# I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

# Ф.И.О.:

Возраст:

Пол:

Национальность:

Семейное положение:

Образование:

Профессия и место работы:

Домашний адрес:

Дата поступления: 18 марта 1998 г.

# II. ЖАЛОБЫ

Больная предъявляет жалобы на высыпания на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи, сопровождающиеся сильным зудом, а также на сухость кожи, ее шелушение и чувство стягивания в зоне очагов. Кроме того, больную беспокоит общая слабость, недомогание и периодическая бессонница.

# III. ANAMNESIS MORBI

Со слов больной, заболевание возникло в трехлетнем возрасте в виде диатеза, когда в области ушных раковин на фоне покраснения кожи появились диффузные высыпания, которые затем распространились на кожу лица, шеи, верхних и нижних конечностей. Процесс сопровождался сильным зудом, мокнутием с образованием корок. После проведенного лечения высыпания исчезли. Характер проводимого лечения пациентка указать не может. В дальнейшем больная неоднократно находилась на стационарном лечении в ОКВД по поводу рецидивов первичного процесса, возникавших преимущественно в весенне-осенний период.

Последнее обострение возникло 4 года назад. Больная поступила в

ОКВД с диагнозом 'диффузный нейродермит', прошла очередной курс

лечения с использованием антигистаминных, противозудных,

гормональных и общеукрепляющих препаратов, была выписана со

значительным улучшением.

Вне стационара больная занималась самолечением, применяя хлорид кальция, димедрол, крем «Nivea» с флуцинаром и настойку пустырника, что приносило временное облегчение состояния, но не влияло на динамику высыпаний.

За последние 5 лет больная два раза проходила курсы санаторного лечения на южных курортах без значительного улучшения. Развитие обострений больная связывает с наличием пищевой аллергии, отмечаемой с раннего детства, в последнее время - аллергии на промышленные красители в связи с профессиональным обучением. Также отмечает стрессовые ситуации в связи с переживаниями по поводу заболевания. Кроме того, больная придает большое значение возможности наследственной предрасположенности, поскольку у ее бабушки была профессиональная экзема.

Настоящее обострение, со слов больной, наступило в конце января 1998 года, когда на фоне покраснения кожи появились характерные высыпания сначала на лице, затем на шее и верхних конечностях, сопровождавшиеся слабым зудом. Причиной обострения больная считает вышеуказанные факторы. В течение нескольких недель процесс не вызывал беспокойства больной, которая продолжала использовать прежние методы самолечения, но к середине марта общее состояние ухудшилось, усилился зуд, появились новые высыпные элементы, что заставило больную обратиться к врачу. 18 марта 1998 года была госпитализирована в Ивановский ОКВД с диагнозом 'диффузный нейродермит'.

До момента курации проводилось следующее лечение:

## - пипольфен внутрь

- никотиновая кислота, кальция глюконат внутримышечно - серно-салициловая мазь местно.

Состояние несколько улучшилось, но высыпания сохраняются.

# IV. ANAMNESIS VITAE

Пациентка родилась в рабочей семье, 2-м ребенком. Росла и развивалась соответственно возрасту. В детском возрасте перенесла экссудативный диатез, простудные заболевания.

После окончания 9 классов поступила в профессиональный лицей N 33, где и обучается в настоящее время.

Menarche - в 13 лет. Menses - безболезненные, продолжительностью 5 дней. Половую жизнь начала в 16 лет. Не замужем. Беременности, роды отрицает.

Проживает в благоустроенной квартире с родителями и братом.

Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, гастроэнтероколит, миопия. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливалась, донором не была.

Отмечает аллергические реакции на кофе, шоколад, какао, яйца, молоко, цитрусовые, маринады, клубнику, мед, томаты, а также на красители. Лекарственные препараты переносит хорошо. Семейный анамнез: порок сердца у 14-летнего брата; профессиональная экзема у бабушки.

# V. STATUS PRAESENS

1. Общее состояние больной.

Общее состояние больной удовлетворительное, самочувствие хорошее.

Выражение лица осмысленное. Сознание ясное. Положение активное.

Рост - 174 см. Масса - 73 кг. Индекс Брока - 95% - норма.

Телосложение по астеническому типу, пропорциональное.

Патологических изменений головы и лица нет.

Температура тела 36,6.

2. Общие свойства кожи.

Видимо здоровые участки кожного покрова розовой окраски, чистые, умеренно влажные и эластичные, рисунок не усилен, кровенаполнение достаточное. Кожа теплая.

Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно.

Толщина кожной складки на передней поверхности живота 2 см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет.

Кожные фолликулы не изменены. Отмечаются отдельные пигментные невусы. Патологических элементов нет.

Волосы густые, черные, мягкие, эластичные. Оволосение по женскому типу. Ногти на руках полированные, с блеском.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Дермографизм белый, скрытый период - 5 с., явный - около 2 мин., локализованный, не возвышается над уровнем кожи. Мышечно-волосковый рефлекс локализованный, появляется в виде «гусиной кожи» на месте проведения холодным предметом, держится 10 с. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена, гиперестезии нет.

3. Состояние лимфатических узлов.

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет. Передние шейные, подмышечные и паховые узлы при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, размеры - до 1 см. Остальные группы узлов не пальпируются.

4. Костно-мышечная система.

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные группы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и параличей нет. Мышечная сила достаточная, болезненность при пальпации отсутствует.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет. Болезненности при пальпации суставов нет.

Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

5. Система органов дыхания.

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание грудное. Грудная клетка конической формы, симметричная. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных шумов не обнаружено.

6. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный.

Частота пульса 72 удара/мин. Артериальное давление 110/65 мм.рт.ст.

Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается. Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

7. Система пищеварения.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет. Стул не изменен.

Зев, миндалины, глотка без изменений. Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. При поверхностной ориентировочной пальпации - живот мягкий, спокойный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие. - большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка. Размеры печени по Курлову: 9, 8, 7 см. Нижний край печени пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8 см, поперечный - 4 см.

8. Мочеполовые органы.

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

Отеков нет.

Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный.

9. Эндокринная система.

Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются.

Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

10. Нервная система.

Память, сон не нарушены. Отношение к болезни адекватное. Нарушений слуха, вкуса, обоняния нет. Имеется миопия слабой степени. Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет.

Менингеальные симптомы отрицательные.

Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

# VI. STATUS LOCALIS

Процесс распространенный, симметричный, протекает по типу хронического воспаления. Высыпания располагаются диффузно на коже лица, заушной области и шеи, сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов. Высыпания представлены папулами, экскориациями, трещинами, чешуйками, очагами лихенификации. Первичный морфологический элемент - папула, размером с просяное зерно, розово-красного цвета, округлых очертаний, четко отграничена. Папулы возвышаются над уровнем кожи, поверхность шероховатая, консистенция плотная.

На сгибательных поверхностях верхних конечностей папулы имеют

склонность к слиянию с образованием мелкофестончатых очагов

сплошной папулезной инфильтрации, в результате чего в области локтевых сгибов и лучезапястных суставов сформированы очаги лихенификации с утолщением кожи и усилением кожного рисунка. Очаги на верхних конечностях и в области шеи покрыты множественными экскориациями в результате интенсивного зуда. Кожа в местах локализации патологического процесса сухая, на поверхности имеется выраженное мелкопластинчатое шелушение. Чешуйки беловатого цвета, сухие, легко отделяются при поскабливании. Отделение сопровождается болезненными ощущениями.

Изоморфная реакция (феномен Кебнера) отсутствует. На руках ногти имеют полированный вид в результате интенсивного расчесывания кожи.

В области локтевых сгибов, лучезапястных суставов и области шеи определяются очаги гиперпигментации в виде диффузно расположенных пятен бурого цвета неправильной формы, дополняющие картину лихенификации пораженных участков.

Кроме того, имеется пиококковое поражение кожи (импетиго) в виде радиальных трещин в углах рта (заеды).

Результаты специальных методов исследования:

1. При диаскопии розово-красный цвет папул исчезает.

## 2. Тактильная, болевая и температурная чувствительность в

патологических очагах сохранена.

# VII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 19/III 98г.

Гемоглобин - 130 г/л

Лейкоциты - 5,7 Г/л

Эозинофилы - 2%

Сегментоядерные - 66%

Лимфоциты - 31%

Моноциты - 1%

СОЭ - 4 мм/час

Заключение: без патологии.

2. Исследование крови на RW от 19/III 98г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 19/III 98г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1012

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 3-6 в поле зрения

Лейкоциты - 10 в поле зрения

Слизь +

Бактерии +

Заключение: лейкоцитурия.

4. Исследование крови на антитела к ВИЧ от 19/III 98г.

Результат отрицательный.

# VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диффузный нейродермит.

Повод так судить дают следующие факты:

1. Наличие в анамнезе экссудативного диатеза.

2. Наличие наследственной предрасположенности; аллергические реакции.

3. Наличие у больной распространенных высыпаний на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи, сопровождающихся сильным зудом, первичным морфологическим элементом которых является папула. Наличие очагов выраженной лихенификации, образовавшихся при слиянии морфологических элементов. Наличие гиперпигментации, сухости кожи и выраженного шелушения в очагах поражения.

4. Наличие полированных ногтевых пластинок.

5. Наличие симпатергической реакции в виде стойкого белого дермографизма, выраженного пиломоторного рефлекса.

# IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Больной поставлен предварительный диагноз 'диффузный нейродермит'. Данную нозологическую единицу необходимо дифференцировать с псориазом и хронической экземой, поскольку эти заболевания имеют сходную клиническую картину.

1. Нейродермит и псориаз имеют следующие общие признаки:

- диффузные симметричные высыпания в виде розово-красных папул, склонных к слиянию, занимающих обширную поверхность кожного покрова. - наличие шелушения.

- субъективные ощущения в виде зуда.

Вместе с тем у больной присутствует ряд признаков, не характерных для псориаза:

- преимущественная локализация высыпаний на сгибательной поверхности конечностей.

- интенсивный зуд.

- значительная симпатергическая реакция в виде стойкого белого дермографизма и выраженного пиломоторного рефлекса. Кроме того, ряд проявлений, свойственных псориазу, отсутствует у данной больной:

- патогномоничная для псориаза триада феноменов: («стеаринового пятна», «терминальной пленки», «точечного кровоизлияния»). - преимущественная локализация не на сгибательных, а на разгибательных поверхностях крупных суставов.

- зуд незначительный.

- поражение ногтевых пластинок по типу «наперстка».

2. Общими признаками для нейродермита и экземы являются:

- преимущественная локализация высыпаний на лице и конечностях.

- интенсивный зуд.

- наличие очагов хронической инфильтрации и лихенификации.

- выраженное шелушение.

Однако у больной имеются признаки, не характерные для экземы, а именно:

- первичным элементом является лихеноидная папула. - преимущественная локализация высыпаний на сгибательной поверхности конечностей.

- наличие симпатергической реакции.

Кроме того, у больной отсутствуют следующие признаки экземы:

- наличие характерных для экземы полиморфных высыпаний (эритема, серопапулы, микровезикулы).

- отсутствие четкой границы очагов.

- длительное обильное мокнутие.

- наличие симптома «сецернирующих колодцев».

Таким образом, пациентке выставляется диагноз 'диффузный нейродермит'.

# X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз:

Диффузный нейродермит (атопический дерматит).

Диагноз основывается на следующих данных:

1. Жалобы на высыпания на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи, сопровождающиеся сильным зудом, а также на сухость кожи, ее шелушение и чувство стягивания в зоне очагов.

2. Наличие в анамнезе экссудативного диатеза; наличие

наследственной предрасположенности; аллергические реакции на

пищевые продукты и промышленные красители. Это служит фоном для развития данного заболевания, носящего характер атопического дерматита.

3. Наличие значительной симпатергической реакции в виде стойкого белого дермографизма и выраженного пиломоторного рефлекса - патогномоничные для нейродермита признаки.

4. Типичная для нейродермита локализация высыпаний, представленых папулами, экскориациями, трещинами, чешуйками, очагами лихенификации.

5. Наличие полированных ногтевых пластинок в результате расчесывания кожи, обусловленного сильным зудом. 6. Характерные вторичные изменения в области локтевых сгибов, лучезапястных суставов и области шеи, представленные очагами гиперпигментации в виде диффузно расположенных пятен бурого цвета неправильной формы, дополняющими картину лихенификации пораженных участков.

# XI. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Нейродермит - хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, проявляющееся интенсивным зудом, симпатергической реакцией кожи, папулезными высыпаниями и выраженной лихенификацией. Первые признаки атопического дерматита обычно возникают в грудном возрасте. Риск генетической отягощенности достигает 60-80%, если атопия с поражением кожи имеет место у обоих родителей. Этот риск при поражении одного из родителей снижается до 40-60%, но и при отсутствии семейного аллергологического анамнеза заболевание детей атопическим дерматитом не исключается. Предрасположенность к аллергии может неопределенно долго оставаться на уровне латентной атопии, не сопровождаясь клиническими проявлениями.

Атопический дерматит - полифакториальное заболевание. Оно возникает

под воздействием экзо- и эндогенных факторов, главным образом

таких, как нарушение обмена веществ, деятельности нервной системы,

желез внутренней секреции, внутренних органов. Нарушения функции

высших отделов ЦНС могут развиваться первично и играть

этиологическую роль в возникновении нейродермита, а также возникать

вторично вследствие упорного течения кожного заболевания,

сопровождающегося интенсивным зудом и бессонницей, и носить

патогенетический характер, отягощающий течение заболевания. В

результате создается порочный круг - тяжелое течение нейродермита, интенсивный зуд, нарушение сна поддерживают и усиливают расстройства ЦНС, а последние ухудшают течение нейродермита. Этим в какой-то степени объясняется обострение кожного процесса у больных нейродермитом после нервно-психических травм и длительных отрицательных эмоций.

Кроме того, у больных нейродермитом наблюдаются функциональные нарушения деятельности коры надпочечников, щитовидной и половых желез.

Длительное перенапряжение нервно-эндокринной системы создает фон для развития аллергических реакций. Значение аллергического состояния при нейродермите подтверждается следующими фактами:

- нейродермит нередко начинается с детской экземы, возникающей, как правило, на фоне диатеза.

- наличие у большинства больных повышенной чувствительности к различного рода аллергенам, преимущественно - к пищевым. - частое сочетание нейродермита с другими аллергическими заболеваниями.

Таким образом, рассматриваемые с точки зрения функциональных нарушений нервной системы, эндокринных и обменных расстройств, а также наличия аллергического состояния причины возникновения и механизмы развития нейродермита не исключают, а взаимно дополняют друг друга.

В отношении курируемой больной основную роль в этиопатогенезе

следует придавать наличию генетической предрасположенности (экзема

у бабушки), а также аллергии на множество пищевых продуктов и

красителей. Немалое значение имеет упоминание в анамнезе

экссудативного диатеза, который, согласно современным

представлениям, является своеобразным патогенетическим фоном для развития многих заболеваний, в том числе и атопического дерматита. Кроме того, на развитие болезни могло повлиять наличие у больной повышенного тонуса симпатической нервной системы, а поддержанию патологического процесса способствовали частые эмоциональные переживания по поводу заболевания.

# XII. ГИСТОПАТОЛОГИЯ

Диффузный нейродермит характеризуется наличием папул, очагов лихенификации, гиперпигментации, сопровождающихся шелушением. В патогистологическом отношении их появление связано с акантозом и умеренной клеточной инфильтрацией сосочкового слоя дермы, а также паракератозом и внутри- и межклеточным отеком сосочков дермы.

# XIII. ЛЕЧЕНИЕ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО

Режим больной - общий, лечебно-охранительный с исключением эмоционального перенапряжения.

Диета - молочно-растительная с исключением раздражающих продуктов и пищевых аллергенов.

Медикаментозная терапия носит патогенетический и симптоматический характер, поскольку вопрос об этиологии заболевания окончательно не решен. Основываясь на имеющихся данных, больной следует назначить десенсибилизирующую, иммуностимулирующую и общеукрепляющую терапию. Местно следует использовать противовоспалительные, кератолитические, разрешающие средства.

Общая терапия.

1. Хлорид кальция (Calcii chloridum).

Препарат кальция. Обладает десенсибилизирующим, антиаллергическим, противозудным действием. Механизм действия до конца не выяснен. Одним из компонентов действия является уменьшение проницаемости капилляров дермы, уплотнение клеточных мембран, нормализация активности аденилатциклазы.

Следует использовать с осторожностью, поскольку его симпатергическое влияние может активировать процесс.

## Rp. Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно медленно 1 раз в день.

2. Метилурацил (Methyluracilum).

Стимулятор метаболических процессов. Ускоряет процессы клеточной регенерации, стимулирует клеточные и гуморальные факторы защиты. Также оказывает противовоспалительное действие.

## Rp. Methyluracili - 0,5

D.t.d. N. 50 in tabul.

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

3. Аскорбиновая кислота (витамин C, Acidum ascorbinicum). Обладает сильно выраженными восстановительными свойствами за счет наличия в молекуле диэнольной группы. Участвует в регуляции окислительно-восстановительных процессов в организме, способствует синтезу стероидных гормонов, образованию коллагена и уплотнению клеточных мембран капилляров.

## Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 2 ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

Местная терапия.

В качестве лекарственной формы для наружной терапии следует

использовать мазь, так как данная форма наилучшим образом

соответствует характеру процесса: хроническое воспаление,

сопровождающееся инфильтрацией, паракератозом и шелушением.

Противопоказания к применению мази (наличие мокнутия) отсутствуют. Механизм действия мази заключается в усилении кровообращения за счет уменьшения теплоотдачи и согревания кожи, что способствует разрешению инфильтрата. Под слоем мази происходит накопление влаги, что способствует разрыхлению рогового слоя эпидермиса и более глубокому проникновению лекарственных веществ. Кроме того, мазевая основа размягчает чешуйки и способствует их удалению. При нейродермите следует применять нераздражающие мази. В такую мазь необходимо ввести следующие активнодействующие вещества:

- сера.

Обладает противовоспалительным и разрешающим действием. За счет расширения сосудов, усиления кровотока и оживления обменных процессов в пораженных тканях способствует разрешению инфильтрата. - салициловая кислота.

Обладает кератолитическим действием. В малых концентрациях вызывает отшелушивание рогового слоя, в больших - мацерацию.

Rp.: Acidi salicylici - 2,0

Sulfuris praecipitati - 2,0

Lanolini ad 100,0

M.f. unguentum.

D.S. Наружное (2%-серносалициловая мазь).

# XIV. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ)

1/IV 98г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 20/мин

Температура тела - 36,6

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной. Жалобы на высыпания на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи, сопровождающиеся зудом, а также на сухость кожи, ее шелушение и чувство стягивания в зоне очагов. Кроме того, больную беспокоит общая слабость, недомогание и бессонница. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

- Диета - молочно-растительная с исключением раздражающих продуктов и пищевых аллергенов.

- Sol. Calcii chloridi 10% 10 мл внутривенно.

- Sol. Acidi ascorbinici 5% 2 мл внутримышечно.

- Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день.

- 2%-серносалициловая мазь на очаги 2 раза.

2/IV 98г.

1. Пульс - 76/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36,8

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной.

Жалобы те же.

Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

3/IV 98г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 16/мин

Температура тела - 36,7

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной.

Жалобы те же.

Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

6/IV 98г.

1. Пульс - 76/мин

Частота дыхания - 20/мин

Температура тела - 36,6

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной. Жалобы на высыпания на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи. Отмечает снижение зуда, улучшение общего самочувствия, нормализацию сна.

Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет. По имеющимся - побледнение очагов, уменьшение шелушения. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

7/IV 98г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 22/мин

Температура тела - 36,8

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной.

Жалобы те же.

Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет. По имеющимся - побледнение очагов, уменьшение шелушения. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

8/IV 98г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 16/мин

Температура тела - 36,6

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной. Жалобы на высыпания на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи. Зуд не беспокоит. Спит хорошо.

Общее состояние удовлетворительное. Намечается тенденция к

разрешению процесса: отсутствие новых высыпаний, побледнение

имеющихся, отсутствие шелушения.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

# XV. ПРОГНОЗ И ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный. Для предупреждения рецидивов следует избегать конфликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений. Целесообразно применять седативные препараты, витамины группы В и С.

Больной необходимо придерживаться молочно-растительной диеты с

исключением раздражающих продуктов и пищевых аллергенов.

Недопустимо употребление алкогольных напитков. В летний период рекомендуется носить легкую открытую одежду, чаще быть на открытом воздухе, солнце, купаться.

Необходимо соблюдать правила личной гигиены - чаще мыться с мылом, под душем, принимать ванну.

Необходимо поставить больную на диспансерный учет с частотой осмотров не реже 2 раз в год.

Рекомендовано санаторно-курортное лечение на курортах Южного берега Крыма, а также на курортах с серными, сероводородными, йодобромистыми и радоновыми источниками.

## XVI. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Для профилактики возникновения рецидивов заболевания необходимо избегать стрессовых ситуаций, придерживаться молочно-растительной диеты с исключением раздражающих продуктов и пищевых аллергенов. Целесообразно применять витамины группы В и С, седативные средства. В домашних условиях можно применять хвойные, горчичные ванны. Для предупреждения рецидивов необходимо диспансерное наблюдение не реже 2 раз в год.

Рекомендовано санаторно-курортное профилактическое лечение.

# XVII. ЭПИКРИЗ

x, … лет, находится на стационарном лечении в ивановском ОКВД с 18 марта 1998 года по поводу диффузного нейродермита.

Больная поступила с жалобами на высыпания на коже лица,

сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи,

сопровождающиеся сильным зудом, на сухость кожи, ее шелушение и чувство стягивания в зоне очагов, а также на общую слабость, недомогание и периодическую бессонницу.

При объективном обследовании на коже лица, сгибательной поверхности рук, заушной области и шеи обнаружены папулезные высыпания, сливающиеся в очаги лихенификации. Процесс сопровождался зудом и шелушением. Выявлена значительная симпатергическая реакция в виде стойкого белого дермографизма и выраженного пиломоторного рефлекса. Ногтевые пластинки кистей полированы.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение: без патологии), общий анализ мочи (заключение:

лейкоцитурия), анализ крови на RW и антитела к ВИЧ (результат отрицательный).

Назначено следующее лечение: Sol. Calcii chloridi 10% 10 мл

внутривенно, Sol. Acidi ascorbinici 5% 2 мл внутримышечно,

Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день, местно -

2%-серносалициловая мазь 2 раза в день. Лечение переносится без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчезновение зуда, нормализация сна, тенденция к разрешению процесса (отсутствие новых высыпаний, побледнение имеющихся, отсутствие шелушения).

Рекомендовано:

1. Продолжать назначенное лечение с соблюдением охранительного режима.

2. Придерживаться молочно-растительной диеты с исключением раздражающих продуктов и пищевых аллергенов.

3. Избегать стрессовых ситуаций.

4. В домашних условиях применять хвойные и горчичные ванны; принимать седативные препараты, витамины группы В и С. 5. В летний период носить легкую открытую одежду, чаще бывать на открытом воздухе, солнце, купаться.

6. Соблюдать правила личной гигиены - чаще мыться с мылом, под душем, принимать ванну.

7. Регулярное диспансерное наблюдение.

8. Санаторно-курортное лечение на курортах Южного берега Крыма, а также на курортах с серными, сероводородными, йодобромистыми и радоновыми источниками.

.

# XVIII. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

* Головинов Э.Д., Переверзев Ю.М. Учебная история болезни в клинике кожных и венерических болезней.: Методические разработки для студентов, интернов, субординаторов и клинических ординаторов.-Иваново, 1992,- 32 с.
* Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей /Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницына.- М.:Медицина, 1989,- 672 с.
* Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х т.-Т.2 /Под ред. Ю.К.Скрипкина.- М.:Медицина, 1995,- 544 с.
* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 13-е, новое.-Харьков: «Торсинг», 1998, тт. I, II.
* Переверзев Ю.М. Гистопатолотия кожи и морфологические элементы кожной сыпи.: Учебно-методическое пособие для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям.- Иваново, 1988.- 40 с.
* Практикум по дерматовенерологии: Учебное пособие /Л.Д.Тищенко, Г.К.Гагаев, А.В.Метельский, О.В.Алита.- М.: Издательство УДН, 1990,- 125 с.
* Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.- М.: Медицина,1995,-464 с.
* Тумаркин Б.М. и др. Основы наружной терапии в дерматовенерологии /Б.М.Тумаркин, К.П.Венедиктова, Ю.М.Переверзев, Э.Д.Головинов.-Иваново, 1982,- 38 с.
* Харкевич Д.А. Фармакология. Учебник. Изд. 5-е, стереотипное.- М.:

Медицина, 1996.- 544 с.