# ФИО:

Возраст: 32 года

Место жительства:

Профессия:

Дата курации:

Диагноз заболевания кожи: Атопический дерматит.

Сопутствующие заболевания: Отсутствуют.

Жалобы в день курации

Высыпания по всему телу, кроме ладонных поверхностей кистей и подошв,

сопровождающиеся слабым зудом, усиливающимся к ночи.

Анамнез жизни

Больной родился в 1969 году в городе Душанбе от доношенной беременности, рост и вес при рождении в соответствии с нормой. Вскармливалась молоком матери. Начал ходить и говорить в срок. Наследственность не отягощена. Развивался соответственно возрасту. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. С 1989 года работал по специальности художник-фотограф, из профессиональных вредностей отмечается постоянный контакт с химикатами. С 1995 года работает на фирме менеджером, где больной отмечает нечастые нервные перенапряжения, в целом работой доволен. Не женат, детей не имеет.

Перенесённые заболевания

Диатез с рождения, ангины, бронхит, пневмония (без осложнений),

1972 г гепатит А, бронхиальная астма, ринит.

1986 г операция по поводу искривления носовой перегородки.

В последнее время простудные заболевания один раз в год. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит, ВИЧ отрицает.

Больной курит на протяжении 10 последних лет (1 пачка в день)

Аллергологический анамнез.

Пищевая аллергия на цитрусы, шоколад, проявляющаяся высыпанием по всему телу, зудом. Аллергия на пух, шерсть, перо, проявляющаяся приступом бронхиальной астмы.

Анамнез заболевания.

Больным считает себя с рождения, до 4-х лет – диатез. В течение следующих 3 лет жалоб на заболевания кожи не было. В 7 лет появились симметричные высыпания в области локтевых и коленных сгибах, сопровождающиеся сильным зудом. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно – мазями.

На следующий год высыпания в области локтевых и коленных сгибах, сопровождающиеся зудом повторились. Больной обратился к дерматологу по месту жительства (г. Душанбе), где был поставлен диагноз атопический дерматит и назначено лечение (Диета с ограничением употребления поваренной соли, цитрусовых, шоколада; применяемые препараты больной не помнит). Следующие 10 лет проявлений заболеваний кожи не отмечалось.

В 1987 г., в результате приёма алкоголя, появились симметричные высыпания на плечах и на тыльных поверхностях пальцев, сопровождающиеся умеренным зудом. С 1988 г больной отмечает частые подобные рецидивы заболевания кожи (5-6 раз в год), большей выраженностью в холодное время года, за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно (мазь второкорт). В 1993 г после перенесённого сильного стресса (автомобильная катастрофа) появились высыпания по всему телу, за исключением ладоней и подошв, сопровождающиеся умеренным зудом, усиливающимся к ночи. Больной обратился к дерматологу по месту жительства (г. Могилев), где его направили на стационарное лечение и был проведён курс терапии (витамины группы В, Пепантинат кальция, супрастин, Целистодерм). Лечение дало положительный результат – количество рецидивов заболевания кожи снизилось от 1 до 3 в год.

Последний рецидив был в ноябре 2001 г (больной связывает это с сильным солнечным ожогом, полученным на курорте в сентябре этого года), появились высыпания по всему телу, за исключением ладоней и подошв, сопровождающиеся сильнейшим, нестерпимым зудом, как следствие этого - нарушение сна. Больной обратился к дерматологу по месту жительства и был направлен в клинику кожных и венерологических болезней им. Рахманова для обследования и подбора метода лечения.

# ***Локальный статус***

Характер поражения кожи – хронический неостро-воспалительный.

Кол-во сыпи, локализация и распространенность. Сыпь преимущественно локализуется на разгибательных поверхностях конечностей (особенно в области коленных и локтевых сгибов), тыльной поверхности кистей и стоп, передней и задней поверхности шеи, верхней трети спины, Менее поражена кожа головы и груди, свободны от высыпаний ладони и подошвы.

Симметричность. Высыпания симметричны.

Моно - полиморфность. Высыпания мономорфны.

Сыпь представлена отдельными эпидермально-дермальными папулами **размером** с булавочную головку, полушаровидной **формы**, округлых **очертаний**, плотноватой **консистенции**, розового **цвета**. Поверхность папул шероховатая, они резко отграничены от окружающей кожи. Первичные морфологические элементы склонны к слиянию, образуют очаги неправильных очертаний размером до 7 см, четко ограниченные от окружающей кожи. Кожа в очагах поражения гиперпигментирована, консистенция плотноватая. Отечности в области поражения не выявлено. Кожа в очагах поражения, сухая, наблюдается мелкопластинчатое шелушение.

Вторичные морфологические элементы представлены чешуйками и экскориациями, образовавшимися в результате расчесов.

Ногти и волосы не изменены. Белый дермографизм.

Субъективные ощущения проявляются слабым зудом, усиливающимся в ночное время. Зуд наиболее выражен в местах слияния первичных морфологических элементов, усиливается при нарушении диеты, ношении шерстяной одежды и уменьшается после применения мази «Синафлан».

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 30.0 |
| цвет | Оранжевый |
| реакция | Ph-5.0 |
| Уд. вес | Мало мочи |
| прозрачность | Неполная |
| белок | - |
| сахар | - |
| ацетон | - |
| Желчный пигменты | Отриц |
| уробилин | Выше нормы |
| Полиморфн. кл эпителий | Умеренно |
| Плоский эпителий | - |
| лейкоциты | 1-2 в п/зр |
|  слизь | Много |

Общий анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Единицы измерения |
| Гемоглобин | 158,6 | Г\л |
| Гематокрит | 47.69 | % |
| Эритроциты | 4.889  | \*10в6 |
| Лейкоциты | 7,2 | \*10 в 9 |
| Нейтрофилы | 52,74 | % |
| Лимфоциты | 31.40 | % |
| Моноциты | 7.48 | % |
| Эозинофилы | 7.55 | % |
| Базофилы | 0.83 | % |
| Тромбоциты | 243.2 | \*10 в 9 |
| Цветовой показатель | 0.91 |  |
| СОЭ  | 5 | Мм\ч |

Биохимическое исследование крови.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Результат | еденицы измер. | норма |
| Общий белок | 7.0 | Г% | 6.0-8.0 |
| Альбумин | 4.5 | Г% | 3.0-5.0 |
| Глюкоза | 137 | Мг% | 80.0-120.0 |
| Общ билирубин | 08 | Мг% | 0.1-1.0 |
| Прям билирубин | 0,1 | Мг% | 0.0-0.3 |
| мочевая к-та | 3.2 | Мг% | 2.5-7.0 |

Исследование серологических реакций.

Реакция Вассермана с АГ

-с кардиолипиновым – отриц.

* с неспецифическим – отриц.
* Из бледных трепанем – отриц.

Антитела к ВИЧ не обнаружены.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.

Диагноз атопический дерматит поставлен больному на основании

-жалоб

на постоянный зуд, усиливающийся в ночное время, который наиболее выражен в местах слияния первичных морфологических элементов.

-анамнеза заболевания

раннее возникновение, диатез в анамнезе, волнообразное хроническое течение с обострениями в осенне-зимний период, возникновение после нарушения диеты и нервного перенапряжения. Наличие в анамнезе бронхиальной астмы и вазомоторного ринита так же свидетельствует в пользу атопического дерматита, (как заболевания, часто сочетающегося с другими аллергическими заболевания)

 -осмотра больной

Локализация сыпи в типичных для атопического дерматита местах ( на разгибательных поверхностях конечностей ( особенно в области коленных и локтевых сгибов), тыльной поверхности кистей и стоп, передней и задней поверхности шеи, верхней трети спины ) Высыпания симметричны, неостро-воспалительного характера, сливающиеся в очаги лихенизации. Кожа в очагах поражения, сухая, наблюдается мелкопластинчатое шелушение, вторичные морфологические элементы представлены чешуйками и экскориациями, образовавшимися в результате расчесов, имеется белый дермографизм.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Симптомы Экзема Атопический

 дерматит

Отёк + -

Характер поражения острый воспалительный неостро-воспалительный

 кожи

Высыпания серопапулы, которые узелки, сливающиеся в

 Быстро вскрываются, не очаги лихенизации

 Успев прочно оформиться,

 С образованием «серозных

 колодцев»

Белый дермографизм - +

Пиломоторный рефлекс - высокий тонус

Границы очага нечёткие чёткие

Течение чередование остро воспали чередование ремиссии

 тельных и инфильтративных и рецидивов с

 проявлений , т.е. появление неостро воспалительными

 свежихсеропапул, на фоне симптомами.

 неостро воспалительных

 симптомов

ремиссия без явно выраженной сезонности Вплоть до клинического

 выздоровления в летнее

 время.

Мокнутий спонтанно длительный редко, кратковременный.

Симптомы пруриго атопический

 дерматит

Локализация + -

Сыпи на

разгибательной

Поверхности

конечностей

Локализация сыпи - +

 на сгибательной

поверхности

 конечностей

Локализация сыпи - +

на лице

Распространение сыпи Рассеянное склонность к

 образованию очагов

Лихенизация нет сплошных очагов Сплошные очаги лихениза-

 Лихенизации с пигментацией.

 Пигментацией

**ЛЕЧЕНИЕ и ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**РЕЖИМ**

Большое значение лечения атопического дерматита имеют охранительный **режим**, т. к. Повышенная возбудимость, отрицательные эмоции и другие отрицательные факторы являются так называемыми «стрессорами», которые предъявляют повышенные требования к функции коры надпочечников и приводят к снижению выделения противовоспалительных кортикостероидов, что может способствовать усилению воспалительной реакции, т.е. обострение кожного патологического процесса, появление аллергических реакций. Таким образом важным моментом в лечении атопического дерматита является назначение электросна, проведения общеуспокаительных сеансов гипноза.

А так же назначение курортно-санаторного лечения после стихания острых воспалительных явлений, предпочтительно в летние месяцы.

ДИЕТА

**диетическое** питание (ограничивают копчености, консервированные продукты, сладости, поваренную соль, цитрусовые, шоколад, яйца, мороженное)

Необходим учет патогенетической значимости заболеваний органов пищеварения, нарушений иммунной и нервной систем, эндокринных дисфункций и аллергической реактивности.

***Общее лечение***

**Нарушения органов пищеварения**

-при дисбактериозе кишечника: интестопан, энтеросептол в комлексе с эубиотиками

-при наличии импетигинизации, септического состояния: препараты антибактериального действия.

-при недостаточной функции желудка, кишечника, дискинезиях ЖКТ: пепсидил, желудочный сок, фестал, панзинорм форте, дигестал, ораза

-при дискинезиях желчевыводящих путей: миогенные спазмолитики, одновременно с холесекретиками: аллохол, оксафенамид, фламин, холезим, а также средства, нормализующие состояние каллекреинкининовой системы- пармидин, унитиол

**Нарушения имунной системы**

Инфузионная терапия

-гемодез, реополиглюкин, поляризующие смеси, энтеросорбция, гемосорбция

Антигистаминные, противозудные препараты

-тавегил, супрастин, перитол назначать в возрастных дозировках в течение 7-15 дней, чередуя их, при необходимости длительного лечения

-задитен, астафен

-зиртек (препарат 3 поколения), назначается в таблетках по 10 мг в течение 7 дней

-кларитин: специфический блокатор Р-гистаминовых рецепторов в таблетках.

Противоаллергические и противовоспалительные средства

-Салицилаты и пиразолоновые производные (бутадион, индометацин, ортофен, напросин)

-препараты Са

-препараты увеличивающие содержание цАМФ в клетках и снижающие выделение гистамина во время аллергической реакции: папаверин, эуфиллин, теофиллин (в острой стадии энтерально, при инфузионной терапии внутривенно).

Иммуностимулирующая терапия.

-Трансфузии плазмы (у больных с тяжелым течением, особенно при наличии пиодермии)

-Иммуномодуляторы: левамизол, тактивин, тималин, тимопоэтин, тимарин, а также метилурацил, пентоксил, диуцифон, натрия нуклеинат, пирогенал, продигиозан.

-Иммунотропные препараты: миелодопа, вилозен, рузам, лейкинферон, ликопид

-Иммунотерапия внутрикожными (подкожными) инъекциями водносолевыми растворами выявленных аллергенов постепенно возрастающими концентрациями начиная с разведения 1:1 в кол-ве 0.2 мл и заканчивая цельным раствором в том же количестве.

Витаминотерапия

-Улучшая межуточный обмен, способствует повышению адаптационных возможностей организма. Наиболее целесообразно назначение больным витаминов С, РР, В2, В15, пиридоксальфосфата, А, Е.

**Нарушения центральной и вегетативной нервной систем**

**-**препараты брома, валерианы, фенобарбитал

**-**транквилизаторы типа триоксазина, оксазепама, диазепама, мепротана, элениума

**Эндокринные дисфункции**

-из-за угнетения функции коры надпочечников: этимизол, глицерам, кортикотропин, хлористый аммоний, карнитина хлорид. Индуктотерапия.

***Местное лечение.***

Кератопластические мази и кремы с нафталаном, ихтиолом, дегтем, жидкостью АСД( антисептикум И.П. Дорогова, фракция №3), серой, висмутом, дерматолом. Целесообразно в мази и кремы доавлять 5-10% анестезина, 1% ментола, 1-3% фенола. При импетигинизации используют фукорцин, 5% линимент стрептоцида с добавлением 5-10 капель фукорцина на 25-30 г, борно-дегтярную мазь, 1% линимент сангвиритрина, гельфузидин, 5-10% мази с линкомицитином, гентамицином, 2% мазь этония или фузидин-натрий в 50% димексиде. Мази и кремы, содержащие глюкокотикоидные препараты (синафлан, флуцинар, элоком, адвантан, апулеин, фторокорт), рекомендуется употреблять кратковременно в сочетании с др антибактериальными, кератопластическими препаратами из-за их побочного действия и возможности активизирования сапрофитирующей кокковой флоры.

Показаны мази и кремы с глюкокортикоидными гормонами, содержащие антибиотики: геокортон, гиоксизон, оксикорт, целестодерм, тридерм, синалар Н.

При ограниченном нейродермите показано, кроме вышеназванных мероприятий, обкалывание 2% раствором метиленового синего с 2% раствором бенкаина или новокаина в смеси с пролонгатором- желатином или поливинилпирролидоном, криомассаж жидким азотом, снегом угольной кислоты, аппликации димексида. Физиотерапевтические процедуры широко используются в лечении атопического дерматита. К ним относятся УФО, фонофорез глюкокортикоидных препаратов, мазей, рассасывающих инфильтрат, магнитно- и лазеротерапия, массаж, аппликации парафина, озокерита, лечебные ванны, Букки-лучи.

**ПРОГНОЗ. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ. РЕЦЕПТЫ.**

Прогноз для жизни - благоприятный. Заболевание не представляет угрозу для жизни.

Прогноз для лечения- благоприятный. При правильно подобранном лечении, соблюдении элементарных правил санитарии и гигиены, диеты и рекомендаций возможно полное выздоровление.

С целью предупреждения рецидивов и удлинения достигнутой ремиссии рекомендуется выполнение элементарных правил санитарии и гигиены. Также показано санаторно-курортное лечение после стихания острых воспалительных явлений, предпочтительно в летние месяцы. Рекомендуются курорты с серными, сероводородными, йодобромистыми, родоновыми источниками.

Необходимо соблюдать диету (в рационе питания ограничивают копченности, консервированные продукты, сладости, поваренную соль, цитрусовые, шоколад, яйца, мороженное), а так же отказаться от ношения шерстяных вещей, ограничить контакт с животными.