I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:

 Ф.И.О. ребенка: x

 Возраст: 4 месяца.

 Дата и год рождения: 27 декабря 1997 года.

 Адрес постоянного места жительства: г.Иваново,

 Дата и время поступления в клинику: 15 апреля 1998 г., 12 ч 40 мин.

 Каким учреждением направлен: 7-я Поликлиника.

 Диагноз при направлении: перинатальная энцефалопатия, травма шейного

 отдела, атопический дерматит.

 Диагноз клинический: аллергический дерматит, распространенная форма.

 Перинатальная постгипоксическая энцефалопатия.

 Гипертензионный синдром. Натальная травма

 шейного отдела.

 II. АНАМНЕЗ:

 Анамнез заболевания ( Anamnesis Morbi ):

 При поступлении жалобы на кожные высыпания, зуд.

 У ребенка с 1,5 месяцев появились высыпания на теле в связи с

 погрешностями в диете матери. Получал фенкарол, тавегил. В

 феврале 1998 года находился на обследовании и лечился в клинике

 "Мать и дитя" с диагнозом: перинатальная энцефалопатия.

 Последнее обострение наблюдалось около 3-х недель назад: появилась

 сыпь на теле, мокнутие на лице. Проводилось лечение тавегилом.

 Отмечено улучшение.

 До момента курации ребенок получал следующее лечение: фенкарол,

 тавегил, димедрол с анестезином на кожу, активированный уголь,

 нистатин, обработка участков мокнутия раствором бриллиантовой

 зелени, сермион, полимиксин, HCL с пепсином, спиртовой раствор

 на мышцы спины.

 Анамнез жизни ( Anamnesis Vitae ):

 1) Антенатальный период.

 Ребенок от первой беременности, первых родов.

 Беременность протекала на фоне анемии I-II степени,

 Сведений о угрозе выкидыша, питании беременной, профессиональных

 вредностях, мерах профилактики рахита нет. Экстрагенитальной патологии

 у матери не отмечается.

 Течение родов патологическое, роды в срок 40 недель. Оперативные

 вмешательства в родах: кесарево сечение, в связи с дискоординацией

 родовой деятельности. Сведений по характеру околоплодных вод

 и оценке новорожденного по шкале Апгар нет.

 Заключение о развитии ребенка в антенатальном периоде: фактором риска

 и причиной травмы шейного отдела может являться патологическое течение

 беременности.

 2) Период новорожденности.

 Родился доношенным, масса при рождении 4370 г, длина при рождении 57

 см. Не закричал - асфиксия. Меры оживления: реанимационные мероприятия.

 Уродства: натальная травма шейного отдела.

 Остаток пуповины отпал на 3 сутки, пупочная рана зажила на 5 день. Был

 приложен к груди через 5 суток.

 Срок пребывания в родильном доме - 10 дней. Масса при выписке 4350 г.

 Поставлен диагноз 'перинатальная энцефалопатия, натальная травма

 шейного отдела'.

 Заключение о развитии ребенка в период новорожденности: массо-ростовой

 коэффициент = 76,7 - норма.

 3) Вскармливание ребенка.

 Вскармливание грудью по часам на момент курации. Прикорм не вводился.

 Ребенка переводили на смешанное вскармливание (смесь "Соя - Nestle"),

 но это привело к развитию постоянных запоров. Смесь отменили.

 Режим питания - 7 раз в день через 3 часа с ночным перерывом 6 часов.

 4) Сведения о динамике физического и психомоторного развития.

 Держит голову с 2 мес, плохо. Не сидит, не стоит. Витамин D не

 получал. Развитие речи: гуление около 2 мес.

 Рост в настоящее время 64 см (норма), масса - 6550 г (норма).

 Рост 64 см 4 "коридор"

 Масса 6550 г 4 "коридор"

 Окружность груди 43 см 5 "коридор" Окружность головы 43 см.

 Сумма коридоров - 13, разность - 1.

 ДДУ не посещает. Находится под систематическим наблюдением

 поликлиники.

 Заключение о психомоторном и физическом развитии ребенка:

 нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту,

 физическое развитие гармоничное, мезосомальный тип.

 5) Сведения о профилактических прививках.

 По возрасту ( БЦЖ, полиомиелит ).

 6) Перенесенные заболевания ( эпид. и аллергологический анамнез ).

 Поставлен диагноз 'перинатальная энцефалопатия, натальная травма

 шейного отдела'. В контакте с острыми инфекционными больными не

 состоял. Жидкого стула не было.

 С 1,5 мес - аллергический конституциональный дерматит.

 Аллергологический анамнез: диатез с 2 месяцев, аллерген неизвестен,

 проявляется в виде сыпи на теле.

 Лечение антибиотиками и гормонами не проводилось. Гемотрансфузий

 не было.

 7) Жилищно-бытовые условия.

 Материально-бытовые условия удовлетворительные. Уход за ребенком

 достаточный. Режим ребенка соответствует возрасту. Питание

 регулярное. Поведение ребенка дома - спокойный.

 8) Сведения о семье ребенка.

 Мать - Блинова Лариса Васильевна, 25 лет, работает в центре реабили-

 тации мед.сестрой. Здорова.

 Отец - Блинов Михаил Владимирович, 28 лет, не работает. Здоров.

 Профессиональных вредностей и вредных привычек отца и матери не

 отмечается.

 Наследственность отягощена ( псориаз, нейродермит, бр. астма )

 9) Генеалогическое древо:

 F2 - псориаз бр. астма -

 F3 - нейродермит

 III. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ( Status Praesens ):

 Осмотр в приемном отделении:

 Состояние ребенка средней степени тяжести ( по поражению нервной

 системы ). Вес 6550 г, рост 64 см, окружность головы 43 см,

 окружность грудной клетки 44 см.

 Сознание ясное, активный. Аппетит не нарушен. Сон

 беспокойный. Кожные покровы бледно-розового цвета, на коже волосистой

 части головы себорейные корочки. В области лица, туловища кожа

 сухая. Есть шелушение, папулезная сыпь. В области бедер и голеней

 папулы до 5 см в диаметре, кожа сухая. Лимфатические узлы единичные,

 пальпируются по основным группам. Срыгивает редко, необильно.

 Мышечный тонус в руках снижен, при беспокойстве - тремор рук. При

 опоре на нижние конечности поджимает пальцы. Носовое дыхание

 свободное, в легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные.

 В зеве нарушений нет. Живот доступен осмотру во всех отделах.

 Физиологические отправления в норме. Tемпература 36,4 C, ЧСС 130 в

 минуту, ЧД 35 в минуту.

 Cостояние на момент курации:

 Общее состояние ребенка средней тяжести. Вес 6550 г, рост 64 см,

 окружность головы 43 см, окружность грудной клетки 44 см.

 Кожные покровы бледно-розового цвета, видимые слизистые

 бледно-розового цвета. В верхнем отделе грудной клетки спереди -

 эритема, шелушение. На теле имеются участки мокнутия. Беспокоит

 зуд. На животе, спине, передне-наружной поверхности

 бедер, наружной поверхности плеч - ярко-розовая сливающаяся

 папулезная сыпь, носящая очаговый характер. Папулы слегка сморщены.

 Имеются отдельные участки прорывов практически по всему телу с

 началом перехода на конечности. На кистях средне-мелкое шелушение.

 В носовых ходах корочки. Присутствует шелушение и экскориации.

 На слизистых ротовой полости корочки. Элементы молочницы матери.

 Отмечаются беловатые выделения из-под век. Папулезная сыпь в

 заушных складках. В области слухового прохода - гнейс, слущивающийся

 эпителий. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно,

 кожа собирается в складку. Умеренно контурируются ребра и суставы.

 Тургор тканей нормальный. Мышечная система развита удовлетворительно,

 есть общая мышечная гипотония, двигательная активность несколько

 снижена. Лимфатические узлы без особенностей.

 Голова брахицефалического типа. Размеры большого родничка 2х2 см.

 Края плотные, вовнутрь, отмечается пульсация. Craniotabes, "четки",

 "браслеты" не определяются. Форма суставов не изменена,

 болезненности, припухлостей не отмечается, объем движений сохранен.

 Органы дыхания:

 Охриплости голоса не отмечается. Дыхание через нос несколько

 затруднено, сопящее. Отделяемого нет.

 Грудная клетка нормальная. Число дыхательных движений 38 в мин,

 дыхательная недостаточность не выражена.

 Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки

 нет. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная.

 Перкуторный звук с небольшим коробочным оттенком. При аускультации

 легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

 Органы кровообращения:

 На лучевых артериях пульс синхронный, наполнение в норме, ритмичный.

 Частота пульса 120 ударов в мин. Стенки артерии эластичные.

 При осмотре сердечная область не изменена. Ссердечный толчок не виден.

 Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнаружи от

 левой среднеключичной линии, локализованный, умеренной высоты и силы,

 не резистентный. Кошачье мурлыканье не определяется.

 Границы относительной сердечной тупости:

 Правая - по правому краю грудины.

 Левая - 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

 Верхняя - II ребро по левой окологрудинной линии.

 Границы абсолютной сердечной тупости:

 Правая - по левому краю грудины.

 Левая - по левой среднеключичной линии.

 Верхняя - III ребро по левой окологрудинной линии.

 При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы отсутствуют.

 Органы пищеварения и брюшной полости:

 Аппетит не нарушен. Иногда отмечаются срыгивания.

 Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, имеется умеренная

 гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Имеются корочки.

 Язык чистый, розовый, влажный.

 Зубы еще не прорезались.

 Миндалины в пределах небных дужек, патологических изменений не

 отмечается.

 Живот округлой формы, мягкий, безболезненный, доступен глубокой

 пальпации во всех отделах. Отмечается гипотония мышц передней брюшной

 стенки. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

 Размеры печени по Курлову: 6 см,5 см,5 см. При пальпации - 3 см из-под

 края реберной дуги, безболезненная, поверхность гладкая.

 Селезенка не пальпируется, прекуторно продольный размер - 4 см,

 поперечный - 2 см.

 Мочеполовая система:

 Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча безцветная, без

 патологических примесей, запах - без особенностей.

 Припухлости кожи в поясничной области нет. Болезненности при

 надавливании на поясницу не отмечается. Почки не пальпируются.

 Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые

 органы сформированы по мужскому типу, правильно. Водянка оболочек

 яичек.

 Нервная система:

 Повышенной возбудимости и отрицательных эмоций не наблюдается.

 Сон спокойный. Сухожильные рефлексы несколько снижены.

 В неврологическом статусе - диффузная мышечная гипотония. Голову

 держит плохо, упора на ноги нет. Перинатальная энцефаломиелопатия.

 Синдром двигательных нарушений, первичный восстановительный период.

 Оральные и спинальные сегментарные автоматизмы отсутствуют (имеются

 остаточные явления хватательного рефлекса на верхних конечностях).

 Мезэнцефальные установочные автоматизмы (туловищная выпрямительная

 реакция, рефлексы Ландау) не определяются. Мененгиальных симптомов

 нет. Повышенной потливости нет, дермографизм розовый.

 Органы чувств:

 Состояние зрения, слуха, обоняния, вкуса, кожной чувствительности не

 нарушено.

 Предварительное заключение (диагностическая сводка):

 Аллергический конституциональный дерматит, распространенная форма,

 стадия манифестации. Перинатальная энцефалопатия. Первичный

 восстановительный период. Синдром двигательных нарушений.

 Водянка оболочек яичек. Кандидоз.

 IV. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

 1) Нейросонография: 20/IV/98

 Структуры мозга расположены правильно. Желудочковая система

 расширена за счет боковых рогов. Межполушарная щель - 3,4 мм.

 Очаговых изменений со стороны базальных ганглиев и вещества

 мозга не выявлено.

 2) ЭКГ: 24/IV/98

 Диффузные изменения миокарда. Горизонтальное положение электрической

 оси сердца. Ритм синусовый - 143 сокращения в минуту. Увеличение

 электрической активности левого желудочка.

 3) Общий анализ крови: 16/IV/98

 Эритроциты 3,69 Т/л

 Hb 105 г/л

 ЦП 0,88

 Лейкоциты 8,7 Г/л

 Эозинофилы 17%

 Палочкоядерные 1%

 Сегментоядерные 28%

 Моноциты 5%

 Лимфоциты 49%

 СОЭ 2

 4) Общий анализ крови: 23/IV/98

 Эритроциты 3,69 Т/л

 Hb 111 г/л

 ЦП 0,93

 Лейкоциты 4,5 Г/л

 Эозинофилы 4%

 Палочкоядерные -

 Сегментоядерные 22%

 Моноциты 6%

 Лимфоциты 68%

 СОЭ 2

 5) Общий анализ мочи: 16/IV/98

 Цвет безцветная

 Реакция щелочная

 Уд. вес 1010

 Прозрачность прозрачная

 Белок отрицательный

 Эпител. плоск. ++++

 Лейкоциты 0-0-1 в поле зрения

 Слизь +

 6) Бактериальное исследование фекалий: 20/IV/98

 Патогенная микрофлора кишечника нет

 Общее количество кишечной палочки 2\*10^9

 E-Coli со слабыми фермент. свойств. нет

 Лактоза-негативные энтеробактерии 2\*10^8

 Гемолизирующая E-Coli нет

 Энтерококки 3\*10^9

 Стафилококк эпидермальный нет

 Бифидум-бактерии 3\*10^9

 Протей, кандида, усл. патог. нет

 Энтеробактерии 6\*10^9

 18/IV/98 синегнойная палочка нет

 20/IV/98 синегнойная палочка есть

 7) Копрограмма: 16/IV/98

 Цвет желтый. Консистенция плотная. Мыла "+".

 Клеточных элементов не обнаруживается.

 кал на яйца глистов - не обнаружены.

 Оценка результатов лабораторных и инструментальных исследований:

 Анализы крови: снижение всех показателей. Эозинофилия.

 Указывает на наличие анемии и присутствие аллергического компонента

 болезни.

 Анализ мочи: повышенное содержание плоского эпителия. Остальные

 показатели в норме.

 Копрограмма без патологии.

 Данные ЭКГ подтверждают диагноз гипертензии.

 Графическое изображение симптомов болезни ( температурный лист ):

 Д П Т

 50 140 41

 40 120 40

 30 110 39

 25 100 38

 15 80 36

 ДНИ:

 V. ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ:

 До дней курации:

 17/IV/98 T N; ЧД 36/мин; Ps 120/мин

 Состояние средней тяжести. Беспокоит кожный зуд. Шелушение на

 коже, есть участки мокнутия. Стул 2 раза в день. Мочится ежедневно.

 Осмотр невропатолога: анамнез известен. В неврологическом статусе

 диффузная мышечная гипотония. Голову держит плохо. Упора на ноги

 нет.

 18/IV/98 T N; ЧД 38/мин; Ps 128/мин

 Состояние средней степени тяжести. Мышечный тонус снижен.

 Дыхательная недостаточность не выражена. Дыхание пуэрильное.

 Хрипы в легких не выслушиваются. Размеры большого родничка

 2x2 см. Края вовнутрь, отмечается пульсация.

 Заключение: ребенок поступил на повторный курс лечения, рекомедовано

 лечение эуфиллином.

 Осмотр окулиста: без патологии.

 19-20/98

 Динамики симтомов заболевания не отмечается. Общее состояние без

 изменения.

 21/IV/98 T N; ЧД 36/мин; Ps 120/мин

 Состояние средней степени тяжести. Аппетит сохранен. Кожные

 проявления с положительной динамикой. На лице и груди

 средневыраженное шелушение. Кожа суставов гиперемирована, есть

 бляшки. В области голеностопного сустава справа - мацерация.

 В области лучезапястного сустава справа - гиперемия. Дыхание

 пуэрильное. Сердечные тоны громкие, чистые. Живот мягкий,

 безболезненный. Стул неоформленный. В бактериальном анамнезе

 высевается синегнойная палочка ( Отец находится на лечении

 в хирургическом отделении с панарицием (?)). Назначен

 полимиксин.

 22/IV/98 T N; ЧД 36/мин; Ps 120/мин

 Состояние удовлетворительное. Аппетит сохранен. Катаральных

 явлений нет. Кожные покровы светло-розовые. На лице единичные

 экскориации. На груди, животе шелушение. В области коленного

 сустава сухие бляшки. На подошвах пятнистая сыпь. Соматических

 ухудшений нет. Стул неоформленный, после каждого кормления.

 Мочится свободно.

 Со дня курации:

 25/IV/98 T N; ЧД 34/мин; Ps 120/мин

 Состояние средней тяжести ( по выраженности кожного проявлений ).

 На лице эритема. Отмечаются экскориации на границе с волосистой

 частью головы. За ушами гнойные корочки. В области коленных суставов,

 голени сухие бляшки. На животе, спине мелкопластинчатое шелушение.

 Катаральных явлений нет. Дыхание пуэрильное. Сердечные тоны громкие,

 ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул неоформленный.

 Мочится свободно.

 26/IV/98 T N; ЧД 34/мин; Ps 128/мин

 Состояние средней степени тяжести. Аппетит сохранен. Кожные

 без особой динамики. На лице и груди средневыраженное шелушение.

 Кожа суставов гиперемирована, есть бляшки. В области голеностопного

 и лучезапястного суставов справа - гиперемия. Отмечается мацерация

 в области кожных складок. Дыхание пуэрильное. Сердечные тоны громкие,

 чистые. Живот мягкий, безболезненный. Стул неоформленный. Мочится

 свободно.

 27/IV/98 T N; ЧД 36/мин; Ps 128/мин

 Состояние средней тяжести ( по выраженности кожного синдрома ).

 На лице яркая эритема. Отмечаются экскориации на границе с

 волосистой частью головы. За ушами гнойные корочки. У внутреннего

 угла глаза умеренное гнойное отделяемое. В области коленных суставов,

 голени сухие бляшки. На животе, спине мелкопластинчатое шелушение.

 Усиление кожных проявлений, возможно, связано с аллергией к соевым

 белкам. Катаральных явлений нет. Дыхание пуэрильное. Сердечные

 тоны громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

 Стула не было сутки. Мочится свободно. Рекомендовано: очистительная

 клизма, наружная мазб с дерматолои и анестезином. Смесь "Alfare".

 28/IV/98 T N; ЧД 36/мин; Ps 120/мин

 Состояние средней тяжести. В динамике гиперемия кожи - становится

 бледнее. На слизистых ротовой полости единичный крошковидный

 налет. Молочница. Легкие и сердце без динамики. Стул с тенденцией

 к запорам. Мочится свободно.

 29/IV/98 T N; ЧД 36/мин; Ps 120/мин

 Состояние средней тяжести. Гиперемия кожи уменьшилась. Преобладает

 сухость кожных покровов. Отмечаются экскориации. Зев чистый.

 Остальное без динамики. Отмечается тремор подбородка; редкий,

 кратковременный горизонтальный нистагм. Мочеиспускание свободное.

 Стул с примесью слизи.

 Осмотр невропатолога: в неврологическом статусе есть улучшения.

 Тонус мышц близок к норме. Эмоциональное состояние хорошее.

 30/IV/98 T N; ЧД 30/мин; Ps 128/мин

 Состояние удовлетворительное. Аппетит сохранен. Катаральных

 явлений нет. Кожные покровы светло-розовые. На лице единичные

 экскориации. На груди, животе шелушение. В области коленного

 сустава сухие бляшки. Пятнистая сыпь на подошвах уменьшилась.

 Соматических ухудшений нет. Стул неоформленный. Мочится свободно.

 VI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

 Дифференциальный диагноз атопического дерматита следует проводить

 с псориазом ( чешуйчатым лишаем ). Оба заболевания имеют

 схожую клиническую картину, но псориаз чаще возникает в возрасте

 16-25 лет. Псориаз начинается остро с высыпания мелких, величиной

 от булавочной головки до чечевицы, ярко-розовых папул, быстро

 покрывающихся рыхлыми, серебристо-белыми чешуйками. Папулы постепенно

 увеличиваются в размерах и превращаются в различной величины бляшки.

 Последние нередко сливаются между собой, образуя значительные

 по величине очаги поражения крупнофестончатых очертаний.

 Псориатические бляшки резко отграничены от окружающей здоровой

 кожи, имеют ярко-розовый или красный цвет ( на нижних конечностях

 нередко с цианотичным оттенком ), покрыты наслоением серебристо-

 -белых чешуек.

 Пока мы видим клиническую картину, схожую с атопическим дерматитом.

 При псориазе обнаруживается "псориатическая триада" ( применяя

 метод поскабливания бляшек ). Отмечается прежде всего дробление

 чешуек, которые распадаются на мельчайшие частицы ( что усиливает

 белизну поверхности бляшки ) и отходят в виде серебристо-белой

 мелкой пыльцы - "симптом стеаринового пятна". Далее обнаруживается

 гладкая поверхность бляшки, с которой в форме крупной пленки

 соскабливается последний слой роговых клеток - "симптом терминальной

 пленки". При дальнейшем поскабливании образуется ссадина, на

 которой выступают капельки крови - "симптом кровяной росы".

 При псориазе бляшки достигают определенной величины и принимают

 стабильный характер. У данного больного "триада" симптомов не

 отмечается. Позже бляшки самопроизвольно разрешаются, шелушение

 уменьшается, образуются депигментированные пятна. При псориазе

 кожный зуд отмечается редко, у данного же больного зуд является

 очень существенным симптомом. По локализации кожных проявлений

 оба заболевания похожи. При псориазе часто наблюдается поражение

 ногтей. Общее состояние больных псориазом не страдает. Вспышка

 заболевания длится несколько месяцев. Маловероятно и наличие

 атипичной формы псориаза.

 На основании расхождения характерной клинической картины

 ( отсутствия "псориатической триады" ), особенностей течения

 болезни ( длительно, возникновение в 16-25 лет ), можно

 сделать вывод об отсутствии у данного ребенка одной из форм

 псориаза.

 Атопический дерматит возникает в первые три месяца жизни,

 имеет клиническую картину, полностью схожую с проявлениями у

 данного больного ( приходящая эритема, опрелости, чешуйко-корочки

 на различных частях туловища, гнейс на волосистой части головы,

 зуд, постепенное распространение процесса ). На основании этого

 можно уверенно дифференцировать его с псориазом.

 VII. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ ( окончательный диагноз ):

 Аллергический конституциональный дерматит, распространенная форма.

 Перинатальная постгипоксическая энцефалопатия. Гипертензионный

 синдром. Натальная травма шейного отдела.

 Обоснование диагноза:

 Диагноз поставлен на основании:

 1) характерной клинической картины ( данных осмотра ) атопического

 конституционального дерматита:

 в верхнем отделе грудной клетки спереди - эритема, шелушение.

 На теле имеются участки мокнутия. Зуд. На животе, спине,

 передне-наружной поверхности бедер, наружной поверхности плеч

 - ярко-розовая сливающаяся папулезная сыпь, носящая очаговый

 характер. Папулы слегка сморщены.

 Имеются отдельные участки прорывов практически по всему телу с

 началом перехода на конечности. На кистях средне-мелкое шелушение.

 В носовых ходах корочки. Присутствует шелушение и экскориации.

 На слизистых ротовой полости корочки. Папулезная сыпь в заушных

 складках. В области слухового прохода - гнейс, слущивающийся

 эпителий.

 2) данных анамнеза ( аллергология: диатез с 2 месяцев, неизвестный

 аллерген ). Патологическое течение беременности матери,

 осложненная наследственность, погрешности в питании матери.

 3) данных лабораторных и дополнительных методов исследования:

 снижение большинства показателей в анализах крови. Эозинофилия.

 Указывает на наличие анемии и присутствие аллергического компонента

 болезни. Анализ мочи: повышенное содержание плоского эпителия.

 Данные ЭКГ подтверждают диагноз гипертензии: диффузные изменения

 миокарда. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

 Увеличение электрической активности левого желудочка.

 VIII. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ:

 Атопический дерматит - это манифестация аллергического диатеза.

 Патогенез:

 1) нарушение иммунологической толерантности к антигенам (

 включая механизмы местной толерантности - кожа, слизистые ).

 Уменьшается уровень IgA, который регулирует проникновение

 антигенов. Нарушаются функции IgE, который сроден тучным

 клеткам. В данном случае имеет место нарушение генетического

 контроля над выработкой IgE. Повышенная выработка IgE приводит

 к отягощенному антенатальному периоду. Алиментарные нарушения

 влияют на постнатальный период.

 2) нарушение циклазной системы клеток ( падение уровня цАМФ,

 увеличение цГМФ ). Происходит стимуляция выработки биологически

 активных веществ ( БАВ ).

 3) особенности обмена веществ. Нарушение водно/минерального

 обмена, обмена жиров ( дефицит полиненасыщенных жирных кислот ).

 Нарушение синтеза ПГ, лейкотриенов.

 Т.о. - в основе патогенеза лежит измененная реактивность организма,

 обусловленная иммунными и неиммунными механизмами. Провоцирующую

 роль играют пищевые продукты ( цитрусовые, сладости, копчености,

 острые блюда, спиртные напитки ), медикаменты ( антибиотики,

 витамины, сульфаниламиды ), прививки и другие факторы.

 Имеет сезонную зависимость.

 IX. ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:

 Х. ЭПИКРИЗ:

 Больной x, 4 мес. Посупил на лечение

 в клинику "Мать и дитя" 15 апреля 1998 г., в 12 ч 40 мин.

 Направлен 7-й Поликлиникой. Диагноз направившего учреждения:

 перинатальная энцефалопатия, травма шейного отдела, атопический

 дерматит. На основании данных анамнеза, обективного исследования

 и лабораторных методов поставлен клинический диагноз: аллергический

 конституциональный дерматит, распространенная форма. Перинатальная

 постгипоксическая энцефалопатия. Гипертензионный синдром. Натальная

 травма шейного отдела.

 Больной находится под систематическим наблюдением. Проводится

 соответствующее лечение. В результате проведенного лечения отмечается

 положительная динамика. Общее состояние улучшилось, степень кожных

 проявлений начала уменьшатся.

 XI. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

 Подпись куратора. Замечания преподавателя,

 оценка, подпись,дата.