I. паспортная часть

Фамилия x

Имя x

Отчество x

Возраст 22 года

Профессия переплётчик ( КБСМ ).

Дом. адрес СПб., ул. Ольги Форш

Дата поступления 27.01.1997 г.

Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_диффузный нейродермит.

 II. жалобы

На момент поступления: высыпания в области головы,

 лица и шеи, локтевой области,

 предплечья и кисти, подколенной

 области, сопровождающиеся

 сильным зудом.

 III. anamnesis morbi

 Впервые был поставлен диагноз экссудативного диатеза

 в 6 лет, когда появились высыпания в области головы,

 лица и шеи, локтевой области, кисти сопровождвющиеся

 сильным зудом. Заболевание сопровождалось обостре-ниями в осенне - зимний период.

 В 14 лет впервые был поставлен диагноз диффузного

нейродермита. Были назначены мази: “Преднизолоновая”

и “Спермацетовая”, после применения которых появлялось

временное улучшение, а затем вновь возникали рецидивы.

 Начало настоящего рецидива 5 января, когда появились

 высыпания в области головы, лица и шеи, локтевой

области, предплечья и кисти, подколенной области, сопро- вождающиеся сильным зудом.

 По сравнению с предыдущими рецидивами, состояние

резко ухудшилось, в связи с чем обратился в КВД № 122,

где были произведены: УФО, лазеротерапия, иглотерапия. Наступило кратковременное улучшение. После чего вновь наступило обострение, которое связывает с переохлаж-дением после приёма алкоголя, в связи с чем обратился

 в больницу им. Петра Великого в клинику дерматологии, где был помещён на дневной стационар.

 Имеет больничный лист с 27 января.

 IV. anamnesis vitae

 В детстве развивался соответственно возрасту. В 10 лет перенёс краснуху.

 У отца бронхиальная астма. Другие заболевания в семье отрицает.

Семейное положение: холост.

 Условия труда и быта нормальные.

 Психо-эмоциональных нагрузок не испытывает.

 Профессиональные вредности: бумажная пыль,

 загрязнения.

Вредные привычки: курит с 14 лет, злоупотребляет

 алкоголем. Употребление наркотиков отрицает.

Аллергологический анамнез : аллергические высы-пания по- типу крапивницы на употребление шоколада,

цитрусовых, пыльцу мать-и-мачехи и сирени.

Гемотрансфузионный анамнез : гемотрансфузии,

инъекции( до поступления в стационар ) за последние 6 месяцев не производились. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Эпид. анамнез: болезнь Боткина, туберкулёз, малярию, ти- фы, дифтерию, холеру, венерические заболевания отрицает.

 V. status praesens objectivus

1. Общий осмотр кожи.

 Кожные покровы: телесного цвета, тургор сохранён, кожа

 сухая и уплотнённая, характер дермографизма белый,

 стойкий; гиперпигментация; подчёркнутый кожный

 рисунок, наличие изолированных папул. На поверх-

 ности поражённых участков тонкие отрубевидные

 чешуйки и местами - экскориации с серозными и

 гемморагическими корочками. В области складок на

 фоне выраженной лихенизации имеются линейные

 трещины.

 Волосяной покров : равномерный, симметричный,

 соответствует полу.

 Ногти : овальной формы, сухие.

 Видимые слизистые оболочки: чистые, влажные, розовые.

 Подкожная клетчатка: выражена умеренно, распределена

 равномерно. Толщина складки на уровне пупка - 1 см.

 Лимфатическая система : подчелюстные и шейные узлы

 размером 0.5 х 0.5 см, безболезненны;

 надключичные, подключичные, подмышечные,

 паховые узлы не пальпируются, безболезненны.

 Мышечно-суставная система : деформаций скелета нет,

 мышечная система развита хорошо;

 сила мышц сохранена в полном объёме.

 2. Сердечно-сосудистая система.

 Осмотр: грудная клетка в области сердца без изменений.

 Пальпация: верхний толчок не пальпируется;

 пульс - 80 ударов в минуту; ритмичный,

 удовлетворительного наполнения; не

 напряжён; симметричен на обеих руках;

 АД - 110 / 70 мм рт. ст.

 Перкуссия :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ***Границы***  ***сердца*** |  ***Относительная сердечная тупость*** |  ***Абсолютная*** ***сердечная тупость*** |
| **Правая:** **IV м/р.** **III м/р.** | на 1.5 см от правого края грудины у правого края грудины  | у правого края грудиныу левого края грудины |
| **Верхняя** | соответствует нижнему краю III ребра по l. parasternalis | верхний край IV ребрамежду l.sternalis и l.parasternalis |
| **Левая :** **V м/р.** **IV м/р.** **III м/р.** | 1.5 см кнутри от l.medieclavicularis sinistra1.5 см кнутри от l.medieclavicularis sinistraна 1 см от левого края грудины | на 2см кнутри от гра-ницы относительной сердечной тупостина 2см кнутри от гра-ницы относительной сердечной тупостина 2см кнутри от гра-ницы относительной сердечной тупости |

 Сосудистый пучок во II м/р. не выходит за края грудины.

Аускультация: тоны сердца ясные, соотношение тонов

 на верхушке и на основании не изменено.

3. Дыхательная система .

 Осмотр: частота дыхания - 18 в минуту; Дыхание средней

 глубины, ритмичное. Тип дыхания - брюшной,

 грудная клетка конусообразной формы.

 Обе половины активно участвуют в акте дыхания.

 Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластична,

 голосовое дрожание хорошо проводиться и одинаково

 в симметричных участках грудной клетки.

 Топографическая перкуссия лёгких:

 Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **правое лёгкое** |  **левое лёгкое** |
| **l.parasternalis** |  верхний край VI  ребра |  ‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑  |
| **l.medioclavicularis** |  нижний край VI ребра |  ‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑  |
| **l.axillaris ant.**  |  VII ребро |  VII ребро |
| **l.axillaris med.** |  VIII ребро |  IX ребро  |
| **l.axillaris post.** |  IX ребро |  IX ребро |
| **l.scapularis** |  X ребро |  X ребро |
| **l.paravertebralis** |  на уровне остистого отростка  XI грудного позвонка  |

 Высота стояния верхушек:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **справа** |  **слева** |
|  **спереди** |  3.5 см выше ключицы  |
|  **сзади**  |  на уровне остистого отростка  VI шейного позвонка |

 Подвижность лёгочных краёв : по l.axillaris ant.

 справа - 5 см, слева - 5 см.

 При сравнительной перкуссии - коробочный звук.

 Аускультация : дыхание везикулярное.

4. Пищеварительная система.

 Полость рта: слизистые чистые, розовые, полость рта са-нирована. Миндалины удалены.

 Поверхностная пальпация: при поверхностной пальпации

живот мягкий, безболезненный.

 Глубокая пальпация: сигмовидная кишка в левой под-

вздошной области пальпируется, диаметром 1 см, поверх-

ность гладкая, эластичная, не урчит; слепая кишка в правой подвздошной области не пальпируется; восходящая кишка-

не пальпируется; поперечно-ободочная кишка пальпирует-ся, диаметром 1.5 см, поверхность гладкая, эластичная, не урчит; нисходящая кишка не пальпируется.

 Печень: при пальпации не выходит за край рёберной дуги,

размеры печени по Курлову 9 х 7 х 6 см.

 Селезёнка: не пальпируется; при перкуссии верхний полюс-IX ребро, нижний полюс-XII ребро по l**.**axillarisant.

 5. Мочеполовая система.

 Осмотр поясничной области: поясничная область сим- метрична, без видимых деформаций.

 Почки не пальпируются.

 Осмотр наружных половых органов: при осмотре дефор- маций и каких-либо изменений не выявлено. По развитию соответствуют возрасту.

 Пальпация наружных половых органов: грубых измене-ний не выявлено.

 6.Нервная ситема.

 Повышенная возбудимость.Память сохранена. Сон хороший. Сухожильные рефлексы сохранены. Зрачковый рефлекс сохранен.Патологических рефлексов нет.

 7.Органы чувств.

 Зрение: миопия visus OS = -5,0 ; visus OD = -7,0.

 Слух, обоняние, осязание в полном объёме.

 8.Дерматологический статус.

 Процесс локализуется в области головы, лица и шеи, локтевой области, предплечья и кисти, подколенной области.

 Первичные элементы: плоские и мелкие узелки со склонностью к группировке.

 Вторичные элементы: лихинефикаты, экскориации.

 VI. окончательный диагноз и

 его обоснование

 На основании жалоб больного, данных анамнеза и дан- ных объективного осмотра ( 1. первичные элементы - мелкие папуллёзные элементы со склонностью к группи-ровке; 2. вторичные элементы - лихенификаты; 3. типичная локализация процесса в области головы, лица и шеи, лок-тевой области, предплечья и кисти, подколенной области;

 4. стойкий белый дермографизм; 5. предшествующее забо-левание - экссудативный диатез; 6. сильный зуд; 7. реци-дивы заболевания в осенне - зимний период и ремиссии в

летний период; ) был поставлен диагноз диффузного нейродермита.

 VII. дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Пока-затели.** |  **Нейродермит.** |  **Экзема.** |  **Токсикодермия.** |
| **Клини-**  **ка.** | Элементы сыпи локализуются на:задней и боковой поверхности шеи, куби­тальных и подко­ленных ям-ках. Отмечается общий ксероз ко-жи и ли­хени­фика-ция. Кожные про-явления сочета-ются с дру­гими ал­лергическими со­стояниями- ри-нитом и астмой. | Элементы сы-пи локализу-ются симмет-рично, на раз-гибательных по­верхностях конечностей.Имеются ал­лергиды- эк­зе-матиды, очаги лихенизации.Процесс может быть в состоянии эритродермии. | Элементы сы-пи локализу-ются на любых участках тела вплоть до то-тальной эри-тродермии. Сыпи бывают: пятнистые, папу­лезные, урти­карные, вези­кулезные, буллезные,эритематоз-ные. |
| **Эле-менты сыпи.** | Эритема,папулы,уртикарные элементы. | Пятна,папулы, везикулы, эро-зии, ” экзема-тозные колод-цы”, чешуйки, корочки . | Пятна, папу-лы, уртикар- ные элементы везикулы, буллы,эритема. |
| **При-чина заболе-вания.** | Врождённые аномалии образования ферментов и белков. | Нервно-аллергическое заболевание. | Приём пищи и лекарствен-ных веществ, обладающих аллергическими и токсико-аллергически-ми свойствами |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Субьек-тивные****ощуще-ния.** | Периодические приступы зуда, сухость кожи. | Зуд, жжение, напряжение и стянутость кожи, общие явления, лихо-радка, повы-шение темпе-ратуры.  | Сильный зуд, ряд общих расстройств: головная боль, потеря аппетита, общая слабость. |
| **Тече-** **ние.** | Хроническое,чередование рецидивов и ремиссий. | Длительное,рецидивирую- щее, волно-образное. | Острое, про-ходящее после прерывания действия эти-ологического фактора. |

 VIII. этиология и патогенез основного

 заболевания.

 Важную роль в развитии нейродермита играют нару-шения функционального состояния различных отделов

нервной системы. Об этом свидетельствуют, в частности,

стойкий белый дермографизм, выраженный пиломоторный рефлекс, понижение проницаемости сосудов кожи, наруше-

ние терморегуляционных рефлексов и выработки условных

рефлексов, эффективность гипнотерапии.

 Причинами данного заболевания могут быть врождён-

ные аномалии: нарушение образования различных фермен-

тов; нарушение образования белков ( агистидинизация

 приводит к общей сенсибилизации ); эктодермальная ангидротическая дисплазия; фенилкетонурия; агаммаглобу-

линемия, связанная с полом и т.д.; нарушение сахарного обмена - снижение толерантности к глюкозе; аномалия

 эозинофильных клеток; гипертиреодизм; дисфункции кле-

точного и гуморального иммунитета ( уменьшение цирку-

лирующих Т-лимфоцитов, снижение уровня IgA и IgM при

увеличении IgG и IgE ). Данная диспропорция обусловли-вает постоянноеподдержание на коже инфекционного про-

цесса и аллергического состояния кожи; вазомоторные рас-

стройства ( повышение парасимпатического тонуса ); неадекватную чувствительность сосудистой стенки к ацетил-

холину и катехоламинам; нечувствительность к гистамину,

брадикинину, серотонину ( вазодилататорам ).

 IX. лечение

 1. Диета с понижением белков, к которым повышена

 чувствительность и включение их в рацион кисло-

 молочных продуктов.

 2. Витаминотерапия ( витамины  и его производные,

 , *A* и  *E* ).

 3. Рекомендуются десенсибилизирующие препараты

 ( препараты кальция ).

 X. список используемой

 литературы

1. С. Т. Павлов “Кожные и венерические болезни “

 Москва - “ Медицина “ - 1985 г.

2. В. В. Владимиров “ Кожные и венерические болезни “

 Москва - Медицина - 1980 г.

3. Л. Д. Тищенко “ Практикум по дерматовенерологии “

 Москва - Университет дружбы народов - 1990 г.