Министерство здравоохранения России

Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра факультетской педиатрии с пропедевтикой детских болезней

История болезни

Преподаватель: к. м. н. Белозерова О.В.

Дата рождения: 29.08.1998

Возраст: 16 лет

**Клинический диагноз:**

* Основной: Атопический дерматит, подростковая форма, период обострения.
* Осложнения: нет.
* Сопутствующие: синдром Шерешевского-Тернера.

*Общие сведения о больном:*

Отделение: аллергологическое. Палата №2.

Дата направления в стационар: 20.02.2015г.

Дата поступления в стационар: 24.02.2015г.

Направлен: аллергологом

Диагноз при направлении в стационар:

Основной: Атопический дерматит, подростковая форма, период обострения.

Осложнения: нет

Сопутствующий: синдром Шерешевского-Тернера

Домашний адрес ребенка:

Состоит на учете в детской поликлинике № 1

Посещает школу - интернат №6, 9 класс

Место работы и должность родителей: данных нет

*Жалобы:*

При поступлении в стационар на: высыпания в области локтевых сгибов, шеи, дорзальной поверхности рук, покраснение и зуд кожных покровов. Шелушение и гиперемию в области высыпаний. Сухость кожных покровов.

На момент курации (специфические) на: зуд и сухость кожных покровов.

**Anamnesis morbi:**

Заболевание началось с 4-х летнего возраста. Когда появились высыпания на сгибательных поверхностях конечностей (в локтевых и подколенных ямках), на тыле кистей, на шее, связанные с употреблением цитрусовых. Беспокоил сильный зуд кожных покровов. Участковым педиатром была направлена к аллергологу, где был поставлен диагноз "Атопический дерматит". Сведения о лечении скудные. По поводу данного заболевания больше никуда не обращалась.

В августе 2014 г. заметила высыпания в области локтевых сгибов, на шее, зуд и шелушение кожных покровов. Самостоятельно смазывала поражённые участки кожи детским кремом.

В феврале 2015 г. направлена аллергологом в ДКБ №1 специализированное отделение для планового обследования, уточнения диагноза и выбора тактики лечения.

Основные патологические симптомы, выявленные при поступлении в стационар: общее состояние средней степени тяжести. Высыпания в области локтевых сгибов, шеи, дорзальной поверхности рук, покраснение и зуд кожных покровов. Шелушение и гиперемию в области высыпаний. Сухость кожных покровов.

Заключение по анамнезу заболевания:

. Можно предположить заболевание кожи аллергического характера.

. Течение заболевания хроническое.

**Anamnesis vitae:**

Социально-биологический анамнез:

данных нет, девочка является воспитанницей ГОБУ ЯО школы - интерната №6.

Генеалогическое древо составить невозможно из-за отсутствия данных о родственниках.

Акушерский анамнез матери:

Обследуемый ребенок родился от 3 беременности, 3 родов. Течение первой половины беременности сопровождалось токсикозом, имелись высыпания в виде пятен на верхней половине туловища, также имелся зуд и расчесы (принимала антигистаминные препараты). У пациентки была молочница, анемия 3 степени. Во втором триместре перенесла ОРВИ, в стационаре не лечилась. Женскую консультацию посещала не регулярно. Во время беременности употребляла алкоголь в больших количествах, также курила.

Роды в срок 37 недель. Масса ребенка при рождении 2250 г, рост-46 см. По таблице Дементьевой, Короткой оценена как ЗВУР по гипотрофическому типу. Закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9. Меры оживления не проводились. Приложена к груди через 10 часов. Сосала вяло. Остаток пуповины отпал на 5 сутки. Пупочная ранка зажила на 10 сутки. Желтуха в роддоме появилась на 2 сутки и исчезла к концу 7 суток. Убыль массы в роддоме 200г, что составляет 9% от исходной массы. Выписана из роддома на 10 сутки с массой 2050 г. В раннем периоде новорождённости отмечалось: тремор конечностей, мацерация стоп и кистей.

На 14-й день жизни при патронаже была выявлена мелкоточечная сыпь аллергического характера в области щёк. Мать не соблюдала диету.

Характер вскармливания на первом году жизни: естественное вскармливание до 2 мес. не по часам, с 2 мес - искусственное вскармливание. (Нутрилон).

Сроки введения в рацион продуктов и блюд прикорма (возраст в месяцах): данных нет.

Характер питания к моменту обследования: 4 раза в сутки, рацион разнообразный, любимые блюда молочные продукты.

Динамика физического развития на 1-ом году жизни:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 месяц | 3 месяца | 6 месяцев | 9 месяцев | 12 месяцев |
| Масса, гр | 2700 | 3900 | 5200 | 6300 | 7500 |
| Длина, см | 48 | 53 | 58 | 62 | 65 |

**Заключение:** физическое развитие - нанизм с дефицитом массы II степени, резко дисгармоничное.

Динамика моторного развития на 1-ом году жизни:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Держит голову | Упирается на ножки | Переворачивается | Сидит | Ползает | Стоит | Ходит |
| с 2 мес. | с 3 мес. | с 5 мес. | с 7 мес. | с 10 мес. | с 12 мес. | с 1 г 3 мес. |

**Заключение:** отставание в моторном развитии.

Психоэмоциональное развитие на 1-ом году жизни:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сосредоточение | Улыбка | Гуление | Слоги | Речь, слова | Фразы |
| с 2 мес. | с 2,5 мес. | с 6 мес. | с 1г 6 мес. | с 2 лет | с 2,5 лет |

**Заключение:** отставание в психоэмоциональном развитии.

Первые зубы прорезались в 10 месяцев. К году - 4 зуба (в норме должно быть 8).

Профилактические прививки: против вирусного гепатита В, БЦЖ - в роддоме. Остальные по индивидуальному календарю.

Физическое развитие ребенка в возрасте старше года: отстаёт в физическом развитии от сверстников. С 06.03.2003г. является воспитанницей ГОБУ ЯО школы - интерната №6. Поведение в коллективе - адекватное.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа - в 5 лет, частые ОРВИ - 6 раз в год, лакунарная ангина - 3 раза в год, фурункул надбровной области слева - проведена операция 10.02.15.

Аллергологический анамнез:

на 14-й день жизни при патронаже была выявлена мелкоточечная сыпь аллергического характера в области щёк. Мать не соблюдала диету.

В возрасте 4-х лет был поставлен диагноз "Атопический дерматит", когда появились высыпания на сгибательных поверхностях конечностей (в локтевых и подколенных ямках), на тыле кистей, на шее, связанные с употреблением цитрусовых. Беспокоил сильный зуд кожных покровов. Участковым педиатром была направлена к аллергологу, где. Сведения о лечении скудные. По поводу данного заболевания больше никуда не обращалась.

В августе 2014 г. заметила высыпания в области локтевых сгибов, на шее, зуд и шелушение кожных покровов. Самостоятельно смазывала поражённые участки кожи детским кремом.

В феврале 2015 г. направлена аллергологом в ДКБ №1 специализированное отделение для планового обследования, уточнения диагноза и выбора тактики лечения.

Профпрививки по индивидуальному календарю, без реакции. Гемотрансфузий не было.

Социальный анамнез: отягощён, с 06.03.2003г. является воспитанницей ГОБУ ЯО школы - интерната №6.

Эпидемиологический анамнез:

Контакта с больными туберкулезом не было. Контакта с инфекционными острозаразными заболеваниями за предшествовавшие поступлению 3 недели не было. За последние 3 месяца расстройства стула нет.

Материально-бытовые условия: живет и воспитывается в ГОБУ ЯО школа - интернат №6.

Заключение по анамнезу жизни:

1. Неблагоприятные факторы:

Акушерский анамнез отягощён: течение первой половины беременности сопровождалось: токсикозом, высыпаниями в виде пятен в верхней половине туловища, зудом и расчёсами (самостоятельно принимала антигистаминные препараты), анемией III степени, молочницей, лейкоцитурией. Во втором триместре беременности перенесла ОРВИ, в стационаре не лечилась. Женскую консультацию посещала не регулярно. Во время беременности употребляла алкоголь в больших количествах, курила.

Роды в срок 37 недель. Масса ребенка при рождении 2250 г, рост-46 см. По таблице Дементьевой, Короткой оценена как ЗВУР по гипотрофическому типу.

Ранний перевод ребенка на искусственое вскармливание;

Неблагоприятный аллергологический анамнез: на 14-й день жизни при патронаже была выявлена мелкоточечная сыпь аллергического характера в области щёк. Мать не соблюдала диету.

Физическое развитие на первом году жизни - нанизм с дефицитом массы II степени, резко дисгармоничное. Отставание в моторном развитии на первом году жизни. Отставание в психоэмоциональном развитии на первом году жизни.

В раннем периоде новорождённости отмечалось: тремор конечностей, мацерация стоп и кистей.

. Факторы, предрасполагающие к аллергическим заболеваниям: отягощенный акушерский анамнез, ранний перевод ребенка на искусственое вскармливание, неблагоприятный аллергологический анамнез, несоблюдение гипоаллергенного быта.

1. Все вышеперечисленные факторы неблагоприятным образом повлияли на развитие и течение настоящего заболевания, а также на состояние иммунитета ребенка.

**Данные объективного исследования на день курации:**

Общий осмотр:

Дата: 25.03.02, 22 день пребывания в стационаре.

Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, сон спокойный, выражение лица и глаз спокойное. Масса 43 кг, рост 151 см. Физическое развитие нормальное при низком росте, дисгармоничное, не соответствует возрасту.

Кожа бледно-розовой окраски, эластичность сохранена, влажность снижена; кожные покровы с экскориациями и явлениями лихенификации. Температура тела 36,60С.

Видимые слизистые губ, рта розовые, влажные, без высыпаний; склеры не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина складки ниже угла лопатки 1,5 см), развита симметрично, равномерно.

Периферические лимфоузлы:

затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, передние шейные, задние шейные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые, подколенные - не пальпируются, кожа над ними не изменена.

Мышечная система развита умеренно, равномерно, симметрично. Тонус мышц сохранен, сила сохранена. При пальпации мышцы безболезненны.

Костная система: Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена.

Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме, безболезненные, без хруста.

Органы дыхания:

Дыхание ритмичное, с частотой-17 в минуту. Тип дыхания-грудной. Голос звонкий. Дыхание через нос свободное. Одышки нет.

*Голосовое дрожание* проводится одинаково над симметричными отделами легких.

Данные *сравнительной перкуссии*:

перкуторный звук - ясный легочный, одинаковый над симметричными отделами грудной клетки.

Данные топографической перкуссии легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Срединноключичная Передняя подмышечная Средняя подмышечная Задняя подмышечная Лопаточная Околопозвоночная | 6 ребро 7 ребро 8 ребро 9 ребро 10 ребро остистый отросток Th11 | ----- 7 ребро 8 ребро 9 ребро 10 ребро остистый отросток Th11 |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Легкое | Спереди | Сзади |
| Правое | На 4 см выше ключицы | На уровне остистого отростка C7 |
| Левое | На 4 см выше ключицы | На уровне остистого отростка C7 |

Экскурсия нижних краев легких:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Линия | Справа | |  | Слева | |
|  | На вдохе | На выдохе | Сумма | На вдохе | На выдохе |
| Передняя подмышечная Средняя подмышечная Задняя подмышечная | 2 см 3 см 2 см | 2 см 3 см 2 см | 4 см 6 см 4 см | 2 см 3 см 2 см | 2 см 3 см 2 см |

При перкуторном исследовании симптомы Кораньи и Аркавина отрицательные.

*Аускультация легких*: над всей поверхностью обоих легких дыхание везикулярное. Хрипов, крепитации и шума трения плевры нет. Симптомы Домбровского и Д’Эспина отрицательные.

Бронхофония проводится одинаково в симметричные участки легких.

***Органы кровообращения:***

Пульсация сосудов в области шеи и эпигастрия не видна. Венозная сеть на груди и животе не определяется. Пульс 72 в 1 минуту, хорошего наполнения и напряжения, синхронный на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует.

Грудная клетка над областью сердца не деформирована. Верхушечный толчок на глаз не определяется, пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой средней ключичной линии, локализованный; по характеру положительный, невысокий, умеренной силы. Симптом "кошачьего мурлыканья" отрицательный.

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины. |
| **Левая** | На 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. |
| **Так называемая верхняя** | По верхнему краю третьего ребра по левой парастернальной линии |

Поперечник сердца 10 см.

Ширина сосудистого пучка: 3 см.

Конфигурация сердца: нормальная.

***Аускультация****:* Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = 72 в минуту. Соотношение тонов физиологичное. Шумы не выслушиваются. Эмбриокардия отсуствует. АД 90/60 мм. рт. ст., пульсовое давление 30 мм. рт. ст. Функциональные пробы не проводились.

Органы пищеварения:

Слизистая оболочка полости рта - влажная, бледно-розовой окраски, блестящая. Налета, сыпи, язв не обнаружено.

Зубы постоянные. Кариозных нет.

Зев спокоен. Миндалины выступают за край дужек на ½. Аппетит не снижен, диспептических расстройств на момент курации нет.

Живот: округлой формы, участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует.

Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Грыж не обнаружено. Пальпация в точках Мак Бурнея, Боаса, Опенховского безболезненна. Симптомы Мюсси, Ортнера отрицательны.

Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско:

сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области: эластичная, мягкая, умеренно смещаема; поверхность ее гладкая, безболезненная; остальные отделы толстого кишечника не пальпируются.

Поджелудочная железа, тонкая кишка и мезентериальные лимфатические узлы не пальпируются.

Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, острый, мягкоэластичный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется.

Размеры печени по Курлову:

правый - 10 см,

срединный - 9 см,

косой - 8 см.

Селезенка не пальпируется.

Анус без патологических изменений. Стул регулярный, оформленный.

Мочевыделительная система:

Частота мочеиспусканий-4-5 раз в сутки, цвет мочи светло-желтый. При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров и выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно почки не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не выявляется.

***Нервная система и органы чувств:***

Деформация ушных раковин. Интеллект и эмоции не соответствуют возрасту. Гиперестезия кожи и светобоязнь отсутствуют.

Глазные щели одинаковой ширины. Зрачки содружественно реагируют на свет. Физиологические рефлексы: сухожильные с рук и ног, кожные сохранены, живые.

Патологические рефлексы не определяются. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний), симптом Бабинского отсутствуют. Пальценосовая и пяточноколенная пробы сохранены. Походка уверенная.

Эндокринная система:

Пропорции туловища и конечностей не соответствуют возрасту.

Половые органы сформированы по женскому типу, соответствуют возрасту. Степень развития вторичных половых признаков: Р1Ах2Ма3Ме0. Экзофтальм и другие глазные симптомы отсутствуют. Щитовидная железа не пальпируется. В позе Ромберга устойчива.

Заключение по результатам объективного исследования:

1. У обследуемого ребенка нормальное физическое развитие при низком росте, дисгармоничное, не соответствует возрасту.
2. Нервно-психическое развитие не соответствует возрасту.
3. Выявленные патологические симптомы:

* влажность кожных покровов снижена, кожа с экскориациями и явлениями лихенификации.

Общее предварительное заключение:

На основании жалоб при поступлении на:

высыпания в области локтевых сгибов, шеи, дорзальной поверхности рук, покраснение и зуд кожных покровов. Шелушение и гиперемию в области высыпаний. Сухость кожных покровов.

На основании жалоб на момент курации на:

зуд и сухость кожных покровов.

На основании анамнеза заболевания:

Заболевание началось с 4-х летнего возраста. Появились высыпания на сгибательных поверхностях конечностей (в локтевых и подколенных ямках), на тыле кистей, на шее, связанные с употреблением цитрусовых. Беспокоил сильный зуд кожных покровов. Участковым педиатром была направлена к аллергологу, где был поставлен диагноз "Атопический дерматит". Сведения о лечении скудные. По поводу данного заболевания больше никуда не обращалась.

В августе 2014г. заметила высыпания в области локтевых сгибов, на шее, зуд и шелушение кожных покровов. Самостоятельно смазывала поражённые участки кожи детским кремом.

В феврале 2015г. направлена аллергологом в ДКБ №1 специализированное отделение для планового обследования, уточнения диагноза и выбора тактики лечения.

. Течение заболевания хроническое.

На основании анамнеза жизни:

. - Акушерский анамнез отягощён: течение первой половины беременности сопровождалось: токсикозом, высыпаниями в виде пятен в верхней половине туловища, зудом и расчёсами (самостоятельно принимала антигистаминные препараты), анемией III степени, молочницей, лейкоцитурией. Во втором триместре беременности перенесла ОРВИ, в стационаре не лечилась. Женскую консультацию посещала не регулярно. Во время беременности употребляла алкоголь в больших количествах, курила.

Роды в срок 37 недель. Масса ребенка при рождении 2250 г, рост-46 см. По таблице Дементьевой, Короткой оценена как ЗВУР по гипотрофическому типу.

Ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание;

Неблагоприятный аллергологический анамнез: на 14-й день жизни при патронаже была выявлена мелкоточечная сыпь аллергического характера в области щёк. Мать не соблюдала диету.

Физическое развитие на первом году жизни - нанизм с дефицитом массы II степени, резко дисгармоничное. Отставание в моторном развитии на первом году жизни. Отставание в психоэмоциональном развитии на первом году жизни.

В раннем периоде новорождённости отмечалось: тремор конечностей, мацерация стоп и кистей.

. Факторы, предрасполагающие к аллергическим заболеваниям: отягощенный акушерский анамнез, ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание, неблагоприятный аллергологический анамнез, несоблюдение гипоаллергенного быта.

1. Все вышеперечисленные факторы неблагоприятным образом повлияли на развитие и течение настоящего заболевания, а также на состояние иммунитета ребенка.

Предполагается диагноз:

***Основной:*** Атопический дерматит, подростковая форма, распространённый, средней степени тяжести, период обострения.

***Осложнения:*** нет.

***Сопутствующий:*** синдром Шерешевского-Тернера

**План дополнительного обследования.**

1. Общий анализ крови.

Возможно наличие эозинофилии, повышенного СОЭ.

. Биохимическое исследование крови на общий белок, протеинограмма, билирубин, креатинин, мочевину, АЛТ, АСТ, щелочную фосфатазу, амилазу, тимоловую пробу, β-липопротеиды, электролиты, СРБ Для исследования состояния функции ЖКТ.

. Общий анализ мочи.

Ожидаемый результат - норма.

. Анализ кала на яйца глистов, цисты лямблий. Коагулограмма.

. Аллергологическое обследование-кожные скарификационные пробы.

Возможна положительная реакция на некоторые бытовые и пыльцевые аллергены.

. Консультация ЛОР-врача.

. Консультация стоматолога.

. Консультация гинеколога.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Общий клинический анализ крови (25.02.2015г.):

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4,02 · 1012/л |
| Гемоглобин | 138 г/ л |
| Гематокрит | 48% |
| Лейкоциты | 8,6 · 109/л |
| Эозинофилы | 1% |
| Нейтрофилы Сегментоядерные | 63 % |
| Лимфоциты |  |
| Моноциты |  |
| СОЭ | 11 мм/ ч. |
| Реакция на сифилис экспресс-методом | Отрицательная |

Заключение: норма.

Общий анализ мочи (25.02.2015 г.):

|  |  |
| --- | --- |
| Общее количество100 мл |  |
| Цвет | светло-желтый |
| Реакция | рН 5,5 |
| Удельный вес | 1025 |
| Прозрачность | Полная |
| Белок | Нет |
| Сахар | Нет |
| Плоский эпителий | 8-10 в п/зр |
| Лейкоциты | 1-2 в п/зр |
| Слизь | в незначительном кол-ве |

Заключение: незначительное увеличение количества плоского эпителия.

Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий от 25.02.15:

отрицательный.

Биохимическое исследование крови от 25.02.2015г.

|  |  |
| --- | --- |
| Общий билирубин | 20,4 мкмоль/л |
| АЛТ | 29 ед/л |
| АСТ | 40 ед/л |
| Амилаза | 161 ед/л |
| Холестерин | 241 мг/дл |
| Мочевина | 7,5 ммоль/л |
| Креатинин | 0,13 ммоль/л |
| Общий белок | 69г/л |
| Калий | 4,5 ммоль/л |
| МНО | 1,55 |
| АЧТВ | 35 сек |

Заключение: гиперхолестеринемия (холестерин 241 мг/дл).

ЭКГ от 25.02.2015г. заключение: синусовый ритм, ЧСС 72 удара в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии ЛЖ.

Дифференциальный диагноз:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | Атопический дерматит | Контактный дерматит | Чесотка | Псориаз |
| Основной морфологический элемент | Лихеноидные папулы, везикулы, экскориации, геморрагические корочки | Везикулы, пятна, экскориации | Папулы, экскориации, геморрагические корочки | Папулы, бляшки, экскориации |
| Размер элементов сыпи | Милиарные | Милиарные | Милиарные | От лентикулярных до бляшек |
| Хроническое течение | Есть | Нет | Нет | Есть |
| Зуд | Умеренный, в стадии обострения | Сильный или умеренный, постоянный | Сильный, постоянный, больше к вечеру | Умеренный, в прогрессирующей стадии |
| Излюбленная локализация | Локтевые сгибы, вокруг запястий и на тыле кистей, лицо-периорбитальная и периоральная области, шея-область декольте | Руки-кисти, запястья, лицо-место контакта с раздражителем | Межпальцевые промежутки на кистях, живот, паховые складки | Разгибательная поверхность конечностей, особенно коленных и локтевых суставов, волосистая часть головы |
| Цвет элементов сыпи | Блестящие | Обычного цвета | Обычного цвета | Розово-красные |
| Распространенность сыпи | Локальная | Локальная | Диссеминированная | Диссеминированная |
| Сезонность | Свойственна при пыльцевой сенсибилизации | Не свойственна | Не свойственна | Свойственна, чаще весной и осенью |
| Наследственная отягощенность | Есть | Нет | Нет | Есть |
| Склонность к атопии | Есть | Нет | Нет | Нет |
| Наличие в анамнезе ЭКД или диффузного нейродермита | Часто | Не бывает | Не бывает | Не бывает |

***Итоговое заключение:***

С учетом обоснованного предварительного заключения, а также результатов дополнительных методов исследования: Биохимическое исследование крови от 25.02.2015г. - заключение: гиперхолестеринемия (холестерин 241 мг/дл).

ЭКГ от 25.02.2015г. заключение: синусовый ритм, ЧСС 72 удара в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии ЛЖ.

дифференциальной диагностики с контактным дерматитом, чесоткой, псориазом

выставляю клинический диагноз:

***основной*** Атопический дерматит, подростковая форма, распространённый, средней степени тяжести, период обострения.

***осложнения:*** нет.

***сопутствующие:*** синдром Шерешевского-Тернера

Врачебное обоснование диагноза (построчное)

1. Атопический: положительный "атопический" анамнез: отягощенный акушерский анамнез: течение первой половины беременности сопровождалось: токсикозом, высыпания в виде пятен в верхней половине туловища, зуд и расчёсы.
2. Атопический дерматит: хроническое аллергическое воспаление кожи у ребенка с генетической предрасположенностью к атопии, характеризующееся экссудативными и лихеноидными высыпаниями на коже, а также гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.
3. Подростковая форма: развивается у детей старше 12 лет; кожа гиперемированна, отечна, наличие микровезикул, мокнутия, экскориаций и геморрагических корочек; излюбленная локализация - Локтевые сгибы, вокруг запястий и на тыле кистей, лицо-периорбитальная и периоральная области, шея-область декольте.
4. Распространённый: площадь поражения составляет от 10 до 50% кожного покрова (высыпания в области локтевых сгибов, шеи, дорзальной поверхности рук, покраснение и зуд кожных покровов. Шелушение и гиперемию в области высыпаний. Сухость кожных покровов.)
5. Средней степени тяжести: влажность кожных покровов снижена; кожные покровы ладоней с экскориациями и явлениями лихенификации.
6. Период обострения: высыпания в области локтевых сгибов, шеи, дорзальной поверхности рук, покраснение и зуд кожных покровов. Шелушение и гиперемию в области высыпаний. Сухость кожных покровов, при обследовании у ребенка влажность кожных покровов снижена; кожа на ладонях с экскориациями и явлениями лихенификации.

7. Синдром Шерешевского-Тернера.

***Лечение атопического дерматита.***

1. Устранение причинных факторов, вызывающих обострение (аллергенных и неаллеогенных).

2. Наружная противовоспалительная терапия, в том числе ГКС - первая линия терапии, ингибиторы кальциневрина - вторая линия терапии.

. Лечебно-косметический уход за кожей - постоянное увлажнение и смягчение.

. Применяют системную фармакотерапию (антигистаминные препараты, мембраностабилизаторы), аллергенспецифическую иммунотерапию, проводят коррекцию психонейровегетативных нарушений, фототерапию, образование больных и их родственников, реабилитацию и профилактику.

. Элиминационная диета.

. Контроль окружающей среды.

. Устранение контактных аллергенов.

. Сохранение исключительно грудного вскармливания (4-6 мес.)

. Гипоаллергенная диета кормящей: элиминация продуктов с высокой сенсибилизационной активностью. Молочные продукты даются в виде кисломолочных напитков, сметаны и некоторых сортов сыра.

. Прикормы: не ранее 5-6 мес. Порядок введения продуктов как у здорового. Расширение питания при стабильном состоянии. Продукты вводятся по одному с 4-5 дневной апробацией. Выбор первого прикорма зависит от особенностей ребёнка.

. Первые каши: безмолочные, безглютеновые.

. Овощи первого выбора: монокомпонентные, гипоаллеогенные.

. Фрукты первого выбора: монокомпонентные, данного региона.

. Мясо первого выбора: гипоаллергенные сорта, без субпродуктов.

. Предварительная обработка продуктов: вымачивание мелко нарезанного очищенного картофеля 12-14ч. Овощей и круп 1-2ч. Пища готовится на пару, отваривается или запекается, мясо подвергается двойному вывариванию.

. Контроль окружающей среды: оптимальная температура в помещении 21-23°С, влажность 40%. Одежда из хлопка. Исключить физическую нагрузку, плавание. Для стирки применять стиральные средства, не содержащие отбеливателей, использовать двойной цикл полоскания. При пребывании на солнце применять солнцезащитные препараты.

. Гиперчувствительность к домашней пыли: специальные конверты для подушки. Ежедневная стирка постельного белья в горячей воде или кипячение. Исключить в квартире коллекторов пыли. Применение акарицидов для обработки ковров и мебели.

. Сенсибилизация к плесневым грибам: использование в ванной комнате растворов, предупреждающих рост плесени. Использование вытяжки на кухне. Широкая аэрация помещения.

. Эпидермальная сенсибилизация: не носить одежду на основе шерсти и меха. Исключить животных в квартире и контакт с животными вне дома.

. Очищение кожи и купание: ежедневное купание 15-20 минут, в дехлорированной воде, не использовать мочалки и не растирать кожу (температура 35-37°С), добавлять в воду специальные гели-кремы для ванны. После купания кожу промокнуть полотенцем, не вытирая её досуха. Использование увлажняющих и смягчающих средств (космецевтиков).

. Противовоспалительные средства: ГКС для наружного и системного применения, Пимекролимус, антибиотики, противогрибковые средства, "традиционные" наружные средства комбинированного действия.

1. Медикаментозная терапия:

1). Системные средства - блокаторы Н1-гистаминных рецепторов:

антигистаминные препараты:

I поколение - фенкарол, тавегил, перитол;

II поколение - зиртек, кларитин, астемизол, терфинадин;

мембраностабилизаторы - стабилизируют мембраны клеток Лангерганса: кетотифен, интал (особенно при пищевой аллергии). Курс 1 мес.;

препараты, улучшающие пищеварение: фестал, мезим форте, панкреатин, хилак-форте, бифиформ. Курс 2-4 нед.;

энтеросорбенты: активированный уголь, полифепан;

витаминотерапия: особенно витамины группы В (В6, В15);

препараты, воздействующие на ЦНС (седативные): экстракт валерианы, бромид натрия. При сильном кожном зуде - на ночь можно элениум, реланиум;

санация очагов хронической инфекции.

). Местные препараты:

мази с глюкокортикоидными гормонами - снижают уровень гистамина в очаге воспаления, снижают чувствительность нервных окончаний к гистамину, снижают синтез медиаторов воспаления (лейкотриенов, простагландинов), снижают отек:

I класс - слабые: мази гидрокортизона;

II класс - средние: дерматол, бьетновейт;

III класс - сильные: белодерм, флуцинар, локоид, адвантан;

IV класс - очень сильные: дермовейт.

Назначают в острую фазу, лучше короткими курсами с перерывами;

ежедневное купание (кипяченая вода) по 20 мин. за 1 час до сна;

влажные компрессы на область поражения;

при ярко выраженном экссудативном процессе - пантотенат кальция (при красном дермографизме);

для улучшения микроциркуляции: сапропель, аппликации озокерита, мази с витамином А, солкосерил.

***Лечение данного больного:***

Стол №15.

1. Диетотерапия: неспецифическая гипоаллергенная диета. Из мясных продуктов - говядина, нежирная свинина. Можно кефир, творог. Из круп предпочтительнее рис, греча, кукуруза, геркулес, перловая крупа. Из овощей рекомендуются картофель, кабачки, капуста, салат. Из фруктов лучше зеленые и белые яблоки (антоновка), груши, сливы, из ягод - белая смородина, белая черешня, крыжовник, брусника, клюква. Очень полезно использование оливкового масла, а также серый пшеничный хлеб. Необходимо исключить продукты с пищевыми добавками, эмульгаторами.

. Контроль за окружающей средой жилища.

. Медикаментозная терапия:

Системные препараты:

Противоаллергические средства - механизм действия связан со стабилизацией мембран тучных клеток и уменьшением высвобождения из них гистамина, лейкотриенов и других биологически активных веществ. Подавляет вызываемое фактором активации тромбоцитов накопление эозинофилов в дыхательных путях. Предупреждает приступы бронхиальной астмы, некоторые другие проявления аллергических реакций немедленного типа. Блокирует гистаминовые H1-рецепторы.

Rp.: Tab. Klaritini 0,01 N14

D. S.: По 1 таблетке 2 р/д.

Rp.: Tab. Ketotifeni 0,001 N60

D. S.: По 1 таблетке 2 р/д.

Rp.: Tab. Cinnarizini 0,025 N10

D. S.: По 1 таб.2 р/д.

Препараты для местного применения:

Rp.: Sol. Aethacridini lactatis spirituosae 0,1% -50 ml

D. S.: Для смазывания пораженных участков на кистях.

Rp.: Ung. "Triderm" 15,0

D. S.: Смазывать кисти после обработки риванолом

р/д. утром и вечером.

Rp.: Ung. Ichthyoli 10 % -25,0

D. S.: Смазывать пораженные участки кожи 3 р/д.

Rp.: Sol. Acidi salicylici 1% -100 ml

D. S.: Для протирания ладоней.

Седативные средства: в целях восстановления функционального состояния центральной нервной системы - настойка валерьяны Rp.: Tinc. Valerianae 30 ml D. S. По 20 капель 3 раза в день.

***Дневник курации:***

**27.02.2015 г.** Активных жалоб нет. Кожа бледно-розовой окраски, эластичность сохранена, влажность снижена; кожные покровы с экскориациями и явлениями лихенификации. Состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Температура тела 36,6оС. Ps 72/мин. Над обоими легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень не увеличена, безболезненна. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Эпикриз:

Дата рождения: 29.08.1998г. Возраст 16 лет. Поступила поступила в аллергологическое отделение ДКБ №1 24.02.2015г. для планового обследования, уточнения диагноза и выбора тактики лечения с диагнозом: Основной: Атопический дерматит, подростковая форма, период обострения. Осложнения: нет Сопутствующий: синдром Шерешевского-Тернера. В отделении был поставлен диагноз:

основной: Атопический дерматит, подростковая форма, распространённый, средней степени тяжести, период обострения.

Осложнения: нет

Сопутствующий: синдром Шерешевского-Тернера

Диагноз был поставлен на основании:

Жалоб: При поступлении в стационар на: высыпания в области локтевых сгибов, шеи, дорзальной поверхности рук, покраснение и зуд кожных покровов. Шелушение и гиперемию в области высыпаний. Сухость кожных покровов.

На момент курации на: зуд и сухость кожных покровов.

На основании анамнеза заболевания:

. Заболевание началось с 4-х летнего возраста. Появились высыпания на сгибательных поверхностях конечностей (в локтевых и подколенных ямках), на тыле кистей, на шее, связанные с употреблением цитрусовых. Беспокоил сильный зуд кожных покровов. Участковым педиатром была направлена к аллергологу, где был поставлен диагноз "Атопический дерматит". Сведения о лечении скудные. По поводу данного заболевания больше никуда не обращалась.

В августе 2014 г. заметила высыпания в области локтевых сгибов, на шее, зуд и шелушение кожных покровов. Самостоятельно смазывала поражённые участки кожи детским кремом.

В феврале 2015 г. направлена аллергологом в ДКБ №1 специализированное отделение для планового обследования, уточнения диагноза и выбора тактики лечения.

. Течение заболевания хроническое.

На основании анамнеза жизни:

. - Акушерский анамнез отягощён: течение первой половины беременности сопровождалось: токсикозом, высыпаниями в виде пятен в верхней половине туловища, зудом и расчёсами (самостоятельно принимала антигистаминные препараты), анемией III степени, молочницей, лейкоцитурией. Во втором триместре беременности перенесла ОРВИ, в стационаре не лечилась. Женскую консультацию посещала не регулярно. Во время беременности употребляла алкоголь в больших количествах, курила.

Роды в срок 37 недель. Масса ребенка при рождении 2250 г, рост-46 см. По таблице Дементьевой, Короткой оценена как ЗВУР по гипотрофическому типу.

Ранний перевод ребенка на искусственое вскармливание;

Неблагоприятный аллергологический анамнез: на 14-й день жизни при патронаже была выявлена мелкоточечная сыпь аллергического характера в области щёк. Мать не соблюдала диету.

Физическое развитие на первом году жизни - нанизм с дефицитом массы II степени, резко дисгармоничное. Отставание в моторном развитии на первом году жизни. Отставание в психоэмоциональном развитии на первом году жизни.

В раннем периоде новорождённости отмечалось: тремор конечностей, мацерация стоп и кистей.

. Факторы, предрасполагающие к аллергическим заболеваниям: отягощенный акушерский анамнез, ранний перевод ребенка на искусственое вскармливание, неблагоприятный аллергологический анамнез, несоблюдение гипоаллергенного быта.

1. Все вышеперечисленные факторы неблагоприятным образом повлияли на развитие и течение настоящего заболевания, а также на состояние иммунитета ребенка.

Прогноз заболевания:

Неблагоприятный. Атопический дерматит считается хроническим заболеванием. Консультации специалистов по индивидуальному графику. Необходимы периодические курсы базисной терапии.

Прогноз для жизни:

Относительно благоприятный при соблюдении гипоаллергенного режима, избегания инфекций.

атопический дерматит обострение кожный

*Литература*

1. Герасимова О.И., Емеличева Л.Г. Школа атопического дерматита; Ярославль 2001.

2. Педиатрия. Под ред. Дж. Грефа.М., "Практика", 1997.

. Справочник семейного врача: Педиатрия. Под ред. Г.П. Матвейкова. Минск, "Беларусь", 1997.