Львівський Національний Медичний Університет

ім. Данила Галицького МОЗ України

Кафедра дерматовенерології ФПДО з курсом шкірних хвороб

Зав. кафедрою: проф. Надашкевич О.Н.

Викладач: доц. Сизон О.О.

**ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**

Хворого Бобака Романа Петровича

Клінічний діагноз: Розповсюджена мікробна екзема, стадія загострення.

Куратор: студентка 16 групи,

4 курсу, медичного факультету №2,

Семенів М.-Х. В.

Львів 2011

Паспортна частина

1. Прізвище, ім’я, по-батькові: Бобак Роман Петрович
2. Вік: 46 років
3. Стать: чоловіча
4. Освіта: вища
5. Професія: інженер-радіотехнік
6. Місце роботи: не працює
7. Місце проживання: м. Львів, вул. Сигнівка, 2/23
8. Сімейний стан: одружений
9. Дата госпіталізації: 07.10.11
10. Дата виписки: 25.10.11
11. Діагноз при направленні: Розповсюджена мікробна екзема
12. Клінічний діагноз: Розповсюджена мікробна екзема, стадія загострення.
13. **Скарги хворого (querellae aegroti):**

Скарги на ураження шкіри кінцівок – почервоніння, набряк, пухирцеві висипання, мокнення сильний свербіж, болі, печіння. Також на загальну слабкість, втомлюваність, неуважність, розсіяність, порушення сну через сильний свербіж.

1. **Анамнез захворювання (anamnesis morbi)**

Вважає себе хворим 1,5 року. Захворювання розпочалося гостро – появився специфічний висип на кінцівках, свербіж шкірних покривів, біль у місцях ураження. Госпіталізований 7 вересня 2011 року у обласний шкірновенерологічний диспансер для обстеження та лікування.

1. **Анамнез життя (anamnesis vitae)**

Народився 9 вересня 1965 року. У фізичному і розумовому розвитку від ровесників не відставав. Зі слів пацієнта ріс і розвивався у задовільних побутових умовах. Робота пов’язана з токсичними речовинами – працював з цинковими солями, свинцем ртуттю.

Захворювання на СНІД, туберкульоз заперечує.

Алергологічний анамнез не обтяжений.

Алкоголь вживає рідко, в невеликій кількості.

Палить по одній пачці цигарок на день.

1. **Загальний стан (status praesens objectivus)**

Стан середньої важкості. Свідомість ясна, положення активне, будова тіла правильна, конституція нормостенічна.

* *Шкірні покриви, слизові:* Шкіра бліда, еластична, суха, з ділянками розчухів на нижніх кінцівках, асиметричний висип на нижніх кінцівках. Тріщини шкіри на суглобах. Видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору.
* *Підшкірна клітковина:* Розвинена помірно, набряки на нижніх кінцівках
* *Лімфатична система:* Доступні пальпації лімфатичні вузли не збільшені, не болючі.
* *Опорно-руховий апарат:* М’язи розвинені добре, тонус збережений. Деформації скелета і суглобів відсутні. Активні рухи без патології, пасивні рухи збережені.
* *Дихальна система:* Тип дихання змішаний з переважанням черевного. Частота дихальних рухів – 22 за хвилину. Зменшена глибина видиху, подовжений видих. Дихання через ніс – вільне, виділень з носа немає. Обидві половини грудної клітки однаково приймають участь в акті дихання. Грудна клітка без деформації, над і підключичні ямки помірно виражені.

Пальпація: грудна клітка не болюча, еластична, голосове тремтіння ослаблене. Опущення нижніх країв легень, знижена їх рухомість. Характер перкуторного звуку – ясний легеневий з коробковим відтінком.

Аускультація: Ослаблення дихальних шумів, свистячі середньоміхурцеві хрипи.

* *Серцево-судинна система:*

Пульс: 70 уд/хв., ритмічний, середнього наповнення та напруження, однаковий на двох руках. Артеріальний тиск - 130/80 мм.рт.ст. Пульсація судин шиї не помітна. Яремні вени не набухлі.

Пальпація: Верхівковий поштовх визначається в V міжребер’ї на 1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії, середньої висоти і помірної сили. Пульсації в епігастрії немає.

Аускультація: Тони серця чисті, ритмічні. Серцеві шуми і шум тертя перикарду – відсутні.

* *Травна система:*

Слизові блідо-рожеві, язик вологий. Ясна блідо-рожеві, не кровоточать. Зів рожевий, мигдалики без видимої патології. Випорожнення нормальні

Живіт: Овальної форми, не збільшений.

Перкусія: Над животом – тимпанічний звук. Симптом флуктуації від’ємний. Розміри печінки по Курлову: між I і II точками – 9см, між III і IV точками – 8 см, між III і V точками – 7 см.

Аускультація: Перистальтика збережена, не звучна.

Поверхнева пальпація: Болючості немає. Напруження м’язів черевної стінки відсутнє, симптоми подразнення очеревини – негативні.

Глибока пальпація:

* Сигмовидна кишка гладка циліндрична, не болюча, товщина – 3 см.
* Сліпа кишка гладка, циліндрична, не болюча, товщина – 5 см. Відсутня болючість в ділянці червоподібного відростка.
* Шлунок та дванадцятипала кишка – не болючі, не збільшені.
* Поперечна ободова кишка циліндрична, не болюча, товщина – 5 см.
* Підшлункова залоза не пальпується
* Печінка не болюча при пальпації, край загострений, не виступає за межі реберної дуги.
* Селезінка не палькується.
* *Сечовидільна система:*  Сечовипускання вільне. Симптом Пастернацького від’ємний з обох сторін. Нирки не пальпуються.
* *Ендокринна система:* Щитоподібна залоза не збільшена. Тремор рук відсутній.
* *Статева система:* Первинні і вторинні статеві ознаки відповідають віку і статі.
* *Нервова система та психоемоційна сфера:* Зіниці симетричні, реакція на світло збережена і співдружна. Чутливість шкіри не порушена. Червоний слабко виражений дермографізм. Відсутня болючість по ходу натискання периферійних нервів. Рефлекси жваві, симетричні. Патологічні рефлекси відсутні. Мова чітка. Пацієнт адекватний і орієнтується в просторі.

1. **Місцеві симптоми (status localis)**

Вогнища ураження розміщені на шкірі верхніх і нижніх кінцівок. Вони розташовані асиметрично, мають різкі границі. Округлої форми, по периферії є роговий шар, що відшаровується. Вогнище представлене еритемою з пластинчастими корками, після видалення яких виникає мокнення з дрібними точковими ерозіями з краплями серозного ексудату. Процес має розповсюджений запальний характер. Виявлені обширні сліди розчухів, особливо в дистальній частині нижніх кінцівок. Сукупність первинних і вторинних морфологічних елементів створює картину патологічного процесу у вигляді фестончатих, мокнучих суцільних вогнищ без прошарків здорової шкіри, схильних до периферійного росту. Елементи висипу розташовані безладно на поверхні уражених ділянок шкіри. Висип представлений мікровезикулами, схильними до групування. Процес супроводжується утворенням тріщин і лущенням.

1. **Попередній діагноз та його обгрунтування**

На основі скарг на ураження шкіри кінцівок – почервоніння, набряк, пухирцеві висипання, мокнення сильний свербіж, болі, печіння; а також місцевих симптомів – асиметричні вогнища з чіткими контурами, відшаруваннями епідермісу по краях, представлені мікровезикулами ставимо попередній діагноз: Розповсюджена мікробна екзема.

1. **План обстеження:**

* *Загальний аналіз крові:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва показника | Величина показника | Межі норми |
| Еритроцити (Т/л) | 4,8 | 4,5 – 5,0 |
| Гемоглобін (г/л) | 146 | 130 – 160 |
| Кольоровий показник | 1,0 | 0,9 – 1,1 |
| Лейкоцити (Г/л):  -Еозинофіли (%)  - Базофіли (%)  - Нейтрофіли:  \* паличкоядерні (%)  \* сегментоядерні (%)  - Лімфоцити (%)  - Моноцити (%) | 6,5  2  0  3  64  18  10 | 4,0 – 9,0  0 – 5  0 – 1  1 – 5  50 – 72  18 – 38  2 – 10 |
| ШОЕ (мм/год) | 35 | 1 – 10 |

* *Загальний аналіз сечі:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва показника | Величина показника | Межі норми |
| Кількість (мл) | 200 |  |
| Колір | солом’яно-жовтий | солом’яно-жовтий |
| Прозорість | повна | повна |
| Питома вага | 1016 | 1012 – 1025 |
| Реакція | кисла |  |
| Білок (г/л) | - | <0,033 |
| Цукор | - | - |
| Ацетон | - | - |
| Жовчні пігменти | - | - |
| Уробілін | - | - |
| Епітелій | - | <10 |
| Лейкоцити | 1 – 2 в п/з | <3 |
| Еритроцити ( незмінені ) | - | <3 |
| Циліндри | - | - |

* *Аналіз крові на RW* – від’ємний
* *Аналіз калу на яйця глистів* – від’ємний

1. **Диференціальний діагноз:**

Хворому поставлений попередній діагноз: розповсюджена мікробна екзема. Для постановки клінічного діагнозу це захворювання необхідно диференціювати як усередині нозологічної одиниці, наприклад, від істинної екземи, так і від інших захворювань, подібних за характером перебігу з мікробною екземою - алергічного дерматиту, дисгідрозу.  
Мікробна екзема має ряд ознак, характерних також і для істинної екземи. В обох випадках первинними морфологічними елементами є еритема, ексудативна папула, мікровезикули, а пізніше з'являються серозні і геморагічні кірки, що мокнуть, ерозії. Характерною ознакою істинної екземи є істинний поліморфізм елементів: мікровезикули, мікроерозіі, мікрокірочки. Для мікробної екземи також характерний поліморфізм висипань з переважанням піогенними елементів. Клінічними ознаками істинної екземи є:  
1. висипання розташовуються на симетричних ділянках шкіри;  
2. межі осередків нечіткі;  
3. схильність до везікуляцій і мокнення;  
4. починається частіше на руках і обличчі;  
5. носить розповсюджений характер  
Клінічні ознаки мікробної екземи:  
1. асиметричне розташування вогнищ;  
2. межі чіткі;  
3. починається частіше на гомілках;  
4. процес носить обмежений характер;  
5. наявність відсівів  
Алергічний дерматит виникає при повторних контактах з різними побутовими і професійними агентами внаслідок сенсибілізації до них. По клінічній картині на відміну від гострої екземи характерно поява на тлі гіперемії і набряки не микровезикул, а більших пухирців. При алергічному дерматиті характерною скаргою є свербіж, а сам процес може починатися асиметрично, що є схожим з даними, отриманими під час розпитування хворого і його огляду. Але крім цього у даного пацієнта є ознаки, не характерні для дерматиту - це поліморфність висипань, схильність до периферичного росту, дисемінації, що мають відсівання, з переважною локалізацією на стопах і долонях, тривалий перебіг захворювання. Можна відзначити ряд відмінних рис, властивих дерматиту, але відсутніх у хворого, а саме: мономорфні еритематозні висипання, швидкий і бурхливий перебіг процесу з локалізацією на місці контакту з алергеном (здебільшого на кистях), після припинення дії якого, процес швидко згасає.  
Дисгідроз зазвичай виникає навесні і влітку на тлі вегетосудинної дистонії і характеризується локалізацією пухирців на долонях. Пухирці мають розмір головки шпильки і щільну покришку, прозорий вміст. Через кілька днів пухирці або зсихаються, або розриваються з утворенням ерозій, а потім регресують. Мікробна екзема виникає зазвичай навесні та восени. Осередки ураження розташовуються асиметрично, мають різкі межі, округлі обриси, по периферії яких відшаровуються роговий шар. Осередок представлений соковитою еритемою з пластинчастими кірками, після видалення яких виявляється мокнуча поверхня, на її фоні видно дрібні точкові ерозії з краплями серозного ексудату. Навколо основного вогнища видно мікровезикули, пустульозні елементи. Процес носить розповсюджений запальний характер.

1. **Обґрунтування клінічного діагнозу**

Клінічний діагноз: Розповсюджена мікробна екзема, стадія загострення.

Обгрунтування: Необхідно відзначити асиметричне розташування вогнищ, головним чином на шкірі стоп і долонь, що мають різкі, чіткі межі, округлі обриси. Характерною ознакою є наявність мікровезикул, схильних до злиття. Вогнища представлені соковитою еритемою з пластинчастими кірками, облямовані відшарувалися епідерміс. Процес характеризується поліморфізмом висипань і носить обмежений характер. Дана клінічна картина відповідає мікробній екземі. Після видалення пластинчастих корок виявляється інтенсивно мокнуча поверхня, на тлі якої чітко видно яскраво-червоні дрібні точкові ерозії з краплями серозного ексудату, що явно вказує на загострення процесу. Характерна сезонність процесу і скарги хворого на момент госпіталізації (висипання і свербіж на шкірі стоп і долонь), також говорять про екзематозний процес.  
Грунтуючись на аналізі скарг, анамнезу, об'єктивного дослідження хворого, лабораторних і клінічних досліджень ставимо діагноз: розповсюджена мікробна екзема, стадія загострення (Eczema microbicum)

Супутнє захворювання: Хронічний обструктивний бронхіт, ІІІ ступінь.

1. **Етіологія та патогенез захворювання у курованого хворого**

Вплив виробничого алергену (постійний контакт з екзогенними подразниками хімічного характеру - солями цинку, свинцю, ртуті на виробництві)

Знижений імунітет ( зумовлений хронічним бронхітом, виробничими шкідивостями, палінням)

1. **Лікування**

* Хворому показана дієта із зменшенням споживання кухонної солі, вуглеводів, з виключенням азотистих екстрактів, харчових алергенів, у тому числі цитрусових; з включенням в раціон овочів, фруктів, молочно-кислих продуктів, сиру.
* В якості патогенетичної терапії необхідне застосування десенсибілізуючих та протизапальних засобів.
* Застосування седативних препаратів для досягнення сприятливого психоемоційного стану хворого.
* Лікарські форми для зовнішнього застосування, вибір яких залежить від вираженості запальної реакції, глибини інфільтрації та інших проявів захворювання.
* Фізіотерапевтичні методи.

Консервативна терапія:

* Diazolini 0,1
* Calcii gluconas 0,5
* Ung. Prednisoloni 0,5% 10 ml в/м
* Tab. Ascorutini 1,0
* Sol. Furosemidi 1% 2 ml в/м
* Asparkami 0,35
* Sol. Acidi borici 2% 10 ml
* Sol. Natrii tiosulfatis 30% - 10 ml в/в
* Tincturae Valerianae 30 ml
* Ceftriaxoni 2% 1 ml в/м
* Ung. «Celestoderm V» 5,0

1. **Прогноз**

Прогноз для життя, працездатності і реабілітації в процесі одужання сприятливий. Хворому рекомендується дотримуватися режиму дня, молочно-рослинної дієти з обмеженням рідини, легкозасвоюваних вуглеводів і солі, правил особистої гігієни, вести здоровий спосіб життя, уникати травмування шкіри, занесення інфекції. Для попередження рецидивів слід уникати конфліктних ситуацій, нервово-психічних перенапружень. Для якнайшвидшого розв'язання патологічного процесу необхідно дотримуватися проведеного лікування, а після його закінчення потрібно поставити хворого на диспансерний облік і проводити спостереження через можливий розвиток рецидивів. Частота спостереження цього хворого дерматологом повинна бути не менше 4-6 разів на рік, крім того, необхідно, щоб пацієнт відвідував терапевта не менше 1-2 разів на рік. Як профілактика рецидивів хворому показано санаторно-курортне лікування.

1. **Епікриз**

Хворий Бобак Роман Петрович, 01.09.1965 року народження, інженер-радіотехнік, що проживає у м. Львів, вул. Сигнівка,2/23 проходив обстеження і лікування у ЛОШВД з 7.10.2011 по 25.10.2011.

Клінічний діагноз: Розповсюджена мікробна екзема стадія загострення.

Діагноз поставлений на основі скарг на ураження шкіри кінцівок – почервоніння, набряк, пухирцеві висипання, мокнення сильний свербіж, болі, печіння; місцевих симптомів – асиметричні вогнища з чіткими контурами, відшаруваннями епідермісу по краях, представлені мікровезикулами.

Лабораторні дані: Цукор крові – 5,1ммоль/л

Аналіз калу на гельмінти негативний.

Аналіз крові на RW негативний.

Консервативне лікування:

* Diazolini 0,1
* Calcii gluconas 0,5
* Ung. Prednisoloni 0,5% 10 ml в/м
* Tab. Ascorutini 1,0
* Sol. Furosemidi 1% 2 ml в/м
* Asparkami 0,35
* Sol. Acidi borici 2% 10 ml
* Sol. Natrii tiosulfatis 30% - 10 ml в/в
* Tincturae Valerianae 30 ml
* Ceftriaxoni 2% 1 ml в/м
* Ung. «Celestoderm V» 5,0

Виписаний зі стаціонару з клінічним покращенням.

Прогноз для даного захворювання сприятливий.

Рекомендоване спостереження дерматолога на протязі 4-6 місяців.

1. **Використана література**

* Підручник:

Хвороби шкіри / Савчак В.І., Галникіна С.О. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 508 с.

* Сайти:

<http://www.eczema.ru/types>

<http://www.ntpo.com/patents_medicine/medicine_3/medicine_13.shtml>

<http://www.eurolab.ua/encyclopedia/287/1568/>

<http://www.lib.ua-ru.net/inode/22434.html>

<http://secretofhealth.kiev.ua/ekzema.htm>

1. **Дата подачі історії хвороби: 07.11.2011**
2. **Підпис куратора:**