Г О У В П О М З Р Ф

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Зав. кафедрой –д.м.н., …

Преподаватель: асс. …

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

*Больной:* …, 63 года

*Клинический диагноз:* Варикозная распространенная экзема нижних конечностей. Острое течение. Экзематиды области спины, зучазапястных суставов и тыльной поверхности рук.

*Сопутствующие заболевания:* Астенический синдром. Варикозная болезнь нижних конечностей, 3 форма, ХВН2.

Куратор: студентка 432 группы …

Срок курации: 18.04.06 – 26.04.06

Оценка:

БАРНАУЛ 2006г.

**Паспортная часть**

*Фамилия* …

*Имя*…

*Отчество* …

*Возраст* 63 года

*Место работы* безработный

*Домашний адрес* пос. …

*Дата поступления* 17.04.2006г.

*Клинический диагноз:* Варикозная распространенная экзема нижних конечностей. Острое течение. Экзематиды области спины, зучазапястных суставов и тыльной поверхности рук.

*Сопутствующие заболевания:* Астенический синдром. Варикозная болезнь нижних конечностей, 3 форма, ХВН2.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

На сильно зудящие покраснения и высыпания на коже ног, спины, левой руки; изменение окраски кожи зоне очагов; отек стоп и голеней до средней трети. Высыпания в виде пузырьков, быстро вскрывающихся, с образованием сильного мокнутия. Также жалобы на бессонницу, раздражительность.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Больным себя считает с 20-23 марта 2006 года. Заболевание началось с нижней трети голени правой ноги, через день и левой ноги. Проявилась интенсивным зудом, возникновением мелких эритематозных пятен, которые постепенно увеличивались и сливались в бляшки. Поражение увеличилось в размере за две недели с локального участка диаметром 5 см до очага, включающего тыл стопы, голень до колена. На поверхности бляшек появлялись многочисленные пузырьки, которые быстро вскрывались, образуя точечные эрозии, выделялся серозный экссудат, образуя обильно мокнущую поверхность. На месте вскрывшихся пузырьков после прекращения мокнутия образовывались корочки серовато-желтого цвета либо геморрагические, после отпадения которых образовывались участки гиперпигментации. Одновременно с появлением корок, вскрытием пузырей, мокнутием возникали новые очаги эритемы и везикулезных высыпаний.

Через две недели от начала заболевания появились новые аналогичные очаги на внутренней поверхности бедер, с тенденцией к периферическому росту. Еще через неделю такие же очаги возникли в области лучезапястного сустава, тыльной поверхности левой кисти, нижнего угла правой лопатки; на голенях и стопах ног появился отек, более выраженный справа.

В больницу обратился спустя три недели от начала заболевания. Дерматологом участковой поликлиники больной направлен в Алтайский краевой кожно-венерологический диспансер для получения адекватного лечения. Поступил на лечение 17.04.2006г.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

…, 63 года. Родился в 1943 году, в социально благополучной полной семье первым ребенком. В детстве рос и развивался в соответствии с возрастом, в школе учился удовлетворительно, в физическом развитии от сверстников не отставал. Перенес дважды пневмонию (10 и 14 лет). После окончания школы получил профессию электрика. Работал по специальности до 54 лет, профессиональные вредности отрицает. Сифилис, туберкулез, нервные и психические заболевания отрицает. Травм, гемотрансфузий не было. Был женат, 2 детей, сейчас живет один. Проживает в комнате гостиничного типа, имеющей общий санузел с другими комнатами. Наследственность по дерматологическим заболеваниям не отягощена.

**ОБЩИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Внешний вид больного соответствует возрасту. Телосложение пропорциональное, конституция астеническая. Осанка прямая. Рост 172 см, вес 85 кг. Цвет кожных покровов телесный, эластичность кожи снижена, кожа сухая. Подкожно-жировой слой развит слабо, наибольшее отложение жира на животе (по мужскому типу). Паховые лимфоузлы увеличены до размера фасоли. На голенях и нижней трети бедер определяются мягкоэластические узлы патологически расширенных и извитых вен, пальпация узлов безболезненны. Углы рта симметричные, цвет губ розовый. Слизистая оболочка полости рта розового цвета, влажная. Язык розовый, влажный, корень обложен белым налетом. Миндалины из-за дужек не выступают. Акт глотания не нарушен.

 Конфигурация суставов не изменена, суставы симметричные. Изменения окраски над суставами не определяется. Степень развития мышечной системы умеренная. Деформации суставов и искривления костей нет. Кожная температура над суставами не изменена. Объем активных и пассивных движений в суставах не ограничен, болей нет.

 Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 18 в минуту, дыхание ритмичное. Патологической пульсации в области сердца и внесердечной области не выявлено.

Пульс синхронный не обеих руках, частота пульса 75 удара в минуту, ритмичный, мягкий, полный. Частота сердечных сокращений 75 в минуту, нормокардия, ритм правильный. На руках: АДs=120\90мм рт ст; АДd=120\90мм рт ст.

Живот правильной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания, не вздут. Видимой перистальтики и антиперистальтики не обнаружено. Развития подкожных венозных анастомозов не выявлено. Живот мягкий, тонус мышц сохранен, мышечного напряжения нет.

Акт дефекации и мочеиспускания не нарушен.

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНОГО**

**АНОТОМО-ФИЗТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ**

Кожные покровы сухие. Потоотделение умеренное, с началом заболевания не изменилось. Салоотделение несколько снижено. Определяются гиперпигментация кожи в зоне очагов поражения, в интактных местах пигментация кожи не изменена. Отмечается красный дермографизм. Мышечно-волосковый рефлекс незначительно снижен.

**ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ ДЕРМАТОЗА**

Локализация очагов заболевания: тыльная поверхность стоп, голени до верхней трети, внутренняя поверхность бедер, области нижнего угла правой лопатки, лучезапястного сустава, тыльной поверхности левой кисти. Характер сыпи распространенный. Симметричность неполная. Расположение сыпи сливное, островоспалительный характер высыпаний. Определяется эволюционный полиморфизм (как первичных, так и вторичных элементов). Очаги неправильной формы, без четких границ, по периферии единично расположенные папуловезикулезные высыпания. Кожа в пределах поражения синюшно-красного цвета, инфильтрирована. Отек стоп и голеней до средней трети более выражен справа.

**ДЕТАЛЬНОЕ ОПИСАНИЕ ДЕРМАТОЗА**

Первичные элементы: отечная эритема с высыпанием мельчайших серопапул. Эритема застойного цвета, границы нерезкие, неправильной формы. Папулы множественные мелкие с серозным содержимым, с волосяным фолликулом не связаны.

Вторичные элементы: точечные эрозии, серозные корки, гиперпигментация. После вскрытия папул обнажаются точечные эрозии с серозным отделяемым, без рубца при заживлении. Корки серо-желтого цвета (серозные), и геморрагические. Гиперпигментация после отпадения корок,

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Варикозная экзема нижних конечностей. Острое течение. Экзематиды области спины, лучезапястного сустава и тыльной поверхности левой руки. Астенический синдром. Варикозная болезнь нижних конечностей, 3 форма, ХВН2.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Общеклинические анализы
2. Кал на яйца глистов
3. Иммунограмма
4. Исследование на микотическое поражение: микроскопическое, свечение под лампой Вуда.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Характерной особенностью экземы является острый воспалительный отек, сопровождающийся высыпанием микровизикул с образованием серозных колодцев и мокнутием. Наибольшее сходство экзема имеет с диффузным нейродермитом. Однако при нейродермите преобладают симпатергические процессы (белый стойкий дермографизм), проявляющиеся также преобладанием инфильтрации с лихенизацией. У больных нейродермитом не наблюдается длительного мокнутия, поражение чаще локализуется преимущественно на сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, лице. Экзематоидный псориаз отличается от экземы более четким отграничением от здоровой кожи, вокруг очагов псориаза нет везикулезных высыпаний, которые характерны для экземы. После удаления пластинчатого шелушения при псориазе обнаруживается влажная, но без точечного мокнутия поверхность. Первичный ретикулез кожи, бляшечный вариант отличается отсутствием микровизикул, серозных колодцев, зуда. Опоясывающий герпес отличается асимметричностью поражения, наличием боли (при экземе – зуд), герпетиформным расположением пузырьков (сгруппировано), при экземе рассеяно. Микозную экзему можно исключить лишь после проведения исследования на присутствие грибковой инфекции.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Eczema varicose membri inferius. Inlammatio acuta.

Варикозная экзема нижних конечностей. Острое течение. Экзематиды области спины, лучезапястного сустава и тыльной поверхности левой руки. Астенический синдром. Варикозная болезнь нижних конечностей, 3 форма, ХВН2.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Экзема – это хроническое рецидивирующие аллергическое заболевание, сопровождающееся везикуляцией, мокнутием в виде серозных колодцев, полиморфизмом сыпи, неодинаковой степени ее распространенности, сочетанием нарушений практически всех систем организма, выраженных в разной степени.

Экзема относится к полиэтиологическим заболеваниям, существует несколько теорий ее происхождения. Неврогенная теория придает ведущее значение функциональным расстройствам ЦНС, проявляющихся изменением взаимоотношений между корой большого мозга и подкорковыми центрами, нарушением силы, уравновешенности и подвижности основных нервных процессов. Аллергическая теория: развитие реакции антиген-антитело в эпидермисе, вследствие воздействия раздражителей (эндо- и экзогенных) и образование состояния готовности к развитию экзематозной реакции. Теория иммунных сдвигов: Установлено, что у больных экземой выражена дисгаммаглобулинемия (избыток IgG, IgE и дефицит IgM), снижено число Т-лимфоцитов, изменено их соотношение, увеличено количество В-лимфоцитов. Слабость иммунитета при наличии антигенных раздражителей с формированием хронического рецидивирующего воспаления в эпидермисе и дерме. При этом возникают патологические циркулирующие иммунные комплексы, повреждающие собственные микроструктуры с образованием серии аутоантигенов, инициирующих образование аутоагрессивных антител. Генетическая теория: формирование экземы на основе генетической предрасположенности, зависящей от присутствия в хромосомах гена иммунного ответа. При этом имеет место полигенное мультифакториальное наследование с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов. В свете современных представлений о взаимосвязи иммунной системы с функциональным состоянием ЦНС, вегетососудистых процессов можно сказать, что патогенетический процесс экземы включает комплекс не конкурирующих, а дополняющих друг друга нейроиммуновегетодистонических, инфекционно-аллергических и метаболических механизмов.

Первичными, пусковыми, факторами может быть нарушения функции центральной и вегетативной нервных систем, эндокринных органов, пищеварительного тракта, нервно-гуморальных регулирующих механизмов, иммунитета и другое. Для возникновения экземы необходимо сочетание нарушений функций нескольких органов и систем, а также определенная степень выраженности этих изменений.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО БОЛЬНОГО**

1. Устранение аллергена. Диета. Охранительный режим.
2. Лечение варикозной болезни нижних конечностей:
* Детролекс.
* Консультация флеболога (хирурга).
1. Общая терапия:
	* Антигистаминные препараты для снижения уровня сенсибилизации.

Супрастин 0,025г 2 раза в день

* Десенсибилизирующие с целью снижения гиперчувствительности.

Кальция глюконат внутривенно 10мл 10%-го раствора, №7

* Седативные средства: экстракт Валерианы 0,02г 3 раза в день.
* Детоксикационные препараты: Энтероборбенты
* Витамины: «Аевит» 1 капсула 3 раза в день

 Витамины В1 1 мл 5%-го раствора, В6 1мл 5%-го раствора по одному разу в день, чередуя.

1. Наружная терапия:
* Для снижения мокнутия: прохладные примочки из 0,02% раствора перманганата калия 2 раза в день в течении 1 часа, со сменой салфеток через 2-3 минуты.
* После исчезновения мокнутия: паста (5%АСД + 2% анестезина) один раз в день; с повышением концентрации АСД при снижении явлений острого воспаления.
* В подострый период: мазь АСД 10% 1 раз в день.
* Эпителизующие: мазь ацемина 5% 1 раз в день.
1. Физиотерапия:
* В подострый период магнитотерапия на область поражения кожи, методика №99.

**ДНЕВНИК**

**18.04.06**

Общее состояние больного удовлетворительное. Характер сыпи распространенный. Симметричность неполная. Расположение сыпи сливное, островоспалительный характер высыпаний. Определяется эволюционный полиморфизм (как первичных, так и вторичных элементов). Очаги неправильной формы, без четких границ, по периферии единично расположенные папуловезикулезные высыпания. Кожа в пределах поражения синюшно-красного цвета, инфильтрирована. Отек стоп и голеней до средней трети более выражен справа. В очагах на нижних конечностях обильное мокнутие, на руке и спине мокнутие слабо выражено. Геморрагические и серозные корки в местах вскрывшихся папул.

**20.04.06**

Общее состояние больного удовлетворительное. Больной жалуется на бессонницу, зуд. Островоспалительные явления несколько снизились, мокнутие выражено слабо. Роста размеров очагов, образования новых поражений нет. После отпадения корок наблюдается гиперпигментация. Отек голеней сохраняется.

**24.04.06**

Общее состояние больного удовлетворительное. Больной жалуется на бессонницу, зуд. Островоспалительные явления снизились, мокнутие не выражено. Роста размеров очагов, образования новых поражений нет. Геморрагические и серозные корки в очагах сохраняются. Отек голеней снизился. В зоне разрешения процесса мелкое отрубевидное шелушение.

**26.04.06**

Общее состояние больного удовлетворительное. В зоне поражения единичные серозные корки, мелкое отрубевидное шелушение. Образования новых серопапул, мокнутия нет. Гиперпигментация, умеренный зуд сохраняются. На руке и спине сохраняется только гиперпигментация. Отека нет.

**ЭПИКРИЗ**

*Фамилия* …

*Имя* …

*Отчество* …

*Возраст* 63 года

*Место работы* безработный

*Домашний адрес* пос. …

*Дата поступления* 17.04.2006г.

*Клинический диагноз:* Варикозная распространенная экзема нижних конечностей. Острое течение. Экзематиды области спины, зучазапястных суставов и тыльной поверхности рук.

*Сопутствующие заболевания:* Астенический синдром. Варикозная болезнь нижних конечностей, 3 форма, ХВН2.

*Прогноз:* Благоприятный.

*Рекомендации:* В течение 1 месяца щадящее мытьё, решение вопроса по поводу флебэктомии, санация очагов хронического воспаления. Мероприятия по снижению застоя крови в венах нижних конечностей: 300 подъем ног во время отдыха, ограничение длительного сидения, пешие прогулки. Систематическое диспансерное наблюдение, консультация гастроэнтеролога для подбора гипосенсибилизирующей диеты. Санаторно-курортное лечение (Г.Белокуриха).