СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра кожных и венерических болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз

Основное заболевание: распространенная истинная экзема

Сопутствующее заболевание: нет

Осложнения: нет

Время курации: 05.12.01- 10.12.01

Куратор: студент 4 курса 1 гр

леч. ф-та Балуев А.В.

Архангельск, 2002

1. Паспортная часть

ФИО :Е.П.П., 16 лет.

Пол: мужской.

Семейное положение: холост.

Профессия: учащийся школы №.

Адрес места жительства: ул.

Время поступления в стационар: 02.12.01, 11.45.

2. Анамнестические данные

Субъективные данные.

Больной предъявляет жалобы на зуд, жжение, стянутость кожи, покраснение кожи в области щек, правой брови.

Зуд усиливается при расчесывании, приеме острой, жирной, сладкой пищи.

Диспептические расстройства.

На момент курации больной диспептических расстройств не отмечает. Сон спокойный.

История развития настоящего заболевания.

Больным считает себя с ноября 1998 года в течение 3 лет, когда впервые появились очаги эритемы на щеках диаметром примерно 1,5 см. Больного беспокоил также зуд, припухлость в зоне поражения. Пациент ни с чем не связывает начало заболевания. По поводу данных высыпаний обратился в городскую поликлинику, в которой был поставлен диагноз «экзема» и было предложено лечение патологических очагов « детским» кремом. Лечение не привело к улучшению. Очаги эритемы исчезли самопроизвольно через 2 месяца после начала заболевания.

Осенью 1999 года вновь возникли очаги эритемы в области щек диаметром около 3 см. На фоне эритемы появились пузырьки, мокнутие.

Зимой 2001 года в области щек, правой брови возникли очаги эритемы без четких границ. Сыпь стала более выраженной, появился зуд, мокнутие.

.12.01 обратился в дерматовенерологический диспансер, где было назначено амбулаторное лечение препаратами кальция, седативными и антигистаминными препаратами.

. Перенесенные заболевания.

Детские инфекции (корь, коклюш, дифтерию) отрицает. Инфекции (брюшной тиф, дизентерия, болезнь Боткина), психические и венерические заболевания отрицает. Травм, хирургических заболеваний не отмечает.

. Анамнез жизни больного.

Родился 20.07.1986 г. доношенным, воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями, в городе Архангельске. Вскармливание искусственное. Питание полноценное и достаточное. Детские прививки делались по возрасту. Респираторными заболеваниями болеет редко. Материально обеспечен. Живет в благоустроенной квартире. Не курит, алкоголь не употребляет.

Семейный анамнез, наследственность

Родители хронической патологии не имеют. Заболевания кожи у родителей отрицает. Старший брат болел экземой с локализацией патологических очагов в области щек в возрасте 18 лет в течение 3 лет.

Иммунологический анамнез

Аллергологический анамнез в отношении пищевых, лекарственных, ингаляционных, эпидермальных антигенов сомнителен: больной не отмечает связи между контактом с антигенами и непереносимостью их.

Аллергологические пробы никогда не проводились. Иммунопатологию у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузии никогда не проводились, инъекций за последние 6 месяцев не было.

микробный экзема стадия наружный

3. Объективное исследование-настоящее состояние

Вес: 54 кг.

Рост: 173 см.

Общее состояние больного: удовлетворительное.

Тип телосложения: нормостенический (эпигастральный угол приближается к 90 градусам, угол соединения тела и рукоятки грудины не выражен).

Подвижность, походка: без ограничений движений, походка ровная.

Пропорциональность развития: развит пропорционально.

Положение пациента: активное.

Психика и нервная система: сознание ясное (в пространстве и времени ориентируется хорошо, на задаваемые вопросы отвечает адекватно); настроение бодрое. Выражение лица: осмысленное.

Температура тела 36,6.

Кожа, видимые слизистые оболочки, волосы, ногти

Кожные покровы бледные, сухие, теплые, чистые. Тургор кожи сохранен. Рубцов нет. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые, чистые, отделяемого нет. Склеры белого цвета. Волосы чистые, перхоти нет. Педикулеза не выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста или облысения не обнаружено. Ногтевые пластинки плотные, гладкие, блестящие, не утолщены и, без поперечной исчерченности. Сальные и потовые железы без видимой патологии, функция их сохранена.

Болевая, температурная, тактильная чувствительность кожи сохранена.

Подкожная жировая клетчатка.

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Толщина подкожной клетчатки 2 см на уровне пупка.

Пастозности, отеков не выявлено.Патологического локального скопления жира не найдено.

Мышечная система и костно-суставной аппарат.

Мышцы конечностей и туловища развиты умеренно, тонус и сила сохранены, болезненности при сокращении и пальпации мышц нет. Участков гипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

Костный скелет сформирован правильно. Деформаций, искривления костей и позвоночника не выявлено. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

Конфигурация суставов правильная, объем движений в суставах не нарушен, болезненности при активных и пассивных движениях в суставах нет.

Лимфатические узлы

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

Ушных узлов до 3 мм в диаметре. При пальпации безболезненные, эластичные, подвижные. Также пальпируются множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные подмышечные лимфоузлы. Другие лимфатические группы не прощупываются.

Шея

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яремных вен нет.

Ограничений подвижности шейного отдела позвоночника нет.

Органы дыхания.

Осмотр: Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического секрета(кровь, слизь, гной) нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха. Гортань не изменена.

Грудная клетка имеет форму усеченного конуса, ключицы расположены на одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно, расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм. Тип дыхания брюшной. Дыхание ритмичное - 16 в минуту .Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание хорошо проводиться и одинаково в симметричных участках грудной клетки.

Хруста и крепитации нет. При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый.

Топографическая перкуссия лёгких:

Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | правое лёгкое | левое лёгкое |
| l.parasternalis | верхний край VI ребра | ----------------- |
| l.medioclavicularis | нижний край VIребра | ----------------- |
| l.axillaris ant. | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris med. | VIII ребро | IX ребро |
| l.axillaris post. | IX ребро | IX ребро |
| l.scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | |

Высота стояния верхушек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| спереди | 3.5 см выше ключицы | |
| сзади | на уровне остистого отростка VI шейного позвонка | |

Подвижность лёгочных краёв : по l.axillaris ant.

справа - 5 см, слева - 5 см.

Аускультация: при спокойном и форсированном дыхании определяется физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония не изменена.

Органы кровообращения.

Верхушечный толчок, сердечный толчок, ретростернальная пульсация визуально не определяются. Набухания яремных вен, видимой пульсации сонных артерий не выявлено.

При пальпации верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. Ширина верхушечного толчка 1,5 см. Симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует.

Пульс на лучевой артерии одинаково хорошо пальпируется на обеих руках. Пульс ритмичный, равномерный, полный, напряженный. Частота пульса 69 ударов в минуту.

Границы сердца, найденные с помощью перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы сердца | Относительная сердечная тупость | Абсолютная сердечная тупость |
| Правая: | на 1см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье | По левому краю грудины на уровне 4 межреберья |
| Левая | совпадает с верхушечным толчком (5 межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии) | На 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости |
| Верхняя | Уровень 3 межреберья по левой парастернальной линии | Уровень 4 межреберья по левой парастернальной линии |

Ширина сосудистого пучка 6 см. Поперечник сердца 12см.Пульс соответствует числу сердечных сокращений. Выслушиваемые 1 и 2 тоны ясные, чистые, ритмичные. Сердечных шумов и дополнительных тонов не выявлено. Артериальное давление (по Короткову) на правой руке 125/80, на левой руке 120/80 мм.рт.ст. Пульсовое давление на правой руке 50 мм.рт.ст.

Органы пищеварения.

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и трещин. Слизистая рта чистая, розовая. Язык чистый, влажный, розовый. Ротовая полость санирована.

Зубная формула:

кк кк

к-кариес

к

Десны без наложений, не кровоточат. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой поверхностью. Лакуны без отделяемого.Функциональной и органической дисфагии нет. Акт глотания свободный.

Живот мягкий, безболезненный. При глубокой скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско сигмовидная, слепая кишка, большая кривизна желудка не пальпируются. Глубокая пальпация живота безболезненна. 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. Симптомы Щеткина - Блюмберга, Василенко, Захарьина отрицательные.

При перкуссии передней брюшной стенки в местах проекции кишечника определяется тимпанический звук различных оттенков и степени притупления.

Акты дефекации свободные, безболезненные. Стул 1 раз в сутки. Кал оформленный, коричневый, однородный.

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.

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. Размеры печени по Курлову 9 х 8 х 7 см.

Осмотр области желчного пузыря не информативен. Пальпация безболезненная (симптом Курвуазье отрицательный). Симптомы Мюсси, Ортнера отрицательны.

Селезёнка: не пальпируется; при перкуссии верхний полюс-IX ребро, нижний полюс-XII ребро по l.axillaris ant.

Поперечник селезенки - 6 см, длинник - 12 см.

Почки и мочевыводящие пути

Осмотр поясничной области: поясничная область симметрична, без видимых деформаций.

Симптом Пастернацкого (поколачивание ребром ладони по пояснице в области правого и левого 12 ребер) отрицателен.

Пальпация почек, мочевого пузыря безболезненна. Акт мочеиспускания свободный, безболезненный. Цвет мочи желто-соломенного цвета, без патологических (кровь, слизь, гной) примесей. Моча прозрачная.

Эндокринная система и органы чувств.

Соотношение отдельных частей тела пропорциональное. Отложение жира и развитие волосяного покрова по мужскому типу. Полос растяжения кожи на животе, бедрах нет. Кожа теплая, влажная, гладкая.

Анализаторные системы без патологии.

Зрение: visus OS = 1,0 ; visus OD = 1,0

Слух, обоняние, осязание в полном объёме.

Рефлексы (ресничный, корнеальный, зрачковый) сохранены. Нормофтальм.

Припухлости в месте проекции щитовидной железы нет. Перешеек и доли щитовидной железы не пальпируются.

Нервная система.

Сознание ясное. Настроение бодрое, сон спокойный, со сновидениями 8 часов в сутки. Головокружения, головных болей нет. Речь связная, членораздельная. Больной ориентирован в месте и времени. Окружающее воспринимает, реагирует адекватно. Судорог, тремора, парезов, параличей, атрофии мышц нет.

Рефлексы (глоточный, подошвенный) сохранены. Ассиметрии лица, сглаженности носогубной складки, девиации языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные,

Дермографизм белый, появляется через 15 сек, стойкий. В позе Ромберга устойчив.

Status localis.

Процесс локализуется в области щек, правой брови.

Процесс ограниченный, воспалительного характера.

Высыпания полиморфные. На коже обнаруживаются как первичные морфологические элементы - сосудистые пятна, серопапулы, микровезикулы, единичные пустулы, так и вторичные - единичные точечные мокнущие эрозии, серозные корки.

Полиморфизм эволюционный. Тип воспаления - хронический.

Пятна: эритематозные, ярко-красного цвета,отграниченные, неправильной формы, исчезают при диаскопии и появляются вновь.

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 серозным содержимым, при надавливании легко вскрываются с образованием точечных эрозий.

Эрозии: точечные, мокнущие, возникшие в результате вскрытия везикул, папул при расчесывании кожи. Форма неправильная, цвет от бледно-розового до бледно-желтого. Корки: точечные, серозные, образовавшиеся при подсыхании экссудата после расчесывания зудящих участков кожи, прокалывания пузырей, бледно-желтого цвета. Определяется шелушение. Чешуйки мелкие, отрубевидные.

4. Дополнительные данные

.Общий анализ крови от 3.12.01

Эритроциты - 4,5 г/л (4,5-5,5 г/л)

Гемоглобин - 132 г/л (120-160г/л)

Лейкоциты - 3,2 г/л (6-9 г/л)

Эозинофилы - 1% (2-4 г/л)

Нейтрофилы - 64% (50-70%)

Лимфоциты - 33% (26-30%)

Моноциты - 2% (4-8%)

СОЭ - 4 мм/час

Заключение: лейкоцитопения, моноцитопения.

. Исследование крови на RW от 03.12.01

Реакция отрицательная.

. Анализ перианального соскоба от 03.12.01

Результат отрицательный.

. Исследование мочи от 4.12.01

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1013

Прозрачная

Белок -

Сахар -

Эпителиальные клетки плоские - 2-4 в поле зрения

Лейкоциты - 0-2 в поле зрения

Слизь -

Бактерии -

Заключение: показатели ОАМ в пределах возрастной нормы.

. Исследование крови на сахар.

Сахар 4,5 г/л (3,3-5,5 г/л)

Заключение: сахар в крови в пределах возрастной нормы.

.Функциональные пробы печени:

Общий белок сыворотки 71,0 г/л (65-68 г/л)

Проба Вельтмана 0,4 мл

Тимоловая проба 3,86 ед (0-5 ед)

Билирубин общий 16,2 мкмоль/л (8,5-20,5 мкмоль/л)

Заключение: незначительная протеинемия.

.Посев чешуек на грибы.

Результат отрицательный.

5. Предварительный диагноз

На основании жалоб больного, данных анамнеза, объективного обследования, лабораторных и других методов исследования можно поставить предварительный диагноз:

Основное заболевание: распространенная истинная экзема.

Сопутствующее заболевание: нет

Осложнения: нет.

6. Дифференциальный диагноз

Больному поставлен предварительный диагноз «распространенная истинная экзема».

Для окончательной постановки диагноза это заболевание необходимо отдифференцировать как внутри нозологической единицы, например, с микотической экземой, микробной экземой, так и со сходным заболеванием другой группы - аллергическим дерматозом, нейродермитом, токсикодермией.

Микробная экзема и микотическая экзема имеют ряд признаков, характерных также и для истинной экземы: полиморфизм высыпаний, ведущий элемент везикула, точечное мокнутие, больных беспокоит зуд. Однако для истинной экземы характерна симметричность расположения очагов патологического процесса. Для двух других типов экзем это, как правило, не характерно.

У больного отсутствует сенсибилизация к грибам в анамнезе (перед началом воспалительных явлений), в посеве чешуек отсутствуют грибы, патологические очаги симметричны (на правой и левой щеке). Следовательно можно исключить микотическую экзему. Отсутствие в анамнезе контакта данного участка кожи с различными источниками инфекции(землей, загрязненными предметами),неоднократное рецидивирование заболевания, нечеткие границы патологических очагов,отсутствие фликтен на пораженном участке и по периферии,

Бледно-желтые корочки, отсутствие очагов пиодермитов, говорит о вероятном отсутствии микробной экземы.

Также истинную экзему следует дифференцировать с аллергическим (экземоподобным) дерматитом. В случае аллергического дерматита также имеют место эритематозно-везикулезные высыпания, мокнутие и жалобы больных на зуд. Границы патологического очага нечеткие, склонность к распространению и рецидивам в случае контакта с аллергеном.

Но помимо этого у данного больного есть признаки, нехарактерные для дерматита: это полиморфизм высыпаний, длительное, "капризное" течение заболевания. Течение аллергического дерматита часто быстрое и бурное, часто с локализацией высыпаний на месте контакта с аллергеном (большей частью на кистях), после прекращения действия которого процесс быстро угасает и самопроизвольно разрешается. Следовательно аллергический дерматит можно исключить.

В случае нейродермита тоже возникают папулы на фоне эритемы, больного беспокоит зуд. Однако кожные проявления при данном заболевании сочетаются с другими аллергическими состояниями- ринитом, астмой, встречаются помимо папул уртикарные элементы, локализация очагов чаще на задней и боковой поверхности шеи, кубитальных и подколенных ямках

При токсикодермии сыпь может быть представлена экзематозными элементами. Однако протекает с сильным зудом, рядом общих расстройств: головная боль, потеря аппетита, общая слабость. Течение острое, проходящее после действия этиологического фактора. У нашего больного данных расстройст не отмечалось ни в момент курации, ни в другие периоды заболевания. Следовательно токсикодермию можно исключить.

7. Клинический диагноз и его обоснование

На основании данных анамнеза: больной себя считает с ноября 1998 года, когда впервые появились высыпания в виде эритематозных пятен, которые периодически появлялись и исчезали. Появление высыпания сопровождалось интенсивным зудом в данной области. Процесс постепенно распространялся на кожу правой брови. Больной отметил характерную последовательность высыпаний: вначале появлялись покраснение и отечность кожи, сопровождаемые зудом, затем на этом участке появлялись мелкие пузырьки с прозрачным содержимым, размером 1-2 мм, которые вскрывались в течение суток. На их месте появлялись точечные очаги с прозрачным экссудатом при надавливании или прокалывании.

Через несколько дней на этих участках образовывались желтоватые корочки. После исчезновения корочек появлялось шелушение кожи. В то же время на уже пораженных участках могли вновь появиться везикулы.

На основании данных осмотра: процесс распространенный, симметричный, воспалительного характера, локализуется на коже щек, правой брови. Характер поражения очаговый. Очаги имеют различную величину, неправильную форму, границы их нечеткие. Кожа в очагах поражения отечная, эритематозная. Наблюдается ложный (эволюционный) полиморфизм, так как наблюдаются разнообразные морфологические элементы, являющиеся стадиями одного заболевания)..В пределах очагов поражения на фоне эритемы имеются везикулы. После вскрытия везикул образуются очаги мокнутия, так называемые экзематозные колодцы - симптом сецернирующих колодцев , представляющие собой точечные эрозии в эпидермисе, образующиеся после вскрытия пузырьков. Определяется отрубевидное шелушение, в основном на коже щек. На коже щек сосредоточены группы высыпаний, еще дальше находятся одиночные высыпания - симптом географического архипелага. Все перечисленные признаки характерны для распространенной истинной экземы. Наличие данного заболевания в течение длительного (около 3 лет) периода времени говорит о хроническом течении процесса. Хроническое течение процесса, частое рецидивирование(больше в холодное время года), локализация на коже лица, умеренное мокнутие патологических очагов(в основном в результате прокалывания, надавливания на пузырьки) говорит о пруригинозной форме истинной экземы. Отмеченные в результате курации ухудшение и улучшение состояния больного, изменения в области патологических очагов говорят о регрессивно- прогрессивной стадии заболевания.

Выставляется окончательный диагноз:

ОСНОВНОЙ: Распространенная истинная экзема.

ОСЛОЖНЕНИЙ: нет

СОПУТСТВУЮЩИЕ: нет

. ЛЕЧЕНИЕ

Режим больного - общий. Стол № 15.

В стационаре ОКВД больному было назначено следующее лечение:

препараты общего действия - тиосульфат натрия, цетрин, дексаметазон; местная терапия - цинковая мазь, препараты кальция.

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

Общая терапия.

. 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. Кроме того, препарат влияет на стадии воспалительного процесса - уменьшает воспалительные явления, ускоряет протекание воспалительного процесса и его разрешение.

Rp. Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml

D.t.d. N.6 in ampullis.. Вводить внутривенно медленно по 5 мл.

. Цетрин (Cetrin).

Цетрин относится к десенсибилизирующим противогистаминным средствам, проявляет седативные и снотворные свойства. Механизм действия заключается в блокаде Н 41 0-гистаминовых рецепторов.

Rp. Cetrini - 0.01.t.d. N.20 in tabulettis.

S.По 1 таблетке на ночь.

. 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.. Dexamethasoni - 0.0005.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.

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- 27.0.f. unguentum.

D.S. Наружное.

Общее и наружное лечение экзематозного процесса назначается индивидуально с учетом эндогенных и экзогенных факторов, лежащих в основе развития болезни. 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, димедролом. Часть этих препаратов обладает еще и седативным эффектом.

Rp. Dragee Diasolini 0.1 N.20

D.S. По 1 драже 2 раза в день после еды.

#. Tab. Suprastini 0.025 N.20

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

При выраженном отечном синдроме применяют мочегонные средства.

Эффективными средствами дегидратационного и детоксикационного действия являются гемодез и полибиолин, обладающие к тому же противовоспалительным и десенсибилизирующим влиянием. С целью иммуномодулирующего действия рекомендуется назначать декарис, метилурацил, тактивин, тимолин, натрия нуклеинат, пирогенал.

Rp. Levamizoli - 0.05.t.d. N.10 in tabulettis.

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

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.. Tab. Prednisoloni 0.005 N.20.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Rp. Sol. Calcii gluconatis 10% - 10 ml.t.d. N.10 in ampullis.

S. По 5-10 мл внутримышечно.

В лечении экземы у детей используют все вышеперечисленные средства, но в связи с тем, что у них обычно имеется дисбактериоз и ферментопатии, им показаны бифидум-бактерин, бификол, бактисубтил, колибактерин. При необходимости можно использовать коли-протейный и стафилококковый бактериофаг.

Наружное лечение назначается в соответствии с характером воспалительного процесса. 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 - мокрое" 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 тетрабората, 0.25% раствор цинка сульфата, 1-2% раствор амидопирина.

Rp. Liquoris Burovi - 100 ml

D.S. Для примочек. Перед употреблением развести 2 столовые ложки на стакан воды.

Детям грудного возраста не рекомендуется назначать примочки, содержащие резорцин или борную кислоту, ввиду опасности их токсического действия при абсорбции через эрозии. Хорошо уменьшают отечность и гиперемию, содействуют эпителизации эрозий примочки из отвара чая, подорожника, корня алтея, ромашки, мать-и-мачехи. При микробном процессе в первую очередь применяют противомикробные растворы - 2-5% раствор резорцина, 0.05-0.5 % раствор этакридина лактата, 0.02% раствор фурацилина, 0.01-0.1% раствор калия перманганата, 10-15% раствор димексида. В перерыве между наложением примочек очаги тушируют 0.5-2% раствором нитрата серебра, фукорцином, 2% раствором бриллиантового зеленого и смазывают растительным или цинковым маслом. Примочки используют до исчезновения мокнутия.

Rp. Sol. Resorcini 2% - 100 ml

D.S. Для примочек.

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..: Acidi borici - 1.0- 1.5Zinci - 30.0.f. pasta.

D.S. Наружное.

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: "Синалар N", "Локакортен N", "Лоринден С", "Оксикорт", "Гиоксизон", "Геокортон" и др.

Rp.: Ung. Prednisoloni 0.5%

(Ung. Flucinari) \_\_aa 10.0. Helianthi \_\_. destill. aa 10 ml.f. unguentum.

D.S. Наружное.

Rp.: Ichthyoli - 5.0\_\_aa 25.0.f. unguentum.

D.S. Наружное (10% ихтиоловая мазь).

Rp. Ung. "Lorinden C" 25.0

D.S. Наружное.

При хронических формах экземы в период стихания воспалительных явлений используют УФО (субэритемные, а затем эритемные дозы через 1-2 дня, на курс 10-15 сеансов). Рекомендуются также фонофорез мазей, оксигенотерапия. На участки выраженной лихенизации назначают аппликации озокерита, парафина, лечебных грязей по 10-20 процедур на курс. В ряде случаев эффективны и другие методы: рефлекторная (косвенная) физиотерапия, косвенная диатермия, иглорефлексотерапия, лазеротерапия.

. ПРОГНОЗ И ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Прогноз для жизни, трудоспособности и реабилитации в процессе выздоровления благоприятный. Больному 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. Для предупреждения рецидивов следует избегать конфликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений.

Для скорейшего разрешения патологического процесса необходимо придерживаться проводимого лечения, а после его окончания необходимо поставить больного на диспансерный учет и проводить наблюдение ввиду возможного развития рецидивов.

. ДНЕВНИК КУРАЦИИ.

.12.01

Назначения. Стол №15

Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

Cetrini по 1 таблетке на ночь.

Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

цинковая мазь на очаги 2 раза.

Состояние больного продолжает оставаться без выраженных изменений. Больной жалуется на высыпания в области щек, правой брови. Зуд кожи в области поражения слегка уменьшен ( больной связывает это с получаемым лечением).Повышения температуры тела на момент расспроса нет, других жалоб нет.

.12.01

Назначения. Стол №15

- Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

- Cetrini по 1 таблетке на ночь.

Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

цинковая мазь на очаги 2 раза.

Больная отмечает улучшение самочувствия. Имеются высыпания в области правой брови в виде пузырьков. На щеках имеются желтоватые корочки и незначительное отрубевидное шелушение. Повышения температуры тела на момент расспроса нет.

.12.01

Назначения. Стол №15

Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

Cetrini по 1 таблетке на ночь.

Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

цинковая мазь на очаги 2 раза.

Состояние больного без выраженных изменений. Больной жалуется на высыпания в области щек, правой брови. Зуд кожи в области поражения уменьшен.

Повышения температуры тела на момент расспроса нет, других жалоб нет.

11. ЭПИКРИЗ

Е.П.П., 16 лет, поступил в ОКВД по поводу распространенной истинной экземы, подострой стадии.

На момент курации больной предъявлял жалобы на высыпания в области Щек, правой брови. Высыпания сопровождались зудом различной интенсивности. Жалоб общего характера больной не предъявлял.

При объективном обследовании на коже шек и правой брови стопы были обнаружены сосудистые пятна, серопапулы, микровезикулы, единичные точечные мокнущие эрозии, серозные корки бледно-желтого цвета.

Помимо характерных экзематозных высыпаний, у больного было обнаружено шелушение в области щек, чешуйки мелкие, отрубевидные.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение: лейкоцитопения, моноцитопения), общий анализ мочи (заключение: без патологии), анализ крови на RW (результат отрицательный), забор патологического материала на грибы (заключение: споры грибов не обнаружены).

В стационаре ОКВД больному было назначено следующее лечение: препараты общего действия - раствор натрия тиосульфата 30% 5 мл внутривенно, цетрин по 1 таблетке на ночь, дексаметазон по 2 таблетки утром, р-р глюконата кальция 10% 10 ml внутримышечно; местная терапия - цинковая мазь. Лечение переносится без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчезли зуд, мокнутие, высыпания покрылись корочками, которые редуцируются.

12. Рекомендации

. Ухаживать за кожей и предупреждать ее повреждение.

. Придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением жидкости, легкоусвояемых углеводов и соли.

. Соблюдать режим дня, вести здоровый образ жизни.

. Избегать стрессовых ситуаций.

. Регулярное диспансерное наблюдение.

. Санаторно-курортное лечение.

В целях профилактики микробной экземы 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.

Со стороны врача необходимо проводить все возможные мероприятия по предупреждению развития экземы в результате нерационального лечения очагов хронической инфекции с повреждением кожных покровов.

Больного необходимо поставить на диспансерный учет и систематически наблюдать.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Владимиров В.В., Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни. Атлас.- М.: Медицина, 1980,- 288с.

. Головинов Э.Д., Переверзев Ю.М. Учебная история болезни в клинике кожных и венерических болезней.: Методические разработки для студентов, интернов, субординаторов и клинических ординаторов.- Иваново, 1992,- 32 с.

. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницына.- М.:Медицина, 1989,- 672 с.

. Каруна Б.И. Экзема.- Киев, 1989,- 283 с.

. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х т.- Т.2 /Под ред. Ю.К.Скрипкина.- М.:Медицина, 1995,- 544 с.

. Комплексные методы терапии больных экземой. Методические рекомендации.- Харьков, 1972,- 112 с.

. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. И дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.

. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.- М.:Медицина,1980 552 с