемия и отечность кожи, что придает этой разновидности эпидермофитии сходство с острой дисгидротической экземой.

Субъективно отмечается зуд

Поражение ногтей (обычно I и V пальцев) встречается примерно у 20–30% больных. В толще ногтя, как правило, со свободного края появляются желтоватые пятна и полосы; медленно увеличиваясь в размерах, они со временем могут распространиться на весь ноготь. Конфигурация ногтя длительное время не изменяется, однако с годами за счет медленно нарастающего подногтевого гиперкератоза ноготь утолщается, деформируется и крошится, становясь как бы изъеденным в дистальной части; иногда отделяется от ложа. Эпидермофития стон. особенно дисгидротическая и интертригинозная, часто (примерно в 60% случаев) сопровождается аллергическими высыпаниями, получившими название эпидермофитидов. Они могут быть региональными, располагаясь вблизи очагов эпидермофитии. отдаленными, поражая главным образом кисти, и генерализованными, занимая обширные участки кожного покрова. Эпидермофитиды симметричны и полиморфны: эритематозные пятна, папулы и наиболее часто везикулы, особенно на ладонях и пальцах кистей.

Лечение

1. Режим:

* правильный подбор одежды и в первую очередь белья. Запрещается пользоваться бельем из синтетических, шерстяных и шелковых тканей, которые из-за своих физических и химических особенностей могут вызывать или усиливать зуд и воспалительные явления. Больной должен носить белье только из хлопчатобумажных тканей, причем стирать его рекомендуется мылом, а не порошками, в которых зачастую содержатся сенсибилизирующие компоненты. Необходимо учитывать также свойства других деталей одежды. Колготы, носки, брюки, перчатки, шарфики, головные уборы, если в состав входят раздражающие ткани, не должны контактировать с кожей не только пораженных, но и здоровых участков. В этих случаях следует пользоваться соответствующими хлопчатобумажными «дублерами» или подкладками.
* только прохладный душ, общее мытье под душем должно быть щадящим – без мочалки и мыла. В этих случаях рекомендуется пользоваться хлопчатобумажной руковичкой или марлей, применять вместо мыла гипоаллергенные гели для душа + антибактериальные гели, вытираться мягким полотенцем промокательными движениями.

1. Диета:

* гипоаллергенная с исключением цитрусовых, клубники, земляники, орехов, морепродуктов, консервантов, шоколада, бананов, экзотических фруктов, меда, цельного молока, яиц, икры, кофе, кофейных изделий, говядины, баранины, телятины, хордовых рыб.
* экстрактивная диета с исключение острого, копченых изделий, соленного.

1. Общее лечение :

* антигистаминные препараты: эриус (1 табл 1 раза в день), клоритин (1 табл 1 раза в день). Пить в течении 10 дней, сменить препарат на клоритин и пить его до исчезновения зуда.
* Ферменты – пепзистал (3 раза в день перед едой)
* Витамины – аевит (1 табл 2 раз в день), аскорбиновая кислота (2 табл 2 раза в день)

1. Физиотерапия:

* Местно УФО
* Парафиновые аппликации
* Озонотерапия

1. Местно:

* Примочки

Rp.: Sol.Ac.borici 2% - 500,0

D.S.примочка

* Пасты

Rp.: Ac.borici pulverati 1,0

Ol.Fagi

Pastae Zinci ad 50,0

M.f.pasta

D.S.наружное

* Стероидные противовоспалительные препараты :

- Лоринден С

Rp .: Ung. “Lorinden-C” 15,0

D.S.наружное

* Стероидные противовоспалительные препараты + антибиотик:

- Дипрогент

- Целистодерм

Прогноз

Прогноз в отношении полного выздоровления : сомнителен

Прогноз в отнтшении клинического выздоровления : благоприятный

Прогноз в отношении жизни: благоприятный

Профилактика

* Прием витаминов (группы А, Е, С)
* Здоровый образ жизни (сон не менее 8 часов в сутки, питание 3 раза в сутки, соблюдение диеты, прогулки по парку)
* Соблюдение режима мытья, а именно только прохладный душ, общее мытье под душем должно быть щадящим – без мочалки и мыла. В этих случаях рекомендуется пользоваться хлопчатобумажной руковичкой или марлей, применять вместо мыла гипоаллергенные гели для душа + антибактериальные гели, вытираться мягким полотенцем промокательными движениями.
* Санитарно-курортное лечение (Курортные факторы включают климатотерапию, бальнеотерапию, гелиотерапию, талассотерапию, пеллоидотерапию). Кисловодск, Ессентуки, Пятигорск.