Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской педиатрии с курсом генетики

История болезни

Хроническая идеопатическая крапивница

Куратор:

Черевичная Ирина Владимировна

Курс 4 Группа 3п

мед. факультет

Заведующая кафедрой:

проф. Недельская С.Н.

Преподаватель: асс. Таран Н.Н.

Запорожье 2015

1. Паспортные данные

ФИО: \*\*\*

Дата рождения: 10.04.1999 г. (16лет)

Место жительства: г. Запорожье Ленинский р-н пр.Ленина 232/74

Образование: ООШ №91 9-В класс

Дата поступления: 22.04.15г

Кем направлен: ПМСД №10

анамнез зуд высыпание крапивница

2. Жалобы

При поступлении больной предъявляет жалобы на высыпания в области живота, спины, верхних и нижних конечностей, шее. Интенсивный зуб и покраснение в области высыпаний. Плохой сон, трудности с засыпанием. Повышенную раздражительность.

. Анамнез жизни

Больной родился и проживает в г. Запорожье. Родился от первой беременности. Беременность протекала без осложнений. Роды в строке 40 недель, путём планового кесарева сечения, без осложнений. Вес при рождении 4100 г. Рост 54 см. Оценка по шкале Апгар-9/10. Закричал сразу, крик громкий. Находился на искусственном вскармливании с момента рождения. В раннем детстве перенес атопический дерматит, ветряную оспу, ОРВИ 3-4 раза в год. Поведение в семье и в коллективе адекватно возрасту, посещает школу с 6 лет. Успеваемость в школе удовлетворительная, учится в 9 классе. В физическом и психическом развитии от сверстников не отстаёт. Семья полная. Проживают в квартире. Условия жизни и питания удовлетворительные. Животных, шерстяной одежды, растений и прочих аллергенов в квартире нет. Производится регулярная влажная уборка помещения. Вредные привычки члены семьи отрицают. Прививки сделаны согласно возрасту.

Аллергологический анамнез: у больного отмечается аллергия на цитрусы, мёд, шоколад, шерсть животных, пыльца растений, укусы насекомых. Аллергию на лекарственные препараты отрицает.

Наследственный анамнез: с 24 лет у матери рецидивирующая крапивница на алкоголь.

. Анамнез болезни

Впервые появились жалобы на зуд и высыпания в 12 лет. После перенесённого стресса заметил покраснение кожи спины и живота, высыпания и интенсивный зуд. Принимал антигистаминные препараты "Эдем", "Лоратадин", после чего высыпания уменьшались. Родители отмечали появление высыпаний на фоне перенесенного стресса, употребление цитрусовых, контакта с шерстью или пыльцой растений. Неоднократно находился на стационарном лечении по поводу крапивницы.

.04.15 поступил на плановое лечение и обследование в аллергологическое отделение с жалобами на сильный зуд и высыпания по всему телу.

. Объективное обследование

Рост 192 см. Вес 77 кг. Состояние больного средней тяжести. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы розового цвета, влажные. На коже живота, спины и конечностей имеются высыпания в виде волдырей, выступающих над поверхностью кожи, четко отграниченны от окружающих тканей, размером 1-2мм красного цвета с более бледным центром, не исчезающие после надавливания, плотные, сопровождаемые зудом. Видимые слизистые розового цвета. Подкожная клетчатка слабо развита. Язык обложен белым налетом, рыхлый, влажный.

Костно-мышечная система. Степень развития мышечной системы умеренная, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма грудной клетки цилиндрическая.

Лимфатическая система: шейные лимфатические узлы, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями. Затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Сердечнососудистая система. Пульс 68 удара в минуту, симметричный, ритмичный, напряжен, удовлетворительного наполнения,. АД 120/70 мм.рт.ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок определяется в пятом межреберье, на 1-1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, разлитой, резистентный. Надчревная пульсация не наблюдается.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | Верхний край третьего ребра слева |
| левая | на 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | левый край грудины в 4 межреберье |
| верхняя | на 4 ребре слева |
| левая | на 1см кнутри от границы относительной тупости сердца |

Поперечный размер сосудистого пучка (на уровне второго межреберья) составляет 6 см.

Аускультация сердца: тоны сердца ясные. ЧСС = 68 в минуту.

Вены нижних конечностей не изменены.

Система органов дыхания. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса, афонии, кашля нет.

Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание ощущается примерно с одинаковой силой над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над симметричными участками легких определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

### Топографическая перкуссия легких: определение нижних границ легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | 5 межреберье | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 4 см выше уровня ключицы, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига справа и слева 6 см.

Подвижность нижних краев легких (суммарная) (см):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. medioclavicularis | 7 | - |
| L. axillaris media | 8 | 7 |
| L. scapularis | 6 | 6 |

Аускультация легких: дыхание жесткое. Хрипов нет. Бронхофония не изменена.

Пищеварительная система: Язык влажный, чистый. Слизистая ротовой полости розового цвета, зерниста на задней стенке. Живот нормальной формы и размера. Равномерно участвует в акте дыхания. Не вздут. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины (С-мы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского) отрицательны; свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезёнка, желчный пузырь не пальпируются. Пальпация в точке желчного пузыря безболезненная. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи отрицательные. Перистальтика удовлетворительная, газы отходят. Стул регулярный 1 раз в сутки, оформленый.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 11 см

по правой окологрудинной линии - 10 см

по правой реберной дуге - 7 см

Система мочеотделения: При осмотре области почек патологических изменений не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, 4-5 раз в сутки. Почки не пальпируются.

Эндокринная система: Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна, эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Нервно-психический статус: Больной правильно ориентирован в пространстве, времени. Контактен, правильно отвечает на вопросы. Бессонница, тяжело засыпает. Поведение адекватное. Наблюдается повышенное психомоторное возбуждение.

6. Предварительный диагноз

На основании жалоб больного на высыпания и зуд по всему телу, бессонницу и раздражительность.

На основании анамнеза жизни: искусственное вскармливание с момента рождения, перенесенный атопический дерматит на 1ом году жизни, аллергию на цитрусы, шоколад, шерсть, пыльцу растений, укусы насекомых.

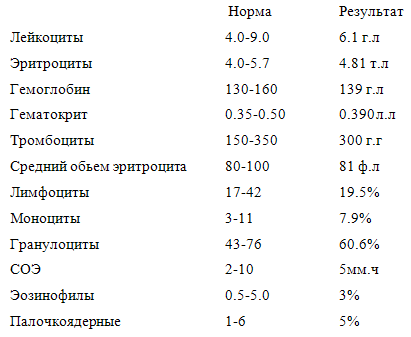
На основании анамнеза болезни: болеет с 12 лет, высыпания появляются после стрессовых ситуаций и контакта с аллергеном. Симптоматика регрессирует после приёма антигистаминных препаратов.

На основании объективного обследования: наличие на коже живота, спины и конечностей высыпаний в виде волдырей, выступающих над поверхностью кожи, четко отграниченных от окружающих тканей, размером 1-2 мм красного цвета с более бледным центром, не исчезающих после надавливания, плотные, сопровождаемые зудом. Бессонница, повышенная раздражительность.

Можно поставить предварительный диагноз: Хроническая рецидивирующая идиопатическая крапивница. Поливалентная аллергия.

. План обследования

. Общий анализ крови



Значения в пределах нормы

. Общий анализ мочи

Количество: 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1020 г.л.

Реакция рН: слабощелочная

Белок: не обнаружен

Глюкоза: не обнаружено

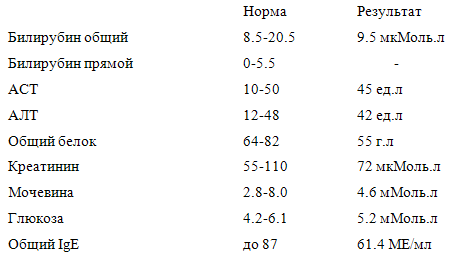
Лейкоциты: 2-3 в п.з.

Эритроциты: не обнаружено

Цилиндры: не обнаружено

Полученные результаты соответствуют норме

. Биохимический анализ крови



Результаты биохимического исследования крови в пределах нормы.

. Соскоб на яйца гельминтов

Яйца гельминтов не обнаружены.

. Копрологическое исследование

Форма: оформленный

Цвет: коричневый

Консистенция: плотная

Слизь: отсутствует

Мыш. волокна переваренные: в незначительном количестве

Мыш. Волокна непереваренные: отс.

Жирные кислоты: в значительном количестве

Лейкоциты: 2-3 в п.з.

Эритроциты: отс.

. Аллергопробы

Гистамин: 5мин

Тест-контроль: 3мин

Лидокаин: 5 мин

Ультракаин ДС: отриц.

. УЗИ органов брюшной полости

Желчный пузырь обьемом 5мл. Стенка не изменена. Желчные протоки не расширены. Ткань печени эхогенно не изменена. Воротная и нижняя полая вены не расширены. Печеночные вены не изменены. В желудке натощак жидкость не визуализируется. Селезёнка и поджелудочная железа не увеличены. Обычной эхогенности.

. Реоэнцефалография

Обьемное пульсовое кровенаполнение передних отделов ГМ незначительно снижено.

Обьемное пульсовое кровенаполнение задних отделов ГМ умеренно повышено.

Тонус крупных сосудов во всех бассейнах ГМ умеренно снижен.

Тонус сосудов среднего и малого калибра в бассейне левой позвоночной артерии незначительно снижен, левой внутренней сонной артерии незначительно повышен.

Переферическое сопротивление сосудов в бассейне левой ВСА незначительно повышено.

. ЭХО ЭГжел - 6.0мл

М-ЭХО - не отклонено

Внутричерепной гипертензии не выявлено.

. Дифференциальный диагноз

Хроническая крапивница и уртикарный васкулит.

При уртикарном васкулите, как и при крапивнице наблюдается сыпь на коже в виде волдырей узелков разного размера с разной локализацией. Отмечается зуд и покраснение. Уртикарный васкулит - это воспаление стенок мелких сосудов, а также кожных капилляров, на которое указывают симптомы в виде периодических высыпаний на поверхности кожи. Сыпь имеет узелковую структуру или представляет собой волдыри. Причиной данной патологии почти во всех случаях является аллергия. Отличительные особенности волдырей при подозрении на васкулит - ярко выраженная пурпура (синдром, наблюдающийся при патологии гемостаза) и уплотнения.

При васкулите сыпь сохраняется дольше чем при крапивнице(до 4-5суток). В отличие от обычной крапивницы, при уртикарном васкулите элементы сыпи, помимо зуда, часто сопровождаются умеренными болями, жжением, болезненностью при пальпации.

Хроническая крапивница и герпетиформный дерматит Дюринга

Герпетиформный дерматит Дюринга - хроническое заболевание кожи, отличающееся истинным полиморфизмом сыпи и сильным зудом. Заболевание имеет хроническое течение, прерывается ремиссиями продолжительностью от 3 месяцев до 1 года и более.

Начало постепенное. Кожным высыпаниям могут предшествовать симптомы общего недомогания, зуд. Характерен истинный полиморфизм сыпи, обусловленный сочетанием эритематозных пятен, уртикаро-подобных эффлоресценций, папул и везикул, к которым могут присоединяться пузыри и редко пустулы. Высыпания, группируясь, напоминают высыпания герпеса <http://www.dermatolog4you.ru/stat/lvov/gerpes\_prostoj\_lvov.html> и симметрично располагаются на коже туловища и конечностей. Пузыри отличаются достаточно плотной покрышкой и прозрачным содержимым. При подсыхании содержимого везикул и пузырей образуются корочки, а при их вскрытии, что происходит чаще всего под влиянием расчесов, обнажаются эрозии. Субъективно отмечается сильный зуд. Наиболее типичное расположение дерматита Дюринга: локти, разгибательные поверхности предплечий, в 1/3 случаев элементы возникают на лице и шее, реже поражаются ягодицы, колени, крестец, затылок. У данного больного локализация не характерна для дерматита Дюринга. Постановка диагноза осуществляется врачом-дерматологом с помощью лабораторных и инструментальных методов:

· При исследовании функций щитовидной железы в 30% всех случаев выявляют различные нарушения.

· Проба с йодом: на предплечье под компрессом на 24 часа накладывают мазь с 50% йодидом калия. При положительной пробе на месте наложения мази появляются покраснение и высыпания.

· Прямая иммунофлюоресценция выявляет скопление фиксированных иммуноглобулинов A.

У данного больного не отмечается данных изменений, а присутствуют характерные для крапивницы проявления.

9. Окончательный диагноз

На основании жалоб больного на высыпания и зуд по всему телу, бессонницу и раздражительность.

На основании анамнеза жизни: искусственное вскармливание с момента рождения, перенесенный атопический дерматит на 1ом году жизни, аллергию на цитрусы, шоколад, шерсть, пыльцу растений, укусы насекомых.

На основании анамнеза болезни: болеет с 12 лет, высыпания появляются после стрессовых ситуаций и контакта с аллергеном. Симптоматика регрессирует после приёма антигистаминных препаратов.

На основании обьективного обследования: наличие на коже живота, спины и конечностей высыпаний в виде волдырей, выступающих над поверхностью кожи, четко отграниченных от окружающих тканей, размером 1-2 мм красного цвета с более бледным центром, не исчезающих после надавливания, плотные, сопровождаемые зудом. Бессонница, повышенная раздражительность.

На основании лабораторных и инструментальных исследований:

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, копрологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, реоэнцефалография.

На основании дифференциальной диагностики, проведённой с уртикарным васкулитом и герпетиформным дерматитом Дюринга.

Можно установить следующий окончательный диагноз: Хроническая идеопатическая крапивница.

. Лечение

Ключевые особенности лечения:

· терапия выявленной причины крапивницы (если это возможно);

· прекращение/уменьшение контакта с провоцирующими факторами;

· объяснение пациенту особенностей течения, диагностики и лечения заболевания (устно и в виде памяток);

· подход для облегчения симптомов;

· пробное назначение Н1-БГ II поколения; увеличение дневной дозы при необходимости;

· применение препаратов второй и третьей линий у пациентов с тяжелым и устойчивым к лечению заболеванием, включая иммуносупрессивные и иммуномодулирующие.

Другое важное направление терапии - это применение препаратов для симптоматического лечения с целью уменьшить выраженность кожных высыпаний/зуда/АО и предотвратить их повторное появление.

В качестве местного лечения можно использовать охлаждающие лосьоны (например, 1% крем ментола на водной основе, лосьон каламина и 10% лосьон кротамитона), особенно в местах выраженного зуда. Нужно иметь в виду, что спиртсодержащие лосьоны при нанесении в местах поврежденной или экзематозной кожи могут усиливать обострение заболевания. Широко используются антигистаминные крема и гели (например, диметинден), но их фармакологическую эффективность ограничивает слабая кожная абсорбция. Топические ГКС практически не применяются в рутинной клинической практике для терапии хронической крапивницы, но в отдельных исследованиях было показано, что при их регулярном нанесении на локальные области кожи снижается выраженность уртикарного ответа на давление. Возможно, это связано с уменьшением количества тучных клеток в этих местах [23, 24].

Согласно рекомендациям Всемирной организации по аллергии (World Allergy Organization; WAO), во всех случаях крапивницы следует начинать терапию с неседативных антигистаминных препаратов II поколения (препараты первого выбора). Только если они недоступны или неэффективны в максимальных дозах, возможно применение седативных Н1-БГ [25], которое ограничено частыми побочными эффектами, в частности седативным и антихолинергическим. У большинства пациентов назначение антигистаминных препаратов II поколения позволяет контролировать заболевание [26], тем не менее добавление Н1-БГ I поколения на ночь логично и допускается, если пациента беспокоит выраженный ночной зуд и связанная с ним бессонница.

. План лечения

1. Диета, стол №15, палатный режим.

. Местно 1% крем ментола на водной основе для устранения зуда.

. Блокатор Н1 гистаминовых рецепторов II поколения.: Tab. Loratadini 0.01 №10.S по 1 таблетке 1 раз в день в течении 10 дней

. Десенсебилизирующая терапия: Sol. Natrii thiosulfas 30% 5мл.t.d №10. по 5мл внутривенно

. Седативная терапия: Tab. Glycini 0.1 №50.S. по 1 таб 3р в день под язык

. Иммуносупрессивная терапия: Tab. Azathioprini 0.01 №10.S. по 1мг в сутки

. Дневник наблюдений

Дата:

.04.15

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. t 36.6 АД 120/80мм.рт.ст ЧДД 18 пульс 78. Предьявлеят жалобы на зуд в области высыпаний, бессонницу. Стул и диурез регулярный, газы отходят. Выраженных дыхательных и гемодинамических расстройств нет.

Назначения: Rp: Tab. Loratadini 0.01 №10.S по 1 таблетке 1 раз в день в течении 10 дней: Tab. Glycini 0.1 №50.S. по 1 таб 3р в день под язык

27.04.15

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. t 36.8 АД 110/80мм.рт.ст ЧДД 16 пульс 72

Предьявляет жалобы на покраснения на коже, бессонницу.

Назначения: Rp: Tab. Glycini 0.1 №50.S. по 1 таб 3р в день под язык: Tab. Loratadini 0.01 №10.S по 1 таблетке 1 раз в день в течении 10 дней

. Эпикриз

Больной, \*\*\* (16 лет). Поступил в аллергологическое отделение 22.04.15 г.

Установлен диагноз хроническая идеопатическая крапивница.

В результате проведённого лечения наступило улучшение состояния, симптоматика регрессировала. Больной выписан из стационара 5.05.15 г. с улучшение состояния.

Рекомендации: диетическое питание (гипоаллергенная диета стол №15), ведение пищевого дневника, избегание сильных физических нагрузок и психических стрессов, гипоаллергенный быт, избегание инфекций, физических факторов и химических веществ, ограничение приема лекарственных препаратов таких как: антибиотики, сульфаниламиды, витамины, белковые препараты и т.д., предупреждение укусов насекомых. Консультация аллерголога раз в пол года.

Прогноз жизни и трудоспособности благоприятный при соблюдении рекомендаций.

Список литературы

1. Справочник практического врача - под редакцией Ю.Е. Вельтищев Комаров, Навашин.

. "Внутренняя медицина " - руководство для врачей под редакцией Б.И. Шулутко.

. Лекции по внутренним болезням.

. "Внутренние болезни" - учебник под редакцией Рябова, Алмазова Шляхто.