Ф. И. О.больной: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Пол: женский.

Возраст: 28 лет.

Домашний адрес: г. Ленинск-Кузнецк,

Место работы: Ленинск-Кузнецкая городская больница, медсестра.

Дата поступления: 14.01.03 г.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: атопический дерматит, лихеноидно-пруригинозная форма, стадия обострения

Осложнения основного заболевания: нет.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит, стадия ремиссии.

 Хронический холецистит, вне обострения.

*Жалобы:*

- предьявленные: кожный зуд, который беспокоит с первого обострения заболевания.Зуд беспокоит на наружных поверхностях предплечья, нижней трети плеча, в нижу живота, на внутренних поверхностях бедер, на передней поверхности голеней. Зуд беспокоит как в дневное, так и в вечернее время суток. Чувство жара от кожи передней поверхности бедер, ощущаемое ладонью на расстояние нескольких сантиметров.

- выявленные: нет.

*История развития настоящего заболевания.*

Пациентка считает себя больной с 27 августа 1997 года, когда появились первые симптомы заболевания. После перенесеной операции на глазах ( производилась в г.Омске, клинике “ Новый взгляд”), больная приехала домой на поезде. Дома, со слов больной, после принятого душа с шампунем обнаружила зуд на передней поверхности голеней. Через 2 дня обратилась к дерматологу, который поставил диагноз: чесотка. После однонедельного курса назначеного лечения ( серная мазь, аэрозоль местно ) отмечалось некоторое уменьшение зуда, который вновь возобновился через 3 дня.

Затем пациетка обратилась к дерматологу больницы Лесного городка, который поставил диагноз: дерматит неясной этиологии. Больная обратилась в кемеровский областной кожно-венерологический диспансер, где ей было назначено лечение (тавегил, тиосульфат натрия 20% раствор, гемодез, аскорутин), после которого облегчения страдания не наступило. Больная обратилась к частному дерматологу, который поставил диагноз: микробная экзема. После назначеной терапии ( названия препаратов больная затрудняется вспомнить ), отмечала некоторое уменьшение кожного зуда.

В течение 3-х лет, после 1997 года, кожный зуд и появившиеся папулезные элементы локализовались только на передней поверхности голени и внутренней поверхности бедер. На наружной поверхности предплечья и плеча элементы появились после того как пациентка родила второго ребенка

в 2001 году. В период беременности характер высыпания не изменялся.

Больная отмечает сезонность заболевания, обострения чаще летом. Влияние принимаемой пищи на заболевание отрицает, изменение погоды также отрицает. Влияние растений ( тополиный пух, травы полевые) не отмечает.

*История жизни больной.*

Родилась первым ребенком в семье, находилась на естественном вскармливание, рост и развитие проходил правильно. В детский сад и школу пошла вовремя. Из перенесенных заболеваний: в детстве это свинка, ветрянка, частые простудные заболевания. С детства страдает хроническим бронхитом, который обостряется 2 раза в год. Травм и операций небыло. В 1992 году пролечила описторхоз, которым заболела в этом же году. В 2000 году проверялась повторно на описторхоз, результаты оказались отрицательными. Остро заразные заболевания (туберкулёз, гепатит, венерические), нервно-психические заболевания отрицает. Контакт с туберкулёзным больным отрицает. Никто из членов семьи и ближайших родствеников никакими заболеваниями не страдает. Материальные и жилищно-бытовые условия хорошие. Проживает в 3-х комнатной квартире с центральным отоплением.

Семейный анамнез: замужем, имеет 2-х детей (одному – 7 лет, другому – 2 года). В настоящее время в семье никто не болеет.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл проходит нормально, половая жизнь с 18 лет, замуж вышла в 18 лет. С мужем имеется несовместимоть по группам крови, в связи с этим роды находились под угрозой прерывания. Оба ребенка родились с нормальной массой и ростом, в настоящее время здоровы.

Аллергологический анамнез: есть аллергия на цитрусовые, в частности на апельсины, которая проявляется высыпаниями на лице вокруг рта.

Обьективное исследование.

Общее состояние: хорошее.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое.

Масса тела: 80 кг.

Рост: 178 см.

Индекс массы тела: 22,4 (при норме от18 до 26 ).

*Кожа.*

Общее состояние кожи вне очагов поражения: цвет кожи смуглый, на внутренних поверхностях бледно-розовый, сухая, нежирная, эластичная, тургор сохранён. Рисунок кожи немного усилен.

Придатки кожи: волосы темного цвета, смешаного типа, без седины. Ногти розового цвета, ногтевые пластинки не изменены. Подкожная клетчатка развита хорошо. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые, подколеные) не увеличены, не спаяны с окружающей тканью и между собой, подвижны и безболезнены при пальпации.

*Органы дыхания.*

Проходимость дыхательных путей сохранена, выделяемого нет. Тип дыхания грудной. Форма грудной клетки бочкоообразная. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Участие правой и левой половин грудной клетки в акте дыхания одинаково. Вспомогательные мышцы в акт дыхания не вовлечены. При пальпации грудной клетки болевых точек не выявлено. Голосовое дрожание над передними, боковыми, задними отделами легких проводится хорошо, в симметричных участках одинаково.

Перкуссия.

Сравнительная: перкуторный звук над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки легочной, одинаков на симметричных участках. Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена.

Аускультация: основной дыхательный шум – везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов (крепитация, хрипы, шум трения плевры) не отмечается. Над задней поверхностью левой половины грудной клетки выслушивается жесткое дыхание.

*Сердечно-сосудистая система.*

Осмотр и пальпация: выпячивания и деформации грудной клетки в области сердца нет. Видимой пульсации нет. Дрожания в области сердца, пульсация на основании сердца, толчек правого желудочка при пальпации не опредаляется.

Границы относительной тупости сердца:

-правая на 1 см кнаружи от правого края грудины.

-верхняя по III ребру

-левая на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Поперечник сердца 11 см, длинник 12 см .

Аскультация сердца.

-тоны ясные, ритмичные, ЧСС 76 в минуту.

-патологических расщеплений тонов, патологических шумов не выявлено.

-при аскультации аорты симптом Сиротинина-Куковерова отрицательный.

Пульс хорошего наполнения, ритмичный, не напряжен, форма пульсовой волны правильная, одинаков на обеих руках, стенка эластична. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Верхушечный толчек не усилен, не разлитой, пальпируется в 5-м межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

*Пищеварительная система.*

Зубы: кариозных зубов нет. Язык не обложен налётом, розовый. Миндалины не выходят за края нёбных дужек. Слизистая рта не гиперемирована, без изьязвлений.

Живот: осмотр- живот правильной формы, симметричен, в дыхательных движениях не участвует, вздутия, видимой перистальтики не выявлено. Пальпация – брюшная стенка не напряжена, безболезнена, грыж не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Болевые точки желчного пузыря безболезнены. Печень: по парвой срединно-ключичной линии: верхняя граница абсолютной тупости по VI ребру, нижняя граница абсолютной тупости не выходит из-под края реберной дуги. По срединной линии: нижняя граница – на границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка. По левой реберной дуге – левая граница не выходит за пределы парастернальной линии. Ординаты по Курлову 11, 9 и 8 см. Край печени ровный, безболезнены при пальпации, не выступает из края реберной дуги. Поджелудочная железа не пальпируется.

*Мочеполовая система.*

Дизурических явлений не выявлено, дневной диурез преобладает над ночным, моча без патологии. Симптом Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы развиты, без аномалий. Вторичные половые признаки(оволосенение по женскому типу, отложение подкожной клетчатки) развиты.

*Органы чувств.*

Зрение отличное (100%), читает, смотрит телевизор без очков. Слух хороший, громкую и шепотную речь различает хорошо. Запахи различает только в период ремиссии хронического бронхита.

*Нервно-психический статус.*

Сознание ясное, пространственная и временная ориентация не нарушена. Настроение спокойное, без резких изменений. Сон прерывистый, иногда беспокойный ( тревожит зуд кожи ). Дермографизм белый, время появления несколько секунд, держится недолго ( несколько минут ). Поза Ромберга не выявляется.

*Локальный статус.*

Процесс локализуется на коже наружной и внутренней поверхности предплечья, наружной поверхности плеча обеих рук, на животе ниже пупка до линии нижнего белья, на внутренней поверхности бедер и передней поверхности голеней. Процесс носит распространённый характер. Высыпания симметричны на руках и ногах. Высыпания имеют папулезный характер, красного цвета, размером от 1 до 6 мм. Преимущественная форма высыпаний: круглая, границы четкие, плотной консистенции. В области высыпаний отмечается сухость кожи, снижение эластичности, плотный характер при пальпации. Видны небольшие следы расчесов. Сами элементы расположены на широком основании, неостро-воспалительного характера. Области высыпаний ( передняя поверхность голеней, низ живота, передняя и внутреняя поверхности предплечья,наружная поверхность плеча ) находятся на лихенифицированном участке.

*Лабораторные данные.*

Анализ крови. Дата 15.01.03 г.

Показатель норма

Гемоглобин 180 г/л. 115 - 145

СОЭ 6 мм/ч. 2 -15

Лейкоциты 7,3х10\*/л 4,78 – 7,68

Эритроциты 5,4х10\*/л 3,7 – 5,4

Эозинофилы 10% 0,5 – 5,0

Лимфоциты 18% 19 -37

Моноциты 5% 3 – 11

Палочкоядерные 1% 0 – 6

Сегментоядерные 66% 47 – 72

Заключение: несколько повышен показатель гемоглобина, что косвенно может свидетельствовать о повышенном кроветворения. Наблюдается эозинофиллез, что может свидетельствовать либо о глистной инвазии, или о аллергии атопического характера.

Анализ мочи. Дата 15.01.03 г.

Плотность 1026 ед.

Лейкоцитов 1 – 2 в поле зрения.

Эритроцитов 2 – 4 в поле зрения.

Заключение: моча без патологии.

*Обоснование основного диагноза.*

На основании данных опроса, жалоб, анамнеза и инструментальных исследований больной был поставлен диагноз:

* основное заболевание: атопический дерматит, лихеноидно-пруригинозная форма, стадия обострения.
* осложнения основного заболевания нет.
* сопутствующие заболевания: хронический бронхит, ремиссия.

 хронический холецистит, вне обострения.

Атопический дерматит поставлен на основании клинической симптоматики. Сильный кожный зуд как характерный симптом нейродермита, который приводит к экскариациям элементов на коже. Появлением на папулах небольших корок, едва заметное шелушение. Элементы папулёзного неостро-воспалительного характера, расположеные на широком основании, обширная область лихенификации под областью высыпания. Белый дермографизм на коже, выраженная сухость кожи, чувство стягивания кожи, небольшая подчеркнутость рисунка кожи. Очень характерна длительность заболевания – на протяжении последних 5-ти лет.

Лихеноидно-пруригинозная форма, стадия обострения – поставлена на основании характерных высыпаний, папулёзного характера без экссудации, с постепенной лихенификацией, развитием сухости кожи, небольшим шелушением. Постояный зуд кожи характеризующий эту форму.

Хронический бронхит и холецистит – из данных опроса.

*Дифференциальный диагноз.*

Основное заболевание – атопический дерматит, лихеноидно-пруригинозная форма, необходимо дифференцировать с такими кожными заболеваниями, как: истиная и микробная экзема, чесотка, генерализованный зуд, псориаз, красный плоский лишай, папулёзный сифилид.

**Истинная экзема** – характеризуется полиморфизмом высыпаний (папулы, пятна, везикулы, эрозии, корки). Имеется красный дермографизм. Мокнутие и наличие “сквамозных колодцев” очень характерный признак экземы. Элементы носят остро-воспалительный характер, наблюдается эволюционный полиморфизм.

**Чесотка** – самый главный признак это обнаружение чесоточного клеща. Характерен только вечерний и ночной зуд, связанный с жизнедеятельностью клеща. Парность элементов высыпания (вход и выход чесоточного хода). Наличие положительного симптома Горчакова-Арди. Локализация элементов между пальцами, на сгибательных поверхностях запястий, разгибательной поверхности предплечий ( излюбленая локализация ). В данном случае такой строгой локализации не отмечается у больной, но в целях исключения диагноза чесотка, больной проводится терапия ex juvantibus. А также не мало важный критерий – в семье никто не страдает чесоткой.

**Генерализованный зуд** – который может быть обусловлен аутоинтоксикацией при заболевании ЖКТ, при онкозаболеваниях, глистных инвазиях как потребность в расчесывание кожи. Характеризуется экскариациями, геморрагическими корочками, при длительном течение страдания ногти стачиваются, приобретают полированный вид, чего нельзя наблюдать у данной пациетки.

**Псориаз** – характеризуется мономорфными высыпаниями, поражая вместе с тем любой участок кожи. Папула при псориазе покрыта серебристо-белыми пластинчатыми чешуйками. Псориатическая триада Кёбнера: 1.феномен стеаринового пятна, 2.феномен терминальной пластинки, 3. феномен кровяной росы. Характерна также изоморфная реакция для высыпаний. Учитывая анамнез и клиническую картину у больной, можно твердо отвергнуть диагноз псориаз.

**Красный плоский лишай** – папулы при этом страдании имеют очень характерную полигональную форму, с пупковидным вдавлением в центре, с блестящей поверхностью. Характерно также слияние папул в бляшки. Наличие сипмтома Уикхема прикрасном плоском лишае, окончательно отвергает такой диагноз в данном случае.

**Папулёзный сифилид** – как проявление вторичного рецидивирующего сифилиса, имеющий такие размеры как лентикулярные и мелкопапулёзные сифилиды. В данном случае необходимо провести дифференциальную диагностику с мелкопапулёзными псориазиформными сифилидами,которые характеризуются наличием на поверхности папул большого количества серебристо-белых пластинчатых чешуек. Сами папулы имеют плотноэластическую консистенцию, округлые, резко ограниченные очертания, в начале поверхность папул гладкая, блестящая, затем начинает шелушится – что обуславливает характерный симптом “ воротничек Биетта '', что неопределяется у пациентки. А также у пациентки отрицательный анамнез в плане контакта с человеком страдающим сифилисом, недавних гемотрансфузий.

*Этиология и патогенез данного заболевания.*

Учитывая анамнез заболевания, клинической картины, динамики развития заболевания можно предположить следующий патогенез развития данной болезни. Длительно существующий (с детства) хронический бронхит у пациентки, с астмотическим статусом в период обострения бронхита, говорит о атопической природе заболевания. Вероятно существующий дефект в иммунной системе спровоцировал появление нейродермита. Вообще у пациенки существует аллергия на цитрусовые. Как известно он проявляется еще в детстве, но этот факт не удалось узнать у пациентки, но может длительное время существовать на уровне латентной атопии не сопровождаясь клиническими симптомами. Возможно, что у пациентки была чесотка (которая может протекать стёрто), но под воздействием совокупности факторов (зуд, дефект иммунной системы) появился нейродермит, а чесотка прошла под воздействием ранее проведеного лечения.

*Общие принципы лечения.*

1. Исключение из диеты облигатных аллергенов (шоколад, яйца и др.)

2. Антигистаминные и противозудные препараты (диазолин, лоратадин, кетотифен, терфинадин).

3. Противоаллергические и противовоспалительные препараты (препараты кальция, циклоспорин А).

4. Витаминотерапия, особенно групп В, а также С. А. Е.

5. Препараты влияющие на центральную и вегетативную нервную систему (препараты брома, валерианы, фенобарбитал, транквилизаторы).

6. Кератопластические мази с ихтиолом, нафталаном, серой, висмутом.

7.Физиотерапевтические процедуры ( УФО, фонофорез, магнито- и лазеролечение, массаж, Букки-лучи).

8. Электросонтерапия, гипноз, рефлексотерапия.

9. В тяжёлых случаях плазмоферез.

*Дневник.*

# Дата течение заболевания назначения

14.01.03. Общее состояние удовлетво- Tab. Diazolini 0,01

 рительное. На коже предплечья по 1 таб. на ночь.

 и голеней имеются высыпания Sol.Natrii thyosulfatis 30%- 10,0

 папулёзного характера,1- 6 мм. В/в № 15

 Беспокоит зуд, постоянный. Sol. Natrii chloridii 0,9%-400,0

 T=36,7С, А/Д=120/80 мм.рт.ст. в/в капельно №10.

 ЧДД=19. Пульс=70 уд.

* + 1. Общее состояние хорошее. Назначена терапия ex juvanti-

Характер высыпаний на коже bus чесотки, мазью бензил-

не изменился. Зуд беспокоит по бензоатом, 2 раза в день

прежнему.Т=36,5С, А/Д=110/80 натирать параженые участки.

мм.рт.ст. пульс=68 уд. ЧДД=18. Предыдущие назначения

 не изменены.

*Эпикриз.*

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, больна в течение последних 5-ти лет, с 1997 года. В кожно-венерологическую клинику СГМУ поступила с жалобами на сильный кожный зуд, который беспокоит постоянно, на передней поверхности голеней, внизу живота, на сгибательных и передних поверхностях предплечий, на наружной поверхности плеч. На основание анамнеза, клиничнской картины и предьявляемых жалоб был поставлен диагноз: основное заболевание: атопический дерматит, лихеноидно-пруригинозная форма, стадия обострения. Осложнения основного заболевания: лихенифицированные участки под высыпаниями. Сопутствующие заболевания: хронический бронхит, ремиссия хронический холецистит, вне обострения. Больная получала лечение: таблетки Диазолина, по 1 таб. на ночь. Раствор натрия тиосульфата 30% по 10,0 мл внутривенно N15. Раствор натрия хлорида 0,9% 400,0 мл курс 10 вливаний чередующиеся с раствором натрия тиосульфата. Была также назначена терапия ex juvantibus бензил-бензоатной мазью для исключения диагноза чесотка стертой формы. За время курации произошли некоторые изменения: папулезные высыпания стали менее интенсивными по окраске, уменьшилась лихенификация, но сохранился кожный зуд.

*Прогноз.*

 Учитывая данные анамнеза, возраст больной, правильно назначеное и своевременно начатое лечение, исход заболевания благоприятный.

*Рекомендации.*

Учитывая предрасположенность больной к аллергии атопического характера, заболевания которыми она страдает (хронический бронхит), помимо лечения сопутствующих заболеваний, придерживаться элиминационной диеты, исключать контакт с аллергенами. Возможно даже сменить место жительства для улучшения качества жизни.

*Литература.*

1. Кожные и венерические болезни. Ю. К. Скрипкин. Изд. Триада-Х.
2. Дифференциальная диагностика кожных и венерических болезней.

Беренбейн Б.А. М:Медицина 1983 г.

 3.Аллергические заболевания. Пыцкий В. И., Адрианова Н. В.

 Москва , 1999 г.

1. Скрипкин Ю.К.. Федоров С. М. Вестник дерматологии и венерологии.

1995 г. 217-15.

 5. Балоболкин И. И. Consilium-Medicum. 2000 г. Т.1, N6.

 6. Фитцпатрик ДжЕ, Элинг Дж.Л. Секреты дерматологии. Пер. с англ. М.:
 БИНОМ, СПб, Невский диалект,1999 г.

Подпись студента: