**Паспортная часть**

1. Ф.И.О.:
2. Пол: мужской.
3. Возраст: 43года.
4. Семейное положение: холост, есть 1 ребенок.
5. Образование: среднее специальное.
6. Профессия: каменщик.
7. Место работы: ООО «Пензастройдеталь».
8. Место жительства: г. Пенза, ул. З. ----------------------.
9. Дата поступления: 14.11.2006.
10. Диагноз направившего учреждения: распространённая микробная экзема, стадия обострения.
11. Клинический диагноз: распространённая микробная экзема, стадия обострения.
12. Дата курации: 27.11.06г. – 4.12.06г.
13. Группа крови: 0 (I) первая, резус-фактор положительный.
14. Непереносимость лекарственных препаратов: раствор бриллиантового зеленого, канамицин.

**Жалобы**

Больной предъявляет жалобы на поражение кожи стоп и ладоней – покраснение, отек, пузырьковидные высыпания, после вскрывания которых образуются корочки; сильный зуд, боли, жжение на месте поражения.

Пациент отмечает повышение температуры тела до 37,5 – 380С, общую слабость, быструю утомляемость, невнимательность, рассеянность, нарушения сна (часто не может заснуть из-за сильного зуда).

**История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Данное заболевание впервые возникло в 6 лет назад. У больного появились высыпания ярко-красного цвета на коже стоп и ладоней, которые имели резкие границы и округлые очертания. Субъективно данные проявления сопровождались сильным зудом. Больной обратился сначала к дерматологу в поликлинику по месту жительства, а затем был направлен в Областной кожно-венерологический диспансер, куда был госпитализирован осенью 2000 года. Здесь ему впервые был поставлен диагноз: распространённая микробная экзема, стадия обострения. Было проведено лечение (названия препаратов больной вспомнить не может), оказавшееся достаточно эффективным, дальнейшее развитие процесса было приостановлено. Однако приблизительно через год после выписки он был вновь госпитализирован в Областной кожно-венерологический диспансер в связи с очередным обострением процесса. Подобные обострения продолжались и в дальнейшем, но уменьшались промежутки ремиссии: 6 – 4 – 3 – 2 месяца. В настоящее время, в связи с новым обострением заболевания (6-ое в этом году), проходит курс лечения в Областном кожно-венерологическом диспансере, куда он обратился 14.11.06. и был госпитализирован. Больной поступил с жалобами на наличие многочисленных высыпаний на коже стоп и ладоней, сопровождающихся сильным зудом, который беспокоил его почти постоянно и усиливался ночью.

**История жизни (Anamnesis vitae).**

Больной родился и живет в Пензе. Рос и развивался без отклонений, соответственно возрасту.

Трудовой анамнез: начал работать после получения среднего специального образования, профессия – каменщик. Условия труда удовлетворительные.

Семейно-половой анамнез: не женат, есть 1 ребенок.

Бытовой анамнез: Материально-бытовые условия хорошие, живёт в однокомнатной квартире со всеми удобствами один. Климатические условия благоприятные.

Питание: питается регулярно 3-4 раза в день.

Перенесённые заболевания.

В анамнезе ОРВИ, производственная травма правой кисти в 1985г. Наличие инфекционных заболеваний (туберкулёз, малярия, венерические болезни, ВИЧ – инфекция) отрицает. Гемотрансфузий никогда не проводилось.

Наследственность.

Состояние здоровья родителей, ребенка удовлетворительное, наличие у родственников кожно-венерических заболеваний отрицает.

Вредные привычки.

Злоупотребляет курением (выкуривает 1 пачку в день) в течение последних 35 лет. Злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет. Употребление наркотиков отрицает.

Аллергический анамнез.

Больной в прошлом отмечал аллергическую реакцию на раствор бриллиантового зеленого, канамицин в виде диффузных высыпаний, покраснения на коже туловища. Наличие бытовой, пищевой аллергии отрицает.

**Настоящее состояние (Status praesens)**

Общий осмотр.

Общее состояние больного: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое, вес – 68 кг, рост – 172 см

Температура: 37,30.

Выражение лица: спокойное.

Исследование кожи и слизистых оболочек: Кожный покров бледно—розового цвета, легко шелушится. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Ногтевые пластинки не изменены. Расчёсов, рубцов, «сосудистых звёздочек», ангиом нет. Состояние слизистой носа хорошее, слизистая полости рта и твёрдого нёба розовая, влажная, высыпаний нет. Дёсны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены. Язык обычной формы и величины, чистый, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая зева розовой окраски, влажная, высыпаний и налетов нет. Миндалины обычной величины, формы, розовой окраски, без налётов и гнойных пробок. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая. Налётов, изъязвлений, рубцов нет.

Подкожная клетчатка: Развитие подкожной жировой клетчатки умеренное. Толщина кожной складки в области трёхглавой мышцы плеча, лопатки, под ключицей – 1см., в области пупка толщина жировой складки – 2,2см. Отёков нет. Подкожные вены малозаметны, подкожных опухолей нет.

Лимфатические узлы: подчелюстные - эластичные, безболезненные, неспаянные с окружающей тканью; шейные, подмышечные - не прощупываются.

Мышечная система: умеренно развита.

Костная система: без отклонений.

Суставы: нормальной конфигурации, отмечается болезненность, покалывание в коленных суставах при ходьбе на расстояние более 100 м.

Система органов дыхания (Systema respiratorium)

Нос: нормальной формы, дыхание через нос свободное.

Гортань: расположение нормальное, отёков нет, голос тихий.

Грудная клетка: симметричная, нормостеническая, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол прямой, межреберные промежутки умеренные, лопатки выступают умеренно, отношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки – 2:3. Экскурсия – достаточная (5 см.).

Дыхание: тип дыхания – брюшной, дыхательные движения симметричны, дыхание ритмичное, средней глубины.

Пальпация грудной клетки: болезненность отсутствует, резистентность нормальная, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках.

Перкуссия легких:

Топографическая перкуссия легких:

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Слева | Справа |
| Спереди | 3 см. | 3 см |
| Сзади | Ниже уровня седьмого шейного позвонка на 0,5 см с обеих сторон | |

Ширина полей Кренига 8 см с обеих сторон.

Нижняя граница лёгких по линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная линия | 5-е ребро | - |
| Среднеключичная линия | 5-е ребро | - |
| Переднеподмышечная линия | 6-е ребро | 6-е ребро |
| Среднеподмышечная линия | 7-е ребро | 7-е ребро |
| Заднеподмышечная линия | 8-е ребро | 8-е ребро |
| Лопаточная линия | 9-е ребро | 9-е ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 10 грудного позвонка | Остистый отросток 10 грудного позвонка |

Аускультация легких: побочные дыхательные шумы не обнаружены, дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система (Systema cardiovasculare).

Осмотр и пальпация области сердца: выпячивание области сердца не обнаружено, верхушечный толчок локализован на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье, положительный, ограничен, не усилен.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | По правому краю грудины | По левому краю грудины |
| Верхняя | 3-е межреберье | 4-е ребро |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии в 5-ом межреберье | На 1,5 см. кнутри от границы относительной тупости сердца |

Поперечник сердца – 9 см.

Длинник сердца – 12 см.

Ширина сосудистого пучка – 5 см.

Аускультация сердца: Ритм синусовый, правильный, тоны сердца ясные, 1-й тон лучше выслушивается на верхушке сердца, совпадает с пульсовой волной на сонной артерии, громче, ниже 2-го тона.

Второй тон лучше выслушивается на основании сердца, где выше и громче 1-го тона, следует после короткой паузы.

АД на правой руке – 120/70, на левой руке – 120/80.

Шумы: не выслушиваются.

Аорта и сосуды: видимой пульсации, расширения вен не наблюдается.

Данные аускультации: сосудистые шумы не выслушиваются.

Данные пальпации: пульс с частотой 63 в минуту, одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, мягкий, полный.

Пищеварительная система (Systema digestorium).

Живот: симметричен, округлой формы, равномерно участвует в акте дыхания.

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный.

Желудок: нижняя граница пальпируется на 2 см. выше пупка.

Кишечник: безболезненный при поверхностной и глубокой пальпации, эластичный, гладкий, достаточной подвижности.

Поджелудочная железа: не пальпируется.

Печень: нижний край на 1 см ниже правой реберной дуги по срединно-ключичной линии, печень эластична, безболезненна при пальпации, край острый. Размеры печени по Курлову: 9:8:7.

Селезёнка: не пальпируется; по данным перкуссии: длинник – 7 см, поперечник – 5 см.

Аппетит: нормальный.

Стул: нормальный.

Мочеполовая система (Systema urogenitale).

Почки и мочевыводящие пути: болей в области поясницы нет, симптом Пастернацкого отрицательный. Почки не пальпируются. Мочеиспускание нормальное, безболезненное.

**Местные изменения (Status localis)**

Очаги поражения затрагивают кожный покров стоп и ладоней. Они располагаются асимметрично, имеют резкие границы, округлые очертания, по периферии виден отслаивающийся роговой слой. Очаг представлен сочной эритемой с пластинчатыми корками, после удаления которых обнаруживается мокнущая поверхность, на ее фоне видны мелкие точечные эрозии с каплями серозного экссудата. Вокруг основного очага видны микровезикулы, серопапулы. Процесс носит распространенный воспалительный характер. Обнаружены обширные следы расчёсов, особенно в дистальной части нижних конечностей.

Совокупность первичных и вторичных морфологических элементов создает картину патологического процесса в виде крупнофестончатых, резко отграниченных, мокнущих сплошных очагов без прослоек здоровой кожи, склонных к периферическому росту.

При пальпации области вокруг высыпаний – границы измененных тканей четкие, ровные, безболезненные. Элементы сыпи располагаются беспорядочно на поверхности пораженных участков кожи. Высыпания представлены микровезикулами, склонными к группировке. Процесс сопровождается образованием трещин и шелушением.

Кроме перечисленных высыпаний обнаружены отсевы от основных очагов в виде мелких, шелушащихся участков кожи, единичных микровезикул.

**Предварительный диагноз**

Распространённая микробная экзема, стадия обострения.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови;
4. Анализ крови на RW, ВИЧ;

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

1. Общий анализ крови. 16.11.06.

Гемоглобин – 123 (норма 118 – 166 гр. проц.)

Эритроциты – 4,0 ∙ 1012 /л (норма 4 – 5 ∙ 1012 /л)

Лейкоциты – 9,6 ∙109/л (норма 5 – 8 ∙109/л).

Нейтрофилы:

Палочкоядерные – 6 (норма – 1- 6%).

Сегментоядерные – 56 (норма – 45 – 70%).

Эозинофилы – 1 (норма – 0 – 5%).

Базофилы - -.

Лимфоциты – 35 (норма – 18 – 40%).

Моноциты – 1 (норма – 2 – 6%).

СОЭ – 17 мм/ч (норма - 1 – 10 мм/ч).

Заключение: Небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренная СОЭ.

2.Общий анализ мочи. 16.11.06.

Количество - 110 мл

Цвет - с/ж

Прозрачная

Реакция - кислая

Белок – не обнаружен

Глюкоза – не обнаружена

Удельный вес - 1.020

Лейкоциты - 1-3 в поле зрения

Эритроциты изменённые - 2-3 в поле зрения

Эпителий переходный – 1 -2 в поле зрения.

Заключение: все показатели в пределах нормы.

3.Биохимический анализ крови. 16.11.06.

Билирубин общий – 24 ммоль/л (норма 8,5 – 20,5 ммоль/л)

Билирубин непрямой – 14,1 (норма 8,7 – 17,1 ммоль/л)

Глюкоза – 4,7 ммоль/л (норма 3,5 – 5,5 ммоль/л)

АсАТ – 0,11 мккт/л (норма до 0,19 мккат/л)

АлАТ – 0,07 мккт/л (норма до 0,19 мккат/л)

Заключение: немного повышен уровень общего билирубина.

4.Анализы крови на RW , ВИЧ (16.11.06.) – отрицательные.

**Дифференциальная диагностика**

Больному был поставлен предварительный диагноз: распространенная микробная экзема, стадия обострения. Для постановки клинического диагноза это заболевание необходимо дифференцировать как внутри нозологической единицы, например, от истинной экземы, так и от других заболеваний, сходных по течению с микробной экземой – аллергического дерматита, дисгидроза.

Микробная экзема имеет ряд признаков, характерных также и для истинной экземы. В обоих случаях первичными морфологическими элементами являются эритема, экссудативная папула, микровезикула, а позже появляются серозные и геморрагические корки, мокнущие эрозии. Характерным признаком истинной экземы является истинный полиморфизм элементов: микровезикулы, микроэрозии, микрокорочки. Для микробной экземы также характерен полиморфизм высыпаний с преобладанием пиогенных элементов. Клиническими признаками истинной экземы являются:

1. высыпания располагаются на симметричных участках кожи;
2. границы очагов нечеткие;
3. склонность к везикуляции и мокнутию;
4. начинается чаще на руках и лице;
5. носит распространенный характер

Клинические признаки микробной экземы:

1. ассиметричное расположение очагов;
2. границы чёткие;
3. начинается чаще на голенях;
4. процесс носит ограниченный характер;
5. наличие отсевов

Аллергический дерматит возникает при повторных контактах с различными бытовыми и профессиональными агентами вследствие сенсибилизации к ним. По клинической картине в отличие от острой экземы характерно появление на фоне гиперемии и отека не микровезикул, а более крупных пузырьков. 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 периферическому росту, диссеминированию, имеющих отсевы, с преимущественной локализацией на стопах и ладонях, длительное течение заболевания. Можно отметить ряд отличительных черт, свойственных дерматиту, но отсутствующих у больного, а именно: мономорфные эритематозные высыпания, быстрое и бурное течение процесса с локализацией на месте контакта с аллергеном (большей частью на кистях), после прекращения действия которого, процесс быстро угасает.

Дисгидроз обычно возникает весной и летом на фоне вегетососудистой дистонии и характеризуется локализацией пузырьков на ладонях. Пузырьки имеют размер с булавочную головку и плотную покрышку, прозрачное содержимое. Через несколько дней пузырьки либо ссыхаются, либо вскрываются с образованием эрозий, а затем регрессируют. Микробная экзема возникает обычно весной и осенью. Очаги поражения располагаются асимметрично, имеют резкие границы, округлые очертания, по периферии которых виден отслаивающийся роговой слой. Очаг представлен сочной эритемой с пластинчатыми корками, после удаления которых обнаруживается мокнущая поверхность, на ее фоне видны мелкие точечные эрозии с каплями серозного экссудата. Вокруг основного очага видны микровезикулы, пустулезные элементы. Процесс носит распространенный воспалительный характер.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Клинический диагноз: распространенная микробная экзема, стадия обострения.

Обоснование: Необходимо отметить асимметричное расположение очагов, главным образом на коже стоп и ладоней, имеющих резкие, четкие границы, округлые очертания. Характерным признаком является наличие микровезикул, склонных к слиянию. Очаги представлены сочной эритемой с пластинчатыми корками, окаймленные отслоившимся эпидермисом. Процесс характеризуется полиморфизмом высыпаний и носит ограниченный характер. Данная клиническая картина соответствует микробной экземе. После удаления пластинчатых корок обнаруживается интенсивно мокнущая поверхность, на фоне которой отчётливо видны ярко-красные мелкие точечные эрозии с каплями серозного экссудата, что явно указывает на обострение процесса. Характерная сезонность процесса и жалобы больного на момент госпитализации (высыпания и зуд на коже стоп и ладоней), также говорят о стадии обострения экзематозного процесса.

Основываясь на анализе жалоб, анамнеза, объективного исследования больного, лабораторных и клинических исследований поставлен диагноз: распространенная микробная экзема, стадия обострения.

**Лечение**

1. Больному показана диета с уменьшением потребления поваренной соли, углеводов, с исключением азотистых экстрактов, пищевых аллергенов, в том числе цитрусовых; с включением в рацион овощей, фруктов, молочно- кислых продуктов, творога.

2. В качестве патогенетической терапии необходимо применение десенсибилизирующих и противовоспалительных средств.

3. Применение седативных препаратов для достижения благоприятного психоэмоционального состояния больного.

4. Лекарственные формы для наружного применения, выбор которых зависит от выраженности воспалительной реакции, глубины инфильтрации и других проявлений заболевания.

5. Физиотерапевтические методы.

**Общая терапия**

1. 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.

S. Вводить внутривенно медленно по 10 мл.

2. Цетрин (Cetrin). Цетрин относится к десенсибилизирующим противогистаминным средствам, проявляет седативные и снотворные свойства. Механизм действия заключается в блокаде Н1-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.

Rp.: Dexamethasoni - 0.0005

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

S. По 2 таблетки утром после еды.

4. Седативные препараты, например, настойки валерианы, пустырника.

Rp.: Tincturae Valerianae 30 ml

D.S. По 20 капель 3 раза в день внутрь.

или

Rp.: Tincturae Leonuri 25 ml

D.S. По 30 капель 2 раза в день.

Местная терапия.

В острой стадии при наличии микровезикул, эрозий, экссудации – примочки и влажновысыхающие повязки с 1-2% раствором танина, 1% раствором резорцина.

Rp.: Tannini 2,0

Аq. destill. 200,0

M.D.S. Наружное.

Rp.: Sol. Resorcini 1% - 200,0

D.S. Наружное.

После прекращения мокнутия показаны мази. Например, 10% дерматоловая мазь. Мазевая основа размягчает чешуйки и корки, способствует их удалению. Оказывает противовоспалительное и противозудное действие.

Для наружной терапии также возможно применение цинковой пасты. Данная форма соответствует характеру процесса: воспаление, сопровождающееся застойной гиперемией, инфильтрацией, паракератозом. Паста индифферентная, содержит окись цинка. Оказывает противовоспалительный, подсушивающий и дезинфицирующий эффект. Применяется при подострой и хронической экземе. Механизм действия пасты заключается в усилении кровообращения за счет уменьшения теплоотдачи и согревания кожи, что способствует разрешению инфильтрата. Под слоем пасты происходит накопление влаги, что способствует разрыхлению рогового слоя эпидермиса и более глубокому проникновению лекарственных веществ. Кроме того, цинковая паста размягчает чешуйки и корки, способствует их удалению вместе с имеющимися в них микроорганизмами.

Rp.: Zinci oxydi

Talci veneti

Vaselini aa 10,0

M.f. pasta

D.S. Наносить на поражённые участки кожи.

В подострой стадии можно применять масляные взвеси с норсульфазолом или дерматолом, пасты – 5% борно-нафталанная, 1-5% дегтярная, 5% АСД 3-я фракция.

В хроническую стадию микробной экземы показаны также кортикостероидные мази, например мазь целестодерм-В –глюкокортикостероидная мазь для наружного применения. Оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, антиэкссудативное, противозудное действие.

Rp.: Ung. «Celestoderm V» 5,0

D.S. Смазывать кожу 2 раза в день.

При распространённой микробной экземе 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**

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. Частота наблюдения данного больного дерматологом должна быть не меньше 4-6 раз в год, кроме того, необходимо, чтобы пациент посещал терапевта не менее 1-2 раз в год. В качестве профилактики рецидивов больному показано санаторно-курортное лечение.