Формальные данные

 Ф.И.О. больного: x

 Возраст: 24 года

 Дата рождения: 7.08.1972.

 Пол: муж.

 Национальность: русский

 Место жительства: г. Томск,

 Профессия и место работы: АО Томскстрой, ГРЭС 2, каменщик

 Дата поступления в стационар: 7.10.1996 г

 Дата выписки: 24.10.1996 г.

 Диагноз направления: Атопический дерматит, хронический

холецистит.

 Диагноз клинический:

Атопический дерматит , сенсибилизация к бытовым и

пыльцевым аллергенам, период умеренного обострения.

Сопутствующее заболевание: хронический холецистит, период ремиссии.

 Результаты лечения: улучшение состояния, переход

основного заболевания в период ремиссии.

 Прогноз: длительная ремиссия при условии прохождения

курса специфической иммунной терапии бытовыми

и пыльцевыми аллергенами после стихания симптомов.

Анамнез

 Жалобы пациента:

Предъявлены жалобы на появление корочек на коже локтевых сгибов и шеи,

сопровождающихся шелушением, сухостью кожи, беспокоит выраженный зуд.

Отмечает усиление этой картины в квартире, особенно при уборке, а

также в марте и сентябре, состояние ухудшается летом на природе. При

контакте с домашними животными высыпания усиливаются. На высоте

симптоматики пользуется гормональными кремами, которые приносят

заметное облегчение.

 Начало и развитие данного заболевания.

Степанов И. А. считает себя больным в течение 2 лет --- с

августа 1994 года, когда впервые появились высыпания на коже локтевых

сгибов с зудом. Обратился в поликлинику к дерматологу и прош ел курс

лечения гормональными мазями, тавегилом. В результате лечения

состояние изменилось к лучшему, однако через одну неделю вновь

ухудшилось в связи с поездкой в сельскую местность. Дерматологом был

направлен на консультацию в МВБ к иммунологу. Больной был

госпитализирован в отделение иммунологии и аллергологии, где после

купирования острой симптоматики провед ен курс СИТ пыльцевыми и

бытовыми аллергенами. Был выписан без симптоматики. В течение двух

лет никаких беспокойств со стороны кожи не наблюдалось. В середине

сентября вновь появился зуд кожных покровов локтей и шеи, через

неделю присоединились высыпания с сухостью и шелушением. Обратился

к иммунологу в МВБ и был госпитализирован в отделение.

 Анамнез жизни

Родился и воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми

условиями, в сельской местности. В семье воспитывался один, старший и

младший братья умерли в младенческом возрасте --- причины смертей не

известны. Питание полноценное и достаточное во все периоды жизни. В

детстве перен ес корь. В течение одного года стоит на уч ете у

терапевта по поводу хронического холецистита. Курит, алкоголем не

злоупотребляет. Психические, венерические заболевания отрицает.

 Семейный анамнез. Наследственность

Полноценный семейный анамнез собрать не удалось в связи с

неконтактностью пациента. Хронической патологии у сына отрицает.

Смотрите также сведения о наследственности в аллергологическом

анамнезе.

 Аллергологический анамнез

Родился в Белграде, откуда и приехал в Томск с семь ей в 1977 г.

Жив ет с женой и маленьким реб енком в отдельной однокомнатной

квартире. Среднемесячный доход на одного члена семьи составляет одну

минимальную зарплату. Реб енок здоров, обстановку в семье

расценивает как напряж енную. Вредные привычки: курение более одной

пачки сигарет в день. Трудовая деятельность связана с воздействием

химических аэрозолей, пыли, низких температур. Продолжительность

работ в условиях указанных профвредностей составляет 2 года. Общий

трудовой стаж --- 7 лет. Отмечает сезонность повышенной

заболеваемости --- весна, осень.

Инфекционный мононуклеоз, гепатит, холеру, брюшной тиф, другие

инфекции желудочно-кишечного тракта отрицает. Менингита, сепсиса,

перитонита, остеомиелита, периостита не было. На уч ете в

туберкул езном, венерическом диспансерах не состоял. Паразитарные

инвазии, хирургические вмешательства, ожоги, тяж елые травмы

отрицает. Отмечено в анамнезе злоупотребление антибиотикотерапией в

детстве: эритромицин, пенициллин. Острых лекарственных отравлений не

было.

Указаний на наличие в семье хронических инфекционных заболеваний не

получено, случаи смерти детей от генерализованных инфекций под

вопросом. Наличие в семье во всех поколениях повышенной частоты

злокачественных новообразований, аутоиммунных заболеваний (СКВ, РА,

рассеянный склероз, ревматизм) нет. Наследственных заболеваний,

аномалий развития в семье не было. Отмечено наличие у матери

атопического нейродермита.

Отмечены следующие клинические признаки иммунологической недостаточности:

частые ангины, гастроэнтеропатология с хронической диареей,

дисбактериозом, хронический холецистит, 3-4 раза в год бывает

субфебрилитет продолжительностью до тр ех суток неясной этиологии.

Других проявлений инфекционного синдрома недостаточности иммунитета

нет.

Аллергологический синдром представлен атопическим дерматитом,

сенсибилизацией к бытовым, пыльцевым аллергенам. Астматического

бронхита, бронхиальной астмы нет.

Аутоиммунный синдром в виде аутоиммунных заболеваний ---

ревматоидного артрита, системной красной волчанки, склеродермии,

системных васкулитов, аутоиммунных

грануло-тро -м -бо -ци -то -пе -ний, гемолитической анемии,

аутоиммунного тиреоидита, рассеянного склероза, миастении,

неспецифического язвенного колита, аутоиммунного гломерулонефрита,

инсулинзависимого сахарного диабета и болезней иммунных комплексов

--- не представлен.

Иммунопролиферативный синдром в виде опухолей иммунной системы не

диагностирован.

Из сопутствующих заболеваний выделен хронический холецистит в стадии

 ремиссии.

Объективное исследование

 Вес: 60 кг

 Рост: 170 см

 Тип телосложения: нормостенический

 Положение пациента: активное

 Сознание: полное, ясное.

 Выражение лица: осмысленное.

 Кожа и видимые слизистые оболочки.

Кожа розового цвета. Тургор сохран ен. На локтевых сгибах и

 передней области шеи отмечены участки воспаления с выраженной

 сухостью и шелушением. На периферии гиперемированных участков

 имеются лихеноидные папулы и очаги лихенификаций. Дермографизм

 белый. Рубцов нет. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов

 розовые, чистые, отделяемого нет.

 Волосы, ногти.

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикул еза не

выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле

или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без

поперечной исчерченности, ухожены.

 Подкожная жировая клетчатка.

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, отеков нет.

Патологического локального скопления жира не найдено.

 Мышечная система.

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и

сила сохранены, болезненности нет. Участков гипотонии,

гипертрофии, парезов и параличей не обнаружено.

 Костный аппарат.

 Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа,

грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

 Суставы.

 Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и

активных движений, болезненности при движениях, хруста,

 изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих

мягких тканей.

 Лимфатические узлы.

 При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

 шейных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные. Также пальпируются паховые лимфоузлы ---

 множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные,

 неподвижные. Другие лимфатические группы не прощупываются, что

соответствует норме.

 Полость рта.

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и

трещин. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые,

блестящие. Зубная формула --- 8:8/8:8, кариеса нет. Нал ета на

языке нет. Миндалины не выходят за пределы передних дужек.

 Шея.

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр емных вен нет.

Ограничений подвижности нет.

 Грудная клетка.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на

одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,

расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках. Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л егких без особенностей.

При аускультации л егких определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

 Сердце.

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка,

выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также

эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не

обнаружено.

Перкуссия сердца без особенностей.

 Границы сердца соответствуют норме.

 Высота стояния правого атриовазального угла находится на III реберном хряще

у нижнего его края, на 0.5 см правее правого края грудины.

 Размеры сердца: поперечник (сумма двух расстояний правой и левой границ

сердца от срединной линии тела) --- 14 см, длинник (расстояние от

правого атриовазального угла до крайней левой точки контура сердца)

--- 15 см. Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см. Сердце имеет

 нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в

ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном

дыхании и его задержке выслушиваются нормальные тоны сердца.

Ослабления, расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа,

дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана,

добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено.

 Аорта и сосуды.

 Пульсации аорты не обнаружено. Извитости и видимой пульсации

области височных артерий, ``пляски каротид", симптома Мюссе и

капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены.

Сосудистых зв ездочек и ``caput medusae" нет. Венный пульс не

определяется. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую

величину.

Артериальное давление.

 Систолическое Диастолическое

Правая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Левая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Пульсовое давление --- 40 мм рт. ст.

 Живот.

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом

флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во

время исследования не обнаружено.

 Желудок.

Осмотр области желудка не да ет информации. При перкуссии

нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускультафрикции. Шум плеска не определяется.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

 Кишечник.

При поверхностной л егкой пальпации болезненности нет.

Сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 2 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Caecum расположена правильно, диаметр 3 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Поперечно ободочная кишка расположена

выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка

гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно,

диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно,

диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет.

 Поджелудочная железа.

Pancreas не пальпируется, что является нормой.

 Печень.

Перкуссия без особенностей.

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

 Селез енка.

Перкуссия без особенностей.

Поперечник селез енки --- 6 см, длинник ---12 см.

Селез енка не пальпируется, что соответствует норме.

 Почки и мочевыводящие пути.

Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

болезненности при покалачивании по поясничным областям нет.

Лабораторные исследования

 Анализ крови клинический. Дата: 14/10/1996 г.

Показатель Результат Норма

Гемоглобин 156 г/л М --- 132.0--164.0 г/л, Ж --- 115.0--145.0 г/л

Эритроциты $5.0 cdot 10^ 12 $ М --- $(4.5-5.0) cdot 10^ 12 $, Ж --- $(3.7-4.7) cdot

10^ 12 $ р

Цветовой показатель 1.0 0.86--1.05

СОЭ 4 мм/ч М --- 1--10 мм/ч,

 Ж --- 2--15 мм/ч

 Заключение: изменений нет.

 Анализ мочи клинический. Дата: 14/10/1996 г.

Показатель Результат Норма

Цвет мочи соломенно--ж елтый соломенно--ж елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1.010 1.010--1.025

Белок отр. до 0.012 г/л

Глюкоза отр. отр.

Эритроциты отр. до 3 в п/зр.

Лейкоциты 0-1 в п/зр. М --- до 3 в п/зр.,

 Ж --- до 5 в п/зр.

Эпителий плоский 0-1 в п/зр. до 1--2 в п/зр.

 Заключение: изменений нет.

 Анализ кала клинический. Дата: 14/10/1996 г.

Показатель Результат Норма

Гельминты и яйца глистов отр. отр.

 Заключение: изменений нет.

 Биохимический анализ крови. Дата: 15/10/1996 г.

Показатель Результат Норма

Общий белок плазмы 69 г/л 65--85 г/л

Холестерин 5.0 ммоль/л 3.9--6.5ммоль/л

Общий билирубин 20.0 мкмоль/л 8.5--20.5 мкмоль/л

Глюкоза 4.0 ммоль/л 3.3--5.5 ммоль/л

АлАТ 0.29 мкмоль/ч мл 0.1--0.68 мкмоль/ч мл

АСТ 0.5 мкмоль/ч мл 0.1--0.68 мкмоль/ч мл

 Заключение: изменений нет.

 Иммунологический статус

Показатель Результат Норма

Эозинофилы 15 % (750) 0.5-5 % (100-300)

Палочкоядерные 2 % (100) 1-6 % (100-300)

Сегментоядерные 35 % (1750) 47-72 % (2200-4200)

Лимфоциты 44 % (2200) 19-37 % (1200-2500)

Моноциты 4 % (200) 3-11 % (200-600)

Т-лимфоциты 66 % (1452) 40-88 % (800-3200)

Т-активные 7 % (154) 22-39 % (400-700)

Т-супрессоры 17 % (374) 10-20 % (150-600)

Т-хелперы 49 % (1078) 30-50 % (800-2500)

ИРК 1/3 1/3

В-лимфоциты 34 % (748) 12-32 % (140-720)

IgM 1.12 г/л 0.8-2.6 г/л

IgG 13.2 г/л 7.8-16.8 г/л

IgA 2.36 г/л 0.7-3.1 г/л

ЦИК 0.075 опт. ЕД 0.034-0.1 опт.ЕД

НСТ спонтанный 16 % 5-12 %

 Заключение: эозинофилия как проявление атопического процесса

в организме, снижение Т-активных лимфоцитов, напряж енность

фагоцитоза.

Аллергологическое исследование

Аллерген Результат

Бер еза, ольха ++

Тимофеевка, мятлик, полевица +++

Микст сорных + подсолнух +++

Д. пыль ++++

Библ. пыль +++

Дом. клещ ++

Т.к.ж. --

Гистамин +++

 Заключение: бытовая, пыльцевая сенсибилизация.

Инструментальное обследование

 Электрокардиография.

Патологических изменений не обнаружено.

 Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря.

Печень нормальных размеров и эхогенности. Край печени острый,

структура однородная. Желчный пузырь не увеличен, стенка его

неравномерно утолщена. В полости гомогенное содержимое.

Диагноз: хронический холецистит в стадии ремиссии.

Обоснование диагноза и диагноз.

Жалобы пациента, объективное исследование и результаты

параклинических тестов позволяют предположить патологию иммунной

системы как основную. На основании жалоб больного, анамнеза и

результатов лабораторных исследований выделен дермоинтестинальный

синдром, проявлениями которого является сочетание нейродермита и

диспепсических расстройств, вызванное аллергией. Дифференциальным

моментом в диагностике атопического компонента явилось исследование

иммунного статуса и аллергологические пробы, показавшие наличие

характерной эозинофилии, сбой Т-системы и очевидные нарушения в

супрессорной регуляции клона В-лимфоцитов, ответственных за синтез

IgE, а также наличие сенсибилизации к бытовым и пыльцевым аллергенам.

На основании анамнеза и УЗИ желчного пузыря выставляем хронический

холецистит в стадии ремиссии в качестве сопутствующего заболевания.

 Клинический диагноз:

Атопический дерматит, сенсибилизация к бытовым и

пыльцевым аллергенам, период умеренного обострения.

Сопутствующее заболевание: хронический холецистит, период ремиссии.

Этиология и патогенез

Абсолютно очевидным является унаследованная предрасположенность к

аллергодерматозам у пациента, так как имеет место поражение кожи у

матери. Однако, помимо этого прослеживаются и другие неблагоприятные

факторы, которые могли способствовать развитию болезни:

профвредности, энтеропатология.

Известно, что кишечник, являясь мощным

антигенным резервуаром организма, имеет значение в возникновении

многих аутоиммунных заболеваний и поражений кожи. У пациента имеется

поражение желудочно-кишечного тракта, что определяется наличием

хронической диареи в анамнезе. Это привело к усугублению нарушения

проницаемости кишечной стенки, недостаточности секреторного IgA,

что способствовало адсорбции бактериальных и пищевых антигенов.

Усугубляющим фактором явилось ухудшение детоксикационной функции

печени, проявившееся в воспалительном процессе в билиарной системе.

Кишечный дисбактериоз, хронические очаги инфекции в носоглотке и

желчном пузыре имеют наибольшее значение в развитии бактериальной

аллергии, которая повышает вероятность образования тканевых антигенов

и развития аутоаллергического процесса. При дерматите выявлено

преобладание гиперчувствительности замедленного типа, что является

одним из факторов, поддерживающих хроническое течение заболевания.

Механизмы воздействия антигенов на больного дерматозом включают

следующие моменты:

продуцирование специфических IgE,

высвобождение медиаторов при последующих контактах антигена с

мастоцитами кожи,

неспецифическая стимуляция лимфоцитов.

Также возможно наличие в прошлом и сейчас скрытых

недиагностированных паразитарных инвазий, которые вместе

с продуктами своей жизнедеятельности считаются существенными факторами

сенсибилизации организма.

Несомненным является факт нарушения продукции IgE как результат

недостаточности Т-супрессоров этого клона и нарушения иммунного

ответа на антигенную стимуляцию. К тому же следы неполадок в

Т-системе можно видеть в иммунном статусе в форме снижения Т-активных

лимфоцитов.

Лечение

Гипоаллергенная диета.

Гипоаллергенные условия быта, одежды, жилища для уменьшения

контакта с вдыхаемыми и контактными аллергенами.

С целью элиминации аллергенов, иммунных комплексов, токсических

метаболитов показано введение 400 мл гемодеза 1 раз в день в течении

тр ех дней в вену капельно.

Антигистаминовые препараты: зертек 10 мг, по одной таблетке 1 раз

в день в течение пяти дней.

Мембраностабилизирующая терапия: задитен 1 мг, по 1 таблетке два

раза в день в течение шести месяцев.

Модуляция иммунитета: декарис 150 мг по одной таблетке на ночь три

дня подряд, затем перерыв четыре дня. Повторять курс в течение

месяца.

Спленин по два мл в мышцы в течение десяти дней.

После купирования обострения показан курс специфической терапии

бытовыми и пыльцевыми аллергенами.

Рекомендации

Гипоаллергенная диета.

Гипоаллергенные условия быта, одежды, жилища.

Исключение полипрогмазии.

Повторение курса СИТ через 6 месяцев.

Консультироваться с иммунологом перед сезонными вакцинациями.

 Подпись куратора : Соболев А. В.

Петров Р. В. Иммунология: Учебник --- М.:

Медицина, 1982.

Торакова В. Р. Экзема и нейродермит у детей.

Тетенев Ф.Ф.

Физические методы исследования в клинике внутренних болезней

(клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробь ева --- М.:

Медицина, 1992. --- В 2 томах. Т. 1, 2.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1, 2. ---

М.: Медицина, 1993.

Материалы лекций и семинаров по иммунологии и аллергологии.

Методические разработки кафедры.