АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА: ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

ЗАВ. КАФЕДРОЙ: …

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: …

КУРАТОР: СТУДЕНТ 403 ГРУППЫ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА …

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

КУКИНА ОЛЕГА АЛЕКСАНДРОВИЧА

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Микробная экзема, стадия обострения, сопровождающаяся вторичными аллергическими высыпаниями (аллергидами), хроническое рецидивирующее течение.

БАРНАУЛ 2004

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О.: …

ДАТА РОЖДЕНИЯ: 22.11.1956г.

ВОЗРАСТ: 47 ЛЕТ

ГРУППА КРОВИ I Rh(+)

МЕСТО РАБОТЫ: ДФГУП «АЛТАЙТЕХИНВЕНТАРЬ»

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: СЛЕСАРЬ

ДОМАШНИЙ АДРЕС: АЛТАЙСКИЙ КРАЙ г.БАРНАУЛ

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ:16.04.2004г.

ДАТА КУРАЦИИ: 21.04.2004г.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Микробная экзема, стадия обострения, сопровождающаяся вторичными аллергическими высыпаниями ( аллергидами), хроническое рецидивирующее течение.

ЖАЛОБЫ

На момент курации больной предъявляет жалобы на: умеренные высыпания в области туловища и обильные высыпания в области верхних и нижних конечностей, головы, с обильно мокнущей поверхностью, сопровождающиеся легким зудом, умеренной болезненностью. Плохой сон.

Anamnesis morbi

Считает себя больным с 2002 года, когда впервые в области правой голени курируемый заметил очаговое высыпание с обильно мокнущей поверхностью, сопровождающиеся легким зудом, умеренной болезненностью ; появление которого больной ни с чем не связывает ; которое самопроизвольно прошло в течение двух недель, на месте высыпания остался очаг гиперпигментации.

До января 2004 года никаких проявлений заболевания больной не отмечает.

14 января 2004 года на правой голени, в области полученной недавно травмы заметил похожие высыпания. На прием к врачу не обратился, занимался самолечением ( чем не помнит). В течение последующих 3 месяцев подобные высыпания появились на коже обоих конечностей, а также в умеренном количестве на коже туловища. В связи с этим курируемый обратился к участковому терапевту, которым был направлен в Краевой кожно-венерологический диспансер, куда был сразу госпитализирован с диагнозом «экзема».

16 апреля (в первый день нахождения в стационаре) появились также обильные высыпания на голове с обильно мокнущей поверхностью, появление которых сам больной связывает с употреблением накануне в пищу

соленого сала.

Anamnesis vitae

…, родилась 22 ноября 1956 года, в семье рабочих в городе …

( Казахстан ). Жил в трехкомнатной квартире, семья состояла из пяти человек: мать, отец, две сестры и сам пациент. В детстве социально-бытовые условия были удовлетворительные.

Рос и развивался нормально. В физическом и умственном развитии не отставал от сверстников. Питался достаточно, режим питания не соблюдал.

Из перенесенных в детстве заболеваний отмечает простудные 1 раз в год, в 2 года переболел пневмонией, а также в 7 лет переболел коревой краснухой.

Хронических заболеваний не отмечает. Сифилисом, туберкулезом, болезнью Боткина не болел, нервно-психических расстройств нет.

Гемотрансфузии не проводилось. В 1987 году была проведена аппендэктомия. В 1988 году в результате падения была сломана правая рука в области запястья.

Лекарственной и пищевой непереносимости не отмечает.

В 1964 году вместе с родителями переехала в г.Барнаул.

Окончив 9 классов в 1972 году, поступила в профессионально-технический техникум, окончив который получила специальности: слесарь.

В период с 1975 по 1977 год проходил службу в рядах Советской армии.

С 1977- 1994 года работал УПТК Барнаулпромстрой.

С 1994 года работает в ДФГУП «АЛТАЙТЕХИНВЕНТАРЬ», слесарем.

Сейчас социально- бытовые условия удовлетворительные. Женат, имеет двоих детей, живет в трехкомнатной квартире.

Питается регулярно, не соблюдая режим. Из вредных привычек отмечает курение (по одной пачке в день), употребление алкоголя. Употребление наркотиков и психотропных веществ отрицает. Анамнез не отягощен ( не у кого из близких родственников подобных заболеваний не выявлено ).

STATUS PRAESENS COMMUNIS

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Выражение лица обычное. Поведение больного адекватное. Эмоции сдержаны. Телосложение правильное.

Периферические лимфатические узлы.

При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Затылочные, подчелюстные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы

Степень развития мышц удовлетворительная. Тонус и сила сохранены и симметричны. При пальпации мышцы безболезненны. Атрофия, гипертонус, гиперкинез не выявлены. Уплотнений нет.

Костно-суставной аппарат.

Деформация костей отсутствует. Состояние концевых фаланг рук и ног не изменено. Симптом «барабанных палочек» отрицательный. Суставы безболезненны. Активные и пассивные движения в полном объеме. Контрактуры и анкилозы отсутствуют.

Органы дыхания.

Носовое дыхание не затрудненно. Отделяемого из носа нет. Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных и гайморовых пазух не наблюдается. Голос обычный.Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены

Грудная клетка коническая (нормостеническая), симметричная. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Лопатки прилегают плотно. Ключицы расположены симметрично. Надключичные и подключичные ямки обозначены хорошо, выражены одинаково справа и слева. Тип дыхания смешанный. Дыхание глубокое, ритмичное. Движение грудной клетки при дыхании равномерное. Частота дыхания 18 в минуту.

Голосовое дрожание проводится равномерно во всех отделах легких.

Пальпация грудной клетки по топографическим линиям безболезненна. Эластичность грудной клетки сохранена. При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается. При топографической перкуссии границы легких не изменены.

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см.

При аускультации легких по 9и парным точкам выслушивается ясное везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются. Бронхофония на симметричных участках одинакова. Усиления или ослабления нет.

Сердечно-сосудистая система.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. Сердечный горб отсутствует. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1.5 сантиметра кнаружи от среднеключичной линии, локализованный (шириной 1 см), низкий, не усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.Пульс ритмичный, равномерный, нормального напряжения и наполнения. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. При пальпации артерии плотные. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется. Артериальное давление 130/80 мм Hg. ЧСС 75 ударов в мин, частота пульса 75 ударов в минуту, дефицита пульса нет.

Перкуссия сердца. Границы относительной тупости сердца. Правая - на 1.5 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье; Левая - в V-ом межреберье на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии;Верхняя - в III межреберье (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины). Ширина сосудистого пучка 8 см на уровне второго межреберья. Границы абсолютной тупости сердца. Правая граница в 4 межреберье по левому краю грудины. Левая граница на 1.5 сантиметра кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Верхняя граница в 4 межреберье по левой парастернальной линии. Длинник сердца 16 см. Поперечник 14 см.

Аускультация.

Тоны сердца ясные, сокращения ритмичные. Акцента одного из тонов, патологического раздвоения, расщепления тонов сердца не обнаружено. ЧСС 75 ударов в минуту. Шум трения перикарда и плевроперикардиальный шум не выслушиваются.

Система органов желудочно-кишечного тракта. Губы бледно-розовые, влажные. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, спинка языка обложена, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов, кровоизлияний нет.

Исследование живота: Осмотр. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Грыжи не выявлены.Перкуссия. При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Симптом Василенко (шум плеска справа от средней линии живота) отсутствует. Локальная перкуторная болезненность в эпигастрии не выявлена. Симптом Менделя отрицательный. Поверхностная ориентировочная пальпация. Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Болезненности не отмечается. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско. Пальпируется большая кривизна желудка по обе стороны от средней линии тела на 3 см выше пупка в виде валика. Привратник пальпаторно не определяется. Пальпируются все отделы толстой кишки, кроме прямой и аппендикса. При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника. Пальцевое исследование прямой кишки не проводилось. Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы (симптом Керте) отсутствует. Исследование печени и желчного пузыря: Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Пульсации печени не наблюдается. Край печени при пальпации не выступает из-под края реберной дуги по линии medioclavicularis dextra, он мягкий, острый, легко подворачивающийся и нечувствительный.

При аускультации шума трения брюшины не отмечается. Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra. Размеры селезеночной тупости: поперечник - 6 см, длинник - 7 см.Селезенка не пальпируется. Шум трения брюшины над селезенкой не прослушивается. Система органов мочевыделения. Визуально припухлости в почечной области не выявляется. Почки бимануально не пальпируются, болезненности при пальпации нет. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь безболезненный, обычной величины. Акт мочеиспускания безболезненный 3-4 раза в сутки, регулярно, моча желтого цвета. Эндокринная система. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

Нервно – психическая сфера.

Сознание ясное. Во времени, пространстве, собственной личности ориентирован. Менингиальные симптомы отрицательные. Память не снижена. Речь внятная. Чувствительность сохранена. Активные движения в конечностях в полном объеме. Сухожильные рефлексы без патологий. Зрачки живо реагируют на свет.

Специальный статус

Кожа умеренно сухая, потоотделение не усилено, салоотделение в пределах нормы.

Общая пигментация не усилена, отмечается очаг гиперпигментации размером 2 на 3 см. на правой голени.

Видимые здоровые участки кожного покрова розовой окраски, умеренно влажные и эластичные, рисунок умеренно усилен, кровенаполнение достаточное. Кожа теплая. Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Толщина кожной складки на передней поверхности живота 2см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет.

Оволосение по мужскому типу.

Дерматографизм розовый. Мышечно-волосковый рефлекс сохранен.

Общее описание дерматоза

Кожный процесс распространенный, высыпания преимущественно локализуются на коже нижних и верхних конечностей, головы и в умеренном количестве на кожи туловища. Высыпания имеют ассимметричный характер.

Очаги островоспалительные, резко отграниченные, крупные и крупнофестончатые с хорошо оформленным отторгающимся роговым слоем по периферии.

Высыпания полиморфные, представлены серопапулами и папуловезикулами, различного размера, которые быстро вскрываются и на их месте образуются точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат. Помимо серопапул и папуловезикул, мокнущих эрозий, на поверхности определяется массивное наслоение гнойных корок. Расположение элементов сплошное, без прослоек здоровой кожи.

Детальное описание дерматоза

Первичный морфологический элемент – серопапула и везикула, диаметром до 0,5см, розово-красного цвета, округлых очертаний, четко отграничены, умеренно возвышаются над уровнем кожи, форма полушарровидная, поверхность гладкая, консистенция плотная, покрышка плотная, экссудат серозного характера, на месте вскрывшихся серопапул и везикул точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат, серозная жидкость подсыхает и образуются серовато-желтые корочки.

Имеется тенденция к периферическому росту,с формированием значительного количества мокнущих эрозивных очагов.

Вокруг очагов на внешне здоровой коже видны очаги отсевов – отдельные мелкие пустулы.

Заканчивается процесс оставлением очага гипермигментации, а также уплотнением пораженного участка, с усилением кожного рисунка (лихинификация).

Предварительный диагноз

Учитывая жалобы больного на умеренные высыпания в области туловища и обильные высыпания в области верхних и нижних конечностей, головы, с обильно мокнущей поверхностью, сопровождающиеся легким зудом, умеренной болезненностью.

Из анамнеза заболевания: 14 января 2004 года на правой голени, в области полученной недавно травмы заметил данные высыпания,которые в течение последующих 3 месяцев появились на коже обоих конечностей, а также в умеренном количестве на коже туловища. 16 апреля появились также обильные высыпания на голове с обильно мокнущей поверхностью.

При объективном обследование: кожный процесс распространенный, высыпания преимущественно локализуются на коже нижних и верхних конечностей, головы и в умеренном количестве на кожи туловища. Высыпания имеют ассимметричный характер.

Очаги островоспалительные, резко отграниченные, крупные и крупнофестончатые с хорошо оформленным отторгающимся роговым слоем по периферии.

Высыпания полиморфные, представлены серопапулами и папуловезикулами, различного размера, которые быстро вскрываются и на их месте образуются точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат. Помимо серопапул и папуловезикул, мокнущих эрозий, на поверхности определяется массивное наслоение гнойных корок. Расположение элементов сплошное, без прослоек здоровой кожи.

Первичный морфологический элемент – серопапула и везикула, диаметром до 0,5см, розово-красного цвета, округлых очертаний, четко отграничены, умеренно возвышаются над уровнем кожи, форма полушарровидная, поверхность гладкая, консистенция плотная, покрышка плотная, экссудат серозного характера, на месте вскрывшихся серопапул и везикул точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат, серозная жидкость подсыхает и образуются серовато-желтые корочки.

Имеется тенденция к периферическому росту,с формированием значительного количества мокнущих эрозивных очагов.

Вокруг очагов на внешне здоровой коже видны очаги отсевов – отдельные мелкие пустулы.

Заканчивается процесс оставлением очага гипермигментации, а также уплотнением пораженного участка, с усилением кожного рисунка (лихинификация).

На основание всего вышесказанного, можно поставить предварительный диагноз: Микробная экзема, стадия обострения, сопровождающаяся вторичными аллергическими высыпаниями ( аллергидами), хроническое рецидивирующее течение.

План дополнительных методов исследования

Лабораторные методы исследования:

Общий анализ крови (СОЭ, Лейкоциты, Гемоглобин и т. д)

Биохимический анализ крови( общий билирубин, бета-липопротеиды, холестерин, сахар крови, диастза, тимоловая проба, общий белок, протромбиновая активность и др. )

Общий анализ мочи ( количество, цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция на сахар, на белок, лейкоциты, эпителиальные клетки )

4) Анализ кала

5) Реакция Вассермана

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови дата:30.12.03

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| соэ | 8 | мм/ч | 4-12 |
| лейкоциты | 6.1 | х109 | 6-8 |
| гемоглобин | 140 | г/л | 140-160 |
| Лейкоцитарная формула | | | |
| Э | 5 | % | 2-4 |
| П/Я | 1 | % | 1 |
| С/Я | 59 | % | 50-68 |
| Л | 33 | % | 25-30 |
| М | 4 | % | 4-8 |

2. Общий анализ мочи

Количество – 100

Относительная плотность- 1015

Цвет – светло желтый

Реакция – кислая

Белок – 0

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения

4. Реакция Вассермана- отрицательная дифференциальный диагноз

Требуется дифференцировать микробную экзему с атопическим дерматитом.

Оба заболевания относятся к аллергическим, с наличием аллергической реакции немедленно-замедленного типа. В патогенезе заболеваний играют роль аллергены: неинфекционного происхождения (бытовые, эпидермальные, лекарственные, пыльцевые, пищевые, промышленные) и инфекционного происхождения (бактериальные, вирусные, грибковые); провоцировать заболевания могут нервно-психический стресс, острые инфекции; обоими заболеваниями могут болеть люди взрослого возраста обоего пола; зуд может быть сильный ; больные могут быть раздражительными, страдать бессонницей; оба заболевания могут осложняться пиодермией; при обоих заболеваниях высыпания могут располагаться на туловище и конечностях и могут быть полиморфными: эритема, папулы, везикулы; могут наблюдаться отполированные ногти; в крови может наблюдаться эозинофилия; оба заболевания имеют хроническое рецидивирующее течение.

Различия: возраст больных: атопическим дерматитом страдают как правило с детства и до половой зрелости, могут болеть и взрослые; экземой чаще страдают взрослые. Атопический дерматит чаще – наследственное заболевание, а экзема не всегда; при атопическом дерматите играют роль трофоаллергены, медикаментозные, домашняя пыль, а при микробной экземе – химические вещества, а также огромную роль имеют микроорганизмы ;

Для атопического дерматита характерна возрастная эволюционная динамика, чего не наблюдается при экземе; высыпания при атопическом дерматите располагаются на лице, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, на запястьях, а при истинной экземе – на любых участках тела, кроме груди и спины по типу носок, перчаток; высыпания при атопическом дерматите представлены эритемой, на фоне которой быстро формируется лихенификация, у детей может наблюдаться мокнутие; при микробной экземе наблюдается эволюционный полиморфизм высыпаний; при атопическом дерматите имеет место стойкий белый дермографизм, тогда как при микробной экземе дермографизм розовый.

Клинический диагноз

Учитывая жалобы больного на умеренные высыпания в области туловища и обильные высыпания в области верхних и нижних конечностей, головы, с обильно мокнущей поверхностью, сопровождающиеся легким зудом, умеренной болезненностью.

Из анамнеза заболевания: 14 января 2004 года на правой голени, в области полученной недавно травмы заметил данные высыпания,которые в течение последующих 3 месяцев появились на коже обоих конечностей, а также в умеренном количестве на коже туловища. 16 апреля появились также обильные высыпания на голове с обильно мокнущей поверхностью.

При объективном обследование: кожный процесс распространенный, высыпания преимущественно локализуются на коже нижних и верхних конечностей, головы и в умеренном количестве на кожи туловища. Высыпания имеют ассимметричный характер.

Очаги островоспалительные, резко отграниченные, крупные и крупнофестончатые с хорошо оформленным отторгающимся роговым слоем по периферии.

Высыпания полиморфные, представлены серопапулами и папуловезикулами, различного размера, которые быстро вскрываются и на их месте образуются точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат. Помимо серопапул и папуловезикул, мокнущих эрозий, на поверхности определяется массивное наслоение гнойных корок. Расположение элементов сплошное, без прослоек здоровой кожи.

Первичный морфологический элемент – серопапула и везикула, диаметром до 0,5см, розово-красного цвета, округлых очертаний, четко отграничены, умеренно возвышаются над уровнем кожи, форма полушарровидная, поверхность гладкая, консистенция плотная, покрышка плотная, экссудат серозного характера, на месте вскрывшихся серопапул и везикул точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат, серозная жидкость подсыхает и образуются серовато-желтые корочки.

Имеется тенденция к периферическому росту,с формированием значительного количества мокнущих эрозивных очагов.

Вокруг очагов на внешне здоровой коже видны очаги отсевов – отдельные мелкие пустулы.

Заканчивается процесс оставлением очага гипермигментации, а также уплотнением пораженного участка, с усилением кожного рисунка (лихинификация).

По результатам лабораторных исследований: Общий анализ крови – эозинофилия.

На основание всего выше сказанного можно поставить клинический диагноз: Микробная экзема, стадия обострения, сопровождающаяся вторичными аллергическими высыпаниями ( аллергидами), хроническое рецидивирующее течение

Этиология и патогенез

ЭКЗЕМА-воспаление поверхностных слоев кожи нервно-аллергического характера, возникающее в ответ на воздействие внешних или внутренних раздражителей, отличающееся полиморфизмом сыпи, зудом и длительным рецидивирующим течением.

В настоящее время экзема составляет не менее 40% всех кожных заболеваний. В первой половине XIX века экзема была выделена в отдельную болезнь, характеризующуюся свойством пузырьковых высыпаний быстро вскрываться, подобно пузырькам кипящей воды (по-гречески экзео – вскипать).

Патогенез: поливалентная (реже моновалентная) сенсибилизация кожи, в результате которой она неадекватно реагирует на различные экзогенные и эндогенные

воздействия. Сенсибилизации способствуют стрессовые переживания, эндокринопатии, болезни желудочно-кишечного тракта, печени, а также микозы стоп, хронические пиококковые процессы и аллергические заболевания. В детском возрасте экзема патогенетически связана с экссудативным диатезом.

Различают: истинную, микробную, себорейную и профессиональную экзему.

Истинная экзема протекает остро, подостро и хронически. Острая экзема характеризуется яркой отечной эритемой с множественными мельчайшими пузырьками, при вскрытии которых образуются точечные эрозии с обильным мокнутием, образованием корок и чешуек. Субъективно -жжение и зуд. Продолжительность острой экземы 1,5-2 мес.

При подостром течении воспалительные явления менее выражены: окраска очагов становится синюшно-розовой, отечность и мокнутие умеренные, стихают жжение и зуд; присоединяется инфильтрация. Продолжительность

процесса -до полугода. При хроническом течении в клинической картине преобладает инфильтрация кожи; пузырьки и мокнущие эрозии обнаруживаются с трудом, субъективно-зуд. Течение неопределенно долгое, рецидивирующее.

Разновидностью истинной экземы является дисгидротическая экзема, которая локализуется на ладонях и подошвах и проявляется обильными, местами сливающимися в сплошные очаги пузырьками и многокамерными пузырями с плотной покрышкой, при вскрытии которых обнажаются мокнущие участки, окаймленные бахромкой рогового слоя.

Микробная экзема, в патогенезе которой значительную роль играет сенсибилизация к микроорганизмам (обычно пиококкам), отличается асимметричным расположением, чаще на конечностях, округлыми очертаниями, четкими границами отслаивающегося рогового слоя, наличием

гнойничков и нередкой приуроченностью к свищам, длительно незаживающим ранам, трофическим язвам (паратравматическая экзема).

Себорейная экзема патогенетически связана с себореей. Встречается в грудном возрасте и после пубертатного периода. Локализуется на волосистой части головы, за ушными раковинами, налицо, в области грудины и между лопатками.Ее своеобразными особенностями являются желтоватая окраска, наслоение жирных чешуек, отсутствие выраженного мокнутия, нерезкая инфильтрация, склонность очагов к регрессу в центре с одновременным ростом по периферии. Профессиональная экзема, морфологически сходная с истинной, поражает открытые участки кожи (кисти, предплечья, шею и лицо), которые в первую очередь подвергаются в условиях производства вредному воздействию химических раздражителей, и имеет не столь упорное течение, так как сенсибилизация при ней носит не поливалентный, а моновалентный характер. С диагностической целью используют аллергические кожные пробы.

Лечение

Лечение данного заболевания

Медикаментозное лечение экземы должно быть комплексным( общее и наружное лечение), с учетом характера поражений кожных покровов, учитывая индивидуальные особенности

Лечение сводится с выявлению и устранению раздражающего фактора, терапии сопутствующих заболеваний. Следует максимально щадить кожу, особенно пораженных участков, от местного раздражения. Диета при обострениях преимущественно молочно-растительная.

1)Во всех случаях показано применение антигистаминных препаратов – диазолин, супрастин, фенкарол, димебон, бикарфен в комплексе с кальция глюконатом и др.

2) Седативные средства, в том числе транквилизаторы – натрия бромид, калия бромид, бромаземам и др.

3) При острых явлениях, сопровождающихся отечностью и мокнутием, -диуретики – маннитол, лазикс и др.

4) Эффективными детоксикационные, гипосенсибилизирующие средства – гемодез и полибиолин.

5) Иммуномодулирующая терапия – тактивин, метилуроцил, тимолин и др.

6) Антибиотики и сульфаниламиды ( с учетом чувствительности микрофлоры).

7) В случае упорного тяжелого течения применяют глюкокортикоиды ( в течение 2-3 недель).

8) Витаминотерапия.

Наружное лечение

1) Для примочек можно использовать 2-3-проц. раствор борной кислоты, 0,1-проц. раствор риванола, 1-2-проц. раствор ризоцина и др.

2) При микробных процессах – 2-5 проц. р-р резорцина, 0.02 проц. фурациллина, повязки со стафилококковым бактериофагом и др.

3) после снятия явлений острого воспаления применяют пасты и мази – 2-5 проц. борно-нафтолановую, 3 проц. ихтиоловую, 5-10 проц. дегтярно-нафтолановую и др.

4) Глюкортикоидные мази – «гиоксизон», «оксикорт» и др.

5) В подострый период физиотерапия ( УФО- терапия, косвенная диатермия и др.) ; иглорефлексотерапия, лазеротерапия.

Лечение данного больного

1) Rp.: Таb. Suprastini 0,025 N. 20

D.S. По 1 таблетке 2 - 3 раза в день

2) Rp. Haemodesi 400 ml

D.t.d. N. 5.

S.Внутривенно по 400 мл через день.

3) Rp.: Таb. Мethyluracili 0,5 N.50

D.S. По 1 таблетке 4 раза в день

4) Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2,5 % 1 ml

D.t.d. N. 20 in ampull.

S. Пo 1 мл внутримышечно

5)Rp.: Sol. Ас. аscorbinici 5 % 1 ml

D.t.d. N. 20 in ampull.

S. По 1 мл в мышцы 2 раза в день

Наружное лечение

1) 2-3-проц. раствор борной кислоты для примочек

2) 0.02 проц. фурациллина для примочек

3) После снятия явлений острого воспаления 5-10 проц. дегтярно-нафтолановую мазь.

4) Мазь «Гиоксизон» 10 г, смазывать пораженные участки 1-2 раза в день.

Эпикриз

47лет, находится на стационарном лечении в Алтайском КВД с 16.04.2004 года по поводу микробной экземы. Больной поступил с жалобами на: умеренные высыпания в области туловища и обильные высыпания в области верхних и нижних конечностей, головы, с обильно мокнущей поверхностью,сопровождающиеся легким зудом, умеренной болезненностью. Плохой сон.

При объективном обследовании: кожный процесс распространенный, высыпания преимущественно локализуются на коже нижних и верхних конечностей, головы и в умеренном количестве на кожи туловища. Высыпания имеют ассимметричный характер.

Очаги островоспалительные, резко отграниченные, крупные и крупнофестончатые с хорошо оформленным отторгающимся роговым слоем по периферии.

Высыпания полиморфные, представлены серопапулами и папуловезикулами, различного размера, которые быстро вскрываются и на их месте образуются точечные эрозии из которых выделяется серозный экссудат. Помимо серопапул и папуловезикул, мокнущих эрозий, на поверхности определяется массивное наслоение гнойных корок.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение: эозинофилия), общий анализ мочи (заключение: без патологии), анализ крови на RW (результат отрицательный).

Назначено следующее лечение: гемодез 400 мл внутривенно через день N.5, Таb. Suprastini 0,025 N. 20 по 1 таблетке 2 - 3 раза в день, Таb. Мethyluracili 0,5 N.50 по 1 таблетке 4 раза в день, Sol. Thiamini chloridi 2,5 % 1 ml N. 20 in ampull. пo 1 мл внутримышечно, Sol. Ас. аscorbinici 5 % 1 ml N. 20 in ampull.по 1 мл в мышцы 2 раза в день.Наружное лечение: 2-3-проц. раствор борной кислоты для примочек, 0.02 проц. фурациллина для примочек, после снятия явлений острого воспаления 5-10 проц. дегтярно-нафтолановую мазь,мазь «Гиоксизон» 10 г, смазывать пораженные участки 1-2 раза в день.

Лечение переносится без осложнений. В результате лечения отмечено улучшение состояния: новые элементы не образуются, мокнутие и зуд значительно уменьшились.

При выписке желательно рекомендовать:

1. Придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением соленого, углеводов и животных жиров.

2. Избегать стрессовых ситуаций.

3. В домашних условиях применять хвойные и горчичные ванны.

4. Регулярное диспансерное наблюдение.

5. Санаторно-курортное лечение.

Используемая литература

1) Современная медицинская энциклопедия(The MERCK Manual). Под об. ред. Г.Б. Федосеева.С.-Петербург:«Норинт». 2002г.

2)Справочник лекарственных средств под редакцией М.Д.Машковского

(четырнадцатое издание )

3)Кожные и венерологические болезни.Под об. ред.Ю.К.Скрипкина

Москва 2000 г.

4) Кожные и венерологические болезни. Под об. ред. Ю.К.Скрипкина,

А.Л.Машкиллейсона, Г.Я.Шарапова. Москва 1995 г.

5) Internet