I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: x

Возраст: 67 лет.

Пол: мужской.

Национальность: русский.

Семейное положение: женат.

Образование: начальное.

Профессия и место работы: пенсионер.

Домашний адрес: г. Иваново

Дата поступления: 11 апреля 1997 г.

II. ЖАЛОБЫ

Жалобы на высыпания на коже тыла правой стопы, нижней трети

правой голени, передней поверхности левой голени, а также на

тыле обеих кистей. Высыпания сопровождаются зудом различной ин-

тенсивности. Кроме того, больного беспокоит пожелтение и кроше-

ние ногтей стоп.

Жалоб общего характера больной не предъявляет.

III. ANAMNESIS MORBI

Пациент считает себя больным с января 1997 года. Со слов боль-

ного, процесс начался с появления очага покраснения на коже ты-

ла правой стопы, сопровождавшегося сильным зудом. Затем появи-

лись мелкие папуло-везикулезные высыпания (сходные с таковыми

на момент курации), после вскрытия которых образовались мокну-

щие эрозии. В дальнейшем больной отмечает распространение про-

цесса на кожу правой голени с образованием коричнево-красных

корок. В период развития заболевания больного беспокоила бес-

сонница, связанная с сильным зудом пораженных участков, а также

слабость и недомогание.

Развитие заболевания больной связывает с расчесом зудящего мес-

та, после чего, по его мнению, появились все вышеперечисленные

признаки и симптомы. Конкретной причины назвать не может.

Самолечением больной не занимался. При появлении первых призна-

ков заболевания и ощущении беспокойства обратился в поликлинику

N 11 к дерматологу, который поставил диагноз 'микотическая эк-

зема в стадии обострения' и назначил следующее лечение (со слов

больного): глюконат кальция, димедрол, мазь "Лоринден С", УФО.

Значительного улучшения лечение не дало. Кроме того, незадолго

до госпитализации произошло обострение процесса с появлением

вторичных высыпаний на тыле обеих кистей и передней поверхности

левой голени, после чего больной был направлен в ивановский

ОКВД для дальнейшего лечения. По мнению больного, рецидив прои-

зошел в результате нерациональной терапии первичных очагов.

.

- 3 -

На санаторно-курортном лечении больной не находился. Кожные за-

болевания у родственников отрицает. В стационар ОКВД поступил

11/IV 97г. До момента курации проводилось следующее лечение:

цинковая мазь, раствор натрия тиосульфата 10% внутривенно, цет-

рин по 1 таблетке на ночь, дексаметазон 3 мг утром. Терапевти-

ческие мероприятия проводились эффективно со значительным улуч-

шением состояния больного и разрешением воспалительного процес-

са.

IV. ANAMNESIS VITAE

Пациент родился в рабочей семье, 1-м ребенком. Рос и развивался

соответственно возрасту. В детстве перенес корь ОРВИ. Экссуда-

тивный диатез, вирусный гепатит, туберкулез, венерические забо-

левания отрицает.

Женат, имеет двоих детей - сына и дочь.

Проживает в благоустроенной квартире. Материально-бытовые усло-

вия удовлетворительные, питание регулярное. Свободное время

проводит на приусадебном участке или отдыхает дома. Не курит,

алкоголь употребляет в умеренных количествах.

Образование начальное (4 класса). С 14 лет работал прессовщиком

на швейной фабрике, затем грузчиком на комбинате искусственной

подошвы. С работы уволился год назад.

Профессиональных вредностей, стрессовых ситуаций на работе и в

семье не отмечает.

Перенес следующие заболевания: ОРВИ, бронхит, чесотка, травма

левого глаза с последующим удалением в 1951 году.

Аллергических реакций у себя и родственников не отмечает.

Наследственность не отягощена. Кожные заболевания у родственни-

ков отрицает. Из других заболеваний родственников отмечает жел-

туху и инфаркт миокарда у сына.

V. STATUS PRAESENS

1. Общее состояние больного.

Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хоро-

шее. Выражение лица осмысленное. Сознание ясное. Положение ак-

тивное. Поведение обычное. Речь не нарушена. Рост - 176 см.

Масса - 69 кг. Телосложение по нормостеническому типу, пропор-

циональное. Патологических изменений головы и лица нет. Темпе-

ратура тела 36,6.

2. Общие свойства кожи.

Видимо здоровые участки кожного покрова розовой окраски, чис-

тые, умеренно влажные и эластичные, рисунок не усилен, кровена-

полнение достаточное. Кожа теплая.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена рав-

номерно. Толщина кожной складки на переднебоковой поверхности

живота 1,5 см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сох-

ранен. Пастозности и отеков нет.

Кожные фолликулы не изменены. Отмечаются отдельные пигментные

невусы. Патологических элементов нет.

- 4 -

Волосы густые, русые с проседью, мягкие, эластичные. Оволосение

по мужскому типу. Ногти на руках правильной формы, розового

цвета с естественным блеском. Деформаций и утолщений нет.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

Дермографизм розовый, скрытый период - 10 с., явный - около 2

мин., локализованный, не возвышается над уровнем кожи. Мышеч-

но-волосковый рефлекс локализованный, проявляется в виде "гуси-

ной кожи" на месте проведения холодным предметом, держится 5 с.

Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена,

гиперестезии нет.

3. Состояние лимфатических узлов.

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подборо-

дочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, тора-

кальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфати-

ческих узлов нет. Передние шейные, подмышечные и паховые узлы

при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, размеры -

до 1 см. Остальные группы узлов не пальпируются.

4. Костно-мышечная система.

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные груп-

пы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет.

Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и

параличей нет. Мышечная сила выраженная, болезненность при

пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосло-

жение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубча-

тых костей, позвоночника отсутствует.

Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет.

Болезненности при пальпации суставов нет. Объем активных и пас-

сивных движений в суставах сохранен.

5. Система органов дыхания.

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через

нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 18/мин., ды-

хание брюшное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрич-

ная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голо-

совое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится

одинаково.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких

выслушивается ясный легочный звук.

.

- 5 -

Данные топографической перкуссии легких:

---------------------------T-----------------T-----------------¬

¦ Линии ¦ Правое легкое ¦ Левое легкое ¦

+--------------------------+-----------------+-----------------+

¦Высота стояния верхушек ¦ ¦ ¦

¦легких спереди ¦3 см выше ключицы¦3 см выше ключицы¦

¦ сзади ¦ ост.отр.C 4VII  0 ¦ ост.отр.C 4VII 0  4  0 ¦

¦Ширина полей Кренига ¦ 5 см ¦ 5 см ¦

¦Нижняя граница легких: ¦ ¦ ¦

¦Окологрудинная линия ¦ V ребро ¦ --------- ¦

¦Среднеключичная линия ¦ VI ребро ¦ --------- ¦

¦Передняя подмышечная линия¦ VII ребро ¦ VII ребро ¦

¦Средняя подмышечная линия ¦ VIII ребро ¦ VIII ребро ¦

¦Задняя подмышечная линия ¦ IX ребро ¦ IX ребро ¦

¦Лопаточная линия ¦ X ребро ¦ X ребро ¦

¦Околопозвоночная линия ¦ ост.отр.Th 4XI  0 ¦ ост.отр.Th 4XI 0  4  0¦

L--------------------------+-----------------+------------------

Экскурсия края легкого по средней подмышечной линии - 6 см.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикуляр-

ное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыха-

тельных шумов не обнаружено.

6. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмич-

ный. Частота пульса 76 ударов/мин. Артериальное давление 130/80

мм.рт.ст. Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не

наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см,

не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная

пульсация не наблюдается.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV межре-

берье.

Левая - на 1 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

межреберье.

Верхняя - III ребро на 1 см левее линии Parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины.

Левая - 1,5 см кнутри от линии Mediоclavicularis sinistra в V

межреберье.

Верхняя - IV межреберье на 1 см левее линии Parasternalis si-

nistra.

Поперечник сосудистого пучка - 6 см во II межреберье.

Поперечник сердца - 12 см.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше

выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмич-

ные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, рас-

щеплений и раздвоений тонов нет.

.

- 6 -

7. Система пищеварения.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохожде-

ния пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты,

рвоты нет. Стул не изменен.

Зев, миндалины, глотка без изменений. Форма живота округлая.

Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Ас-

цита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпаничес-

кий звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. При

поверхностной ориентировочной пальпации - живот мягкий, спокой-

ный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицатель-

ные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диас-

таза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. По-

верхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2

см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см,

безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консис-

тенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра ди-

аметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная,

гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде

цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверх-

ность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см

выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; кон-

систенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого лег-

кого, нижняя проходит по правой реберной дуге. Размеры печени

по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени пальпируется на 0,5

см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. По-

верхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицатель-

ные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер -

8 см, поперечный - 4 см.

Аускультативно перистальтические шумы обычные.

8. Мочеполовые органы.

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице,

промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Ди-

зурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

Отеков нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с

обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

9. Эндокринная система.

Потоотделение не усилено, дрожания конечностей нет. Волосяной

покров распределен равномерно. При пальпации щитовидная железа

не увеличена, безболезненная, глазные симптомы тиреотоксикоза

не наблюдаются.

Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

- 7 -

10. Нервная система и органы чувств.

Память, сон не нарушены. Отношение к болезни адекватное. Нару-

шений вкуса и обоняния нет. Отсутствует левый глаз. Пациент от-

мечает снижение слуха и зрения здоровым глазом.

Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию со-

ответствующая. Сухожильные рефлексы живые, патологических реф-

лексов, клонусов нет. Менингеальные симптомы отрицательные.

Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

VI. STATUS LOCALIS

Процесс распространенный, асимметричный. Элементы сыпи распола-

гаются беспорядочно на поверхности пораженных участков кожи.

Высыпания полиморфные. На коже обнаруживаются как первичные

морфологические элементы - сосудистые пятна, серопапулы, микро-

везикулы, единичные пустулы, так и вторичные - точечные мокну-

щие эрозии, серозно-гнойные и геморрагические корки,очаги лихе-

нификации.

Полиморфизм ложный. Тип воспаления - подострый. Высыпные эле-

менты локализуются на коже тыла правой стопы, нижней трети пра-

вой голени, передней поверхности левой голени, на тыльной по-

верхности обеих кистей.

 \_Пятна: . эритематозные, крупные, ярко-красного цвета, резко отг-

раниченные, неправильной формы, исчезают при диаскопии и появ-

ляются вновь.

 \_Папулы: . экссудативные, милиарные (не больше просяного зерна),

округлой формы, четко отграниченные, красного цвета, возвышаю-

щиеся над уровнем кожи, плотной консистенции, с тенденцией к

слиянию.

 \_Микровезикулы: . бледно-желтого цвета, округлой формы, размерами

до 1,5 мм, четко отграниченные, возвышающиеся над уровнем кожи;

покрышки дряблые, пузырьки с серозно-гнойным содержимым, при

надавливании легко вскрываются с образованием точечных эрозий.

 \_Пустулы: . нефолликулярные, единичные, размером 0,3-0,5 см, бе-

ло-желтого цвета, четко отграниченные, возвышающиеся над уров-

нем кожи, полушаровидной формы; поверхность шероховатая, кон-

систенция плотная. Покрышки гнойничков дряблые, легко вскрыва-

ются. Содержимое гнойное.

 \_Эрозии: . точечные, мокнущие, возникшие в результате вскрытия ве-

зикул, пустул, на месте папул при расчесывании кожи. Форма не-

правильная, цвет от бледно-розового до бледно-желтого. Эрозии

имеют склонность к слиянию с образованием фестончатых очагов с

четкими границами.

 \_Корки: . серозно-гнойные и геморрагические, образовавшиеся при

подсыхании экссудата и после расчесывания зудящих участков ко-

жи, бледно-желтого и красно-бурого цвета. Встречаются как то-

чечные тонкие, так и более крупные плотные и ссохшиеся корки.

.

- 8 -

Совокупность первичных и вторичных морфологических элементов

создает картину патологического процесса в виде крупнофестонча-

тых, резко отграниченных, мокнущих сплошных очагов без прослоек

здоровой кожи, склонных к периферическому росту. Картина наибо-

лее выражена на коже нижней части правой голени и стопы и соп-

ровождается уплотнением кожи и усилением кожного рисунка - ли-

хенификацией.

Кроме перечисленных высыпаний, обнаружены отсевы в виде мелких,

шелушащихся участков кожи, единичных пустул вокруг основных

очагов.

Помимо характерных экзематозных высыпаний, у больного обнаруже-

ны изменения, характеризующие предполагаемое сопутствующее за-

болевание - онихомикоз, а именно поражение ногтевых пластинок

пальцев обеих стоп: ногти желто-серого цвета, тусклые, крошащи-

еся; а также шелушение кожи подошв и межпальцевых складок а

подошвах, участки гиперкератоза.

VII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 12/IV 97г.

Гемоглобин - 132 г/л

Лейкоциты - 3,6 Г/л

Эозинофилы - 1%

Сегментоядерные - 64%

Лимфоциты - 33%

Моноциты - 2%

СОЭ - 4 мм/час

Заключение: лейкопения, моноцитопения.

2. Исследование крови на RW от 12/IV 97г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 12/IV 97г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1013

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 2-4 в поле зрения

Лейкоциты - 0-2 в поле зрения

Слизь ++

Бактерии +

Заключение: без патологии.

4. Забор патологического материала на грибы.

Заключение: споры грибов на ногтевых пластинках и в межпальце-

вых промежутках не обнаружены.

.

- 9 -

VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного, данных анамнеза, объективного обс-

ледования, лабораторных и других методов исследования можно

поставить предварительный диагноз: микробная экзема; предполо-

жительно онихомикоз стоп.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Больному поставлен предварительный диагноз 'микробная экзема'.

Для окончательной постановки диагноза это заболевание необходи-

мо отдифференцировать как внутри нозологической единицы, напри-

мер, с микотической экземой, так и со сходным заболеванием дру-

гой группы - аллергическим дерматозом.

Микробная экзема имеет ряд признаков, характерных также и для

 \_микотической экземы .. В обоих случаях первичными морфологически-

ми элементами являются экссудативная папула, микровезикула,

эритема, а позже появляются серозные и геморрагические корки,

мокнущие эрозии (симптом сецернирующих экзематозных колодцев).

Также характерны резкие, фестончатые границы очагов,обусловлен-

ные отслойкой эпидермиса в виде бахромки. Всегда имеется выра-

женная инфильтрация кожи с лихенизацией. Для обеих форм экземы

характерна асимметричность патологического процесса (особенно в

начале) с преимущественной локализацией на голенях и стопах.

Основной жалобой является зуд.

Вместе с тем у больного есть признаки, нехарактерные для мико-

тической экземы: наличие фликтен и пустул в виде отсевов на по-

раженном участке и по периферии, а также отсутствие сенсибили-

зации грибами в анамнезе (перед началом воспалительных явле-

ний), подтвержденное данными лабораторных исследований.

Признаки, свойственные микотической экземе и отсутствующие у

больного - это развитие процесса на фоне существующих очагов

микоза с формированием сенсибилизации к грибам, а также обнару-

жение грибов в материале, взятом на исследование с пораженных

мест, на основании чего и ставят окончательный диагноз.

Также микробную экзему следует дифференцировать с \_ аллергическим

 \_(экземоподобным) дерматитом ..

При аллергическом дерматите характерной жалобой является зуд, а

сам процесс может начинаться асимметрично, что является сходным

с данными, полученными из беседы с больным и его осмотра. Но

помимо этого у данного больного есть признаки, не характерные

для дерматита. Это полиморфность высыпаний, склонность к пери-

ферическому росту, диссеминированию, имеющих отсевы, с преиму-

щественной локализацией на голенях и стопах, длительное, "кап-

ризное" течение заболевания.

С другой стороны, существует ряд отличительных черт, свойствен-

ных дерматиту, но отсутствующих у больного, а именно: мономорф-

ные эритематозно-везикулезные высыпания, быстрое и бурное тече-

ние процесса с локализацией на месте контакта с аллергеном

(большей частью на кистях), после прекращения действия которого

процесс быстро угасает.

- 10 -

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Основные жалобы больной предъявляет по поводу высыпаний на коже

тыла правой стопы, нижней трети правой голени, передней поверх-

ности левой голени и тыльной поверхности обеих кистей, сопро-

вождающихся зудом, а также поражение ногтей стоп.

Из данных анамнеза и из беседы с больным конкретную причину за-

болевания, а также возможные предрасполагающие факторы выявить

не удалось. Поэтому можно предположить занесение микробной фло-

ры в результате механического повреждения кожных покровов, либо

наличие хронических очагов пиодермии, оставшихся после чесотки,

вследствие чего развился экзематозный процесс, основные призна-

ки которого выявлены при объективном обследовании больного.

Стадия основного заболевания определяется как подострая, так

как в ходе курации выявлено уменьшение воспалительных явлений,

выраженная инфильтрация кожи с лихенизацией, что характерно для

окончания острого периода, а также снижение интенсивности зуда.

Точный диагноз сопутствующего заболевания поставить трудно, так

как при лабораторном исследовании грибок на ногтевых пластинках

и в межпальцевых складках обнаружен не был.

Таким образом, больному можно поставить клинический диагноз:

распространенная микробная экзема в подострой стадии; предполо-

жительно онихомикоз стоп.

XI. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Основное значение в этиологии и патогенезе заболевания придает-

ся нервной системе, эндокринно-метаболическим нарушениям, ин-

фекционно-аллергическим факторам, генетической отягощенности и

иммунной недостаточности. Значение различных эндогенных и экзо-

генных влияний является спорным, а так как все они выступают в

очень сложных взаимоотношениях, то экзему считают полиэтиологи-

ческим, мультифакториальным заболеванием. Основную же роль в

патогенезе экземы придают иммунным сдвигам. Слабость иммунитета

при наличии инфекционных агентов проявляется персистенцией мик-

робных и бактериальных антигенов с формированием хронического

рецидивирующего воспаления в эпидермисе и дерме. В свете совре-

менных представлений о взаимосвязи иммунной системы с функцио-

нальным состоянием ЦНС, вегетососудистыми процессами следует

признать, что патогенетический процесс формирования экземы

включает комплекс не конкурирующих, а дополняющих друг друга

нейро-иммуно-вегетодистонических, инфекционно-аллергических и

метаболических механизмов. Формирование экземы на основе гене-

тической предрасположенности, зависящей от присутствия в хромо-

сомах гена иммунного ответа, создает предпосылки для наследова-

ния ее в последующих поколениях. В формировании же микробной

экземы ведущую роль играет сенсибилизация к микроорганизмам,

источником которой служат хронические инфекционные поражения

кожи, например, микозы стоп, кандидозы, стрептодермии, или оча-

ги фокальной инфекции других органов.

- 11 -

При сборе анамнеза у курируемого больного не удалось выявить

предрасполагающие нейроэндокринные, инфекционно-аллергические,

наследственные и иммунологические нарушения. Но в анамнезе есть

заболевания чесоткой, наиболее частым осложнением которой явля-

ется пиодермия, хронический очаг которой и мог явиться основой

для развития микробной экземы.

Кроме того, возможной причиной могло послужить занесение инфек-

ции самим больным при механическом повреждении кожных покровов,

например при расчесах.

XII. ГИСТОПАТОЛОГИЯ

При данном заболевании отмечается очаговый спонгиоз и паракера-

тоз в эпидермисе, а также периваскулярная клеточная инфильтра-

ция сосочкового слоя дермы.

Спонгиоз представляет собой межклеточный отек шиповидного слоя

со скоплением серозного экссудата, который раздвигает эпители-

альные клетки и растягивает межклеточные мостики. Прогрессиро-

вание процесса сопровождается разрывом отдельных мостиков и

формированием микровезикул, которые быстро вскрываются с обра-

зованием точечных мокнущих эрозий. Таким образом формируется

симптом "серозных колодцев".

Паракератоз - это нарушение процесса ороговения, вследствие че-

го в очаге поражения не образуется зернистый, элеидиновый и ро-

говой слои, и на поверхности шиповидного слоя рыхло располага-

ются недостаточно ороговевшие клетки.

Клеточная инфильтрация сосочкового слоя дермы представляет со-

бой скопление клеточного лимфогистиоцитарного инфильтрата в со-

сочковом слое. Клинически это проявляется образованием папул.

XIII. ЛЕЧЕНИЕ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО (с элементами УИРС)

Режим больного - общий.

В стационаре ОКВД больному было назначено следующее лечение:

препараты общего действия - тиосульфат натрия, цетрин, дексаме-

тазон; местная терапия - цинковая мазь.

При данном заболевании в качестве патогенетической терапии не-

обходимо применение десенсибилизирующих и противовоспалительных

средств.

 \_Общая терапия.

1. Натрия тиосульфат (Natrii thiosulfas).

Натрия тиосульфат обладает противотоксическим, противовоспали-

тельным и десенсибилизирующим действием. При применении этого

препарата происходит снижение реакции организма на гистамин,

выделение которого из тучных клеток снижается. Также уменьшает-

ся 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.

- 12 -

Rp. Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml

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

S. Вводить внутривенно медленно по 5 мл.

2. Цетрин (Cetrin).

Цетрин относится к десенсибилизирующим противогистаминным

средствам, проявляет седативные и снотворные свойства. Механизм

действия заключается в блокаде Н 41 0-гистаминовых рецепторов.

Rp. Cetrini - 0.01

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

S.По 1 таблетке на ночь.

3. Дексаметазон (Dexamethasonum).

Препарат группы глюкокортикоидов, фторпроизводное преднизолона.

Обладает сильным противовоспалительным и антиаллергическим

действием. Подавляет все фазы воспаления, стабилизируя мембраны

и тормозя выход протеолитических ферментов, угнетая медиаторы

воспаления, уменьшая воспалительные явления - отек, гиперемию и

экссудацию. Кроме того, препарат ограничивает синтез и освобож-

дение интерлейкинов, предотвращая развитие аутоаллергических

процессов.

Rp. Dexamethasoni - 0.0005

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

S.По 2 таблетки утром после еды.

 \_Местная терапия.

Для наружной терапии назначена цинковая мазь. Данная форма со-

ответствует характеру процесса: подострое воспаление, сопровож-

дающееся застойной гиперемией, инфильтрацией, паракератозом.

Мазь индифферентная, содержит окись цинка. Оказывает противо-

воспалительный, подсушивающий и дезинфицирующий эффект. Приме-

няется 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 то-

го, мазевая основа размягчает чешуйки и корки, способствует их

удалению вместе с имеющимися в них микроорганизмами.

Rp.: Zinci oxydi - 3.0

Vaselini - 27.0

M.f. unguentum.

D.S. Наружное.

Общее и наружное лечение экзематозного процесса назначается ин-

дивидуально с учетом эндогенных и экзогенных факторов, лежащих

в основе развития болезни. Методы неспецифической патогенети-

ческой терапии разнообразны. Это прежде всего антигистаминные

препараты - диазолин, супрастин, фенкарол, дипразин, тавегил,

- 13 -

перитол, зодитен, бикорфен в комплексе с кальция глюконатом,

кальция пантотенатом, димедрол. 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.

Rp. 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

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

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Для лечения микробной экземы используют антибиотики (с учетом

чувствительности микрофлоры) и сульфаниламидные препараты в

комплексе с иммуномодуляторами. Особенно показан диуцифон по 4

мл 5% раствора внутримышечно через день, 12 инъекций. Специфи-

ческую иммунотерапию больным микробной экземой проводят стафи-

лококковым анатоксином, антистафилококковым гамма-глобулином,

стафилококковой вакциной. При наличии варикозного симптомокомп-

лекса трофических язв рекомендуется использовать ксантинола ни-

котинат, пармидин, трентал, дипрофен. Антибиотики и иммуномоду-

ляторы необходимо сочетать с антигистаминными и десенсибилизи-

рующими препаратами с целью профилактики аллергических осложне-

ний.

Rp. Parmidini - 0.25

D.t.d. N.15 in tabulettis.

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

В случае упорного, тяжелого течения экземы можно применить в

течение 2-3 недель преднизолон (или другой глюкокортикоид), на-

чиная с 15-25 мг/сут. и снижая дозу на 1/3-1/4 таблетки. Однов-

ременно следует назначить калия оротат и кальция глюконат или

кальция пантотенат.

Rp. Tab. Prednisoloni 0.005 N.20

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Rp. Sol. Calcii gluconatis 10% - 10 ml

D.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 дисбакте-

риоз и ферментопатии, им показаны бифидум-бактерин, бификол,

- 14 -

бактисубтил, колибактерин. При необходимости можно использовать

коли-протейный и стафилококковый бактериофаг.

Наружное лечение назначается в соответствии с характером воспа-

лительного процесса. При остром воспалении используют примочки

и влажновысыхающие повязки с противовоспалительными, антибакте-

риальными, вяжущими растворами в небольшой концентрации, чтобы

не было раздражающего действия, по принципу "на мокрое - мок-

рое" и "раздраженного не раздражай". Для примочек применяют

жидкость Бурова (1-2 столовые ложки на стакан воды), 2% раствор

борной кислоты, 0.25% раствор танина, 3% раствор натрия тетра-

бората, 0.25% раствор цинка сульфата, 1-2% раствор амидопирина.

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 ток-

сического действия при абсорбции через эрозии. Хорошо уменьшают

отечность и гиперемию, содействуют эпителизации эрозий примочки

из отвара чая, подорожника, корня алтея, ромашки, мать-и-маче-

хи. При микробном процессе в первую очередь применяют противо-

микробные 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 се-

ребра, фукорцином, 2% раствором бриллиантового зеленого и сма-

зывают 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 нецеле-

сообразно назначать при сухой коже, выраженной инфильтрации и

под компресс. Наиболее часто при экземе используют 2-5% бор-

но-нафталанную, 3% ихтиоловую, 5-10% нафталанную, 3-5-10%

АСД-ихтиол-нафталанную пасту с добавлением 2-5% анестезина и 1%

димедрола.

Rp.: Acidi borici - 1.0

Naphthalani - 1.5

Pastae Zinci - 30.0

M.f. pasta.

D.S. Наружное.

При подострой и особенно хронической экземе применяют мази. У

больных с чрезмерной чувствительностью кожи используют индиффе-

рентные мази - цинковую, глицериновую, нафталанную. При отсутс-

твии явлений повышенной чувствительности применяют мази, содер-

- 15 -

жащие серу, ихтиол (2-5-10%), деготь, АСД (5-10%), а также

2-5-10% борно-нафталанную, 1-3% индометациновую, 5% карофилено-

вую. Целесообразно добавлять противозудные вещества - 0.5-1%

ментола, 2-5% анестезина, 1-2% димедрола. При выраженной сухос-

ти в мази вводят раствор ретинола в масле, подсолнечное, перси-

ковое масло. Глюкокортикоидные препараты, применяемые в виде

мазей, кремов, суспензий (0.5% преднизолоновая, 1-2.5% гидро-

кортизоновая, синафлан, синалар, деперзолон) оказывают выражен-

ное противовоспалительное и противозудное действие. При микроб-

ной 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) \_\_

Lanolini aa 10.0

Ol. Helianthi \_\_

Aq. destill. aa 10 ml

M.f. unguentum.

D.S. Наружное.

Rp.: Ichthyoli - 5.0

Lanolini \_\_

Vaselini aa 25.0

M.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 фо-

нофорез мазей, оксигенотерапия. На участки выраженной лихениза-

ции назначают аппликации озокерита, парафина, лечебных грязей

по 10-20 процедур на курс. В ряде случаев эффективны и другие

методы: рефлекторная (косвенная) физиотерапия, косвенная диа-

термия, иглорефлексотерапия, лазеротерапия.

XIV. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ)

17/IV 97г.

1. Пульс - 76/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36.6

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больно-

го.

Жалобы на слабый зуд. Общее состояние удовлетворительное. Не-

большое мокнутие на левой голени, положительная динамика воспа-

лительного процесса на правой голени и стопе: образование мно-

жества корочек и их редукция. Физиологические отправления в

норме.

- 16 -

3. Назначения.

- Диета: молочно-растительная с ограничением жидкости, легкоус-

вояемых углеводов и соли.

- Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

- Cetrini по 1 таблетке на ночь.

- Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

- цинковая мазь на очаги 2 раза.

18/IV 97г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 16/мин

Температура тела - 36.4

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больно-

го.

Жалобы на слабый зуд. Общее состояние удовлетворительное. Про-

цесс на левой голени прогрессирует, сопровождается слабым мок-

нутием. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

- Диета: молочно-растительная с ограничением жидкости, легкоус-

вояемых углеводов и соли.

- Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

- Cetrini по 1 таблетке на ночь.

- Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

- цинковая мазь на очаги 2 раза.

21/IV 97г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36.4

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больно-

го.

Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Зуд,

мокнутие прошли. Высыпания на конечностях без изменений. Физио-

логические отправления в норме.

3. Назначения.

- Диета: молочно-растительная с ограничением жидкости, легкоус-

вояемых углеводов и соли.

- Sol. Natrii thiosulfati 30% 5 ml внутривенно.

- Cetrini по 1 таблетке на ночь.

- Dexamethasoni по 2 таблетки утром.

- цинковая мазь на очаги 2 раза.

XV. 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 конф-

ликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений.

- 17 -

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.

XVI. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

В целях профилактики микробной экземы больному необходимо соб-

людать режим дня, правила личной гигиены; придерживаться молоч-

но-растительной диеты с ограничением жидкости, легкоусвояемых

углеводов и соли, острых продуктов, алкогольных напитков, с вы-

соким содержанием витаминов.

Необходимо избегать травматизации кожи, а также конфликтных си-

туаций, нервно-психических перенапряжений, которые могут послу-

жить 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 пок-

ровов.

Больного необходимо поставить на диспансерный учет и системати-

чески наблюдать.

XVII. ЭПИКРИЗ

x, 67 лет находится на стационарном лече-

нии в ивановском ОКВД с 11 апреля 1997 года по поводу распрост-

раненной микробной экземы, подострой стадии; подозрение на они-

хомикоз стоп.

На момент курации больной предъявлял жалобы на высыпания на ко-

же тыла правой стопы, нижней трети правой голени, передней по-

верхности левой голени, а также на тыле обеих кистей. Высыпания

сопровождались зудом различной интенсивности. Кроме того, боль-

ного беспокоило пожелтение и крошение ногтей стоп. Жалоб общего

характера больной не предъявлял.

При объективном обследовании на коже тыла правой стопы, нижней

трети правой голени, передней поверхности левой голени, на

тыльной поверхности обеих кистей были обнаружены сосудистые

пятна, серопапулы, микровезикулы, единичные пустулы, точечные

мокнущие эрозии, серозно-гнойные и геморрагические корки,очаги

лихенификации. Были также обнаружены отсевы в виде мелких, ше-

лушащихся участков кожи, единичных пустул вокруг основных оча-

гов.

Помимо характерных экзематозных высыпаний, у больного было об-

наружено поражение ногтевых пластинок пальцев обеих стоп: ногти

желто-серого цвета, тусклые, крошащиеся; а также шелушение кожи

подошв и межпальцевых складок а подошвах, участки гиперкерато-

за.

.

- 18 -

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (зак-

лючение: лейкопения, моноцитопения), общий анализ мочи (заклю-

чение: без патологии), анализ крови на RW (результат отрица-

тельный), забор патологического материала на грибы (заключение:

споры грибов на ногтевых пластинках и в межпальцевых промежут-

ках 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; местная терапия - цинковая мазь. Лечение пере-

носится без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчезли зуд,

мокнутие, высыпания покрылись корочками, которые редуцируются.

Рекомендовано:

1. Ухаживать за кожей и предупреждать ее повреждение.

2. Придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением

жидкости, легкоусвояемых углеводов и соли.

3. Соблюдать режим дня, вести здоровый образ жизни.

4. Избегать стрессовых ситуаций.

5. Регулярное диспансерное наблюдение.

6. Санаторно-курортное лечение.

.

- 19 -

XVIII. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

\* 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 разра-

ботки для студентов, интернов, субординаторов и клинических

ординаторов.- Иваново, 1992,- 32 с.

\* Григорьев П.С. Учебник кожных болезней.- Медгиз, 1933,- 518 с.

\* Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для

врачей /Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницына.- М.:Медици-

на, 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 ре-

комендации.- Харьков, 1972,- 112 с.

\* Курбат Н.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача.-

Минск: Вышэйшая школа, 1996,- 495 с.

\* Лекарственные средства. Справочник /под ред. М.А.Клюева.- М.:

Агентство Книжный Дом Локус, Гомель: Агентство "РИД", 1995,-

704 с.

\* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. и

дополн.- М.: Медицина, 1977, т. I, II.

\* Переверзев Ю.М. Гистопатолотия кожи и морфологические элемен-

ты кожной сыпи.: Учебно-методическое пособие для самостоя-

тельной подготовки студентов к практическим занятиям.- Ивано-

во, 1988.- 40 с.

\* Практикум по дерматовенерологии: Учебное пособие /Л.Д.Тищен-

ко, Г.К.Гагаев, А.В.Метельский, О.В.Алита.- М.: Издадельство

УДН, 1990,- 125 с.

\* Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.- М.:Медици-

на,1980,- 552 с.

\* Тумаркин Б.М. и др. Основы наружной терапии в дерматовенеро-

логии /Б.М.Тумаркин, К.П.Венедиктова, Ю.М.Переверзев, Э.Д.Го-

ловинов.- Иваново, 1982,- 38 с.

\* Щуцкий И.В. Патогенез и лечение экземы.- Киев, 1974,- 247 с.

XIX. ДАТА Подпись куратора

11 мая 1997 года.

.