I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

Ф.И.О : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: 19 лет.

Пол: мужской.

Семейное положение: не женат.

Образование: неполное высшее.

Профессия и место работы: студент Вят ГТУ 1 курс.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: 19 марта 2001 г.

II. ЖАЛОБЫ.

Больной поступил в стационар с жалобами на высыпания на коже лица, век, заушной области и задней поверхности шеи, сопровождающиеся сильным

зудом усиливающимся к вечеру, а также на сухость кожи, ее шелушение.

III. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Считает себя больным с октября 2001, когда появились высыпания на коже лица, век, заушной области и задней поверхности шеи, сопровождающиеся сильным зудом носящим постоянный непроходящий характер, усиливающимся к вечеру, в результате чего больной плохо засыпал. В результате расчесываний в местах, где зуд был наиболее выражен (задняя поверхность шеи) появились экскориации. Больной вынужден был обратиться к врачу, где ему было назначено следующее лечение: гидрокортизоновая мазь. После проведенного

лечения высыпания, зуд не исчезли. Вне стационара больной занимался самолечением, применяя крем флуцинар и настойку пустырника, что приносило временное облегчение состояния, но не влияло на динамику высыпаний. Снова обратился в поликлиннику ,где назначили пипольфен, никотиновую кислоту, кетотифен, противозудную мазь с ментолом. Зуд несколько уменьшился. Направлен военно-призывной комиссией в ОКВД для исключения диагноза диффузного нейродермита. Поступил в ОКВД 19 марта 2002 года с диагнозом ограниченный нейродермит в стадии обострения. Заболевание обостряется в осенне-зимний период, летом высыпания и зуд уменьшаются.

IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Пациент родился в семье рабочих , единственным ребенком. Рос и

развивался соответственно возрасту. После окончания 11 классов поступил в Вят ГТУ, где и обучается в настоящее время. Проживает в благоустроенной квартире с родителями. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Курит с 17 лет по половине пачки в день, алкоголь и наркотики не употребляет. Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый пиелонефрит, экссудативный диатез в 1987 году после которого появились проявления ограниченного нейродермита. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливалась, донором не был. Аллергических реакций на лекарственные и пищевые вещества нет.

Наследственность не отягощена.

V. ОБЬЕКТИВНЫЙ СТАТУС.

1.Общее.

Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хорошее.

Сознание ясное. Положение активное. Рост - 174 см. Масса - 63 кг. Индекс Брока - 95% - норма.

Телосложение по астеническому типу, пропорциональное.

Патологических изменений головы и лица нет.Температура тела 36,6.

2. Общие свойства кожи.

Видимые 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. 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.

4. Костно-мышечная система.

Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные группы

мышц развиты симметрично.

Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение

правильное. 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 - 18/мин., дыхание брюшное.

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;

6. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный.

Частота пульса 72 удара/мин. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст.

Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Тоны сердца ритмичные. 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.

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. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

9. Эндокринная система.

Щитовидная железа не пальпируется.

10. Нервная система.

Память, сон не нарушены. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

VI. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.

Процесс очаговый, симметричный, протекает по типу

хронического воспаления. Высыпания располагаются диффузно на коже

лица, заушной области и шеи. Высыпания представлены папулезно-везикулезными элементами, розово-красного цвета, округлых очертаний, четко отграничены. Папулы возвышаются над уровнем кожи, поверхность

шероховатая, консистенция плотная, диаметром 0,2 см, сливающиеся в очаги диаметром от 1см до 4 см. В очаге гиперемия, умеренная инфильтрация, слабое шелушение, очаги лихенификации. Папулы имеют склонность к слиянию с образованием мелкофестончатых очагов сплошной папулезной инфильтрации, в результате чего в области задней поверхности шеи сформированы очаги лихенификации с утолщением кожи и усилением кожного рисунка. Очаги 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 задней поверхности шеи, определяются очаги гиперпигментации в виде диффузно расположенных пятен бурого цвета неправильной формы, дополняющие картину лихенификации пораженных участков.

Результаты специальных методов исследования:

1. При диаскопии розово-красный цвет папул исчезает.

2. Тактильная, болевая и температурная чувствительность в

 патологических очагах сохранена.

**Предварительный диагноз:**Ограниченный атопический нейродермит в стадии обострения.

VII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 19/III 02г.

Гемоглобин - 158 г/л

Эритроциты – 4,4\*10^12/л

Лейкоциты - 5,7 \*10^9/л

Эозинофилы - 12%

Сегментоядерные - 66%

Лимфоциты - 31%

Моноциты - 1%

СОЭ - 9 мм/час

Заключение: эозинофилия-как проявление аллергической реакции.

2. Исследование крови на RW от 19/III 02г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 19/III 02г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1018

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 3-6 в поле зрения

Лейкоциты - 1 в поле зрения

Заключение: без патологий.

4.Биохимический анализ крови. 19.03.02.

Общий белок - 72 г/л (65-85)

Холестерин - 4,7 ммоль/л (3,9-6,2 )

Билирубин общий – 6,12 мкмоль/л (6-20,5 )

АсТ - 0,67 ммоль/л (до1)

АлТ - 0,23 ммоль/л (до 1)

Калий - 4,5 ммоль/л (3,8-6,2)

Натрий - 137 ммоль/л (135-152)

Кальций –2 ммоль/л (0,75-2,75)

Сахар – 4,65 ммоль/л (3.3-6,1)

Мочевина - 3,9 ммоль/л (2,8-8,3)

Креатинин – 95 ммоль/л (N97)

Заключение: без изменений.

5.Проба Реберга.

 Клубочковая фильтрация 100 мл/мин.(80-120)

 Канальцевая реабсорбция 98%(98-99)

 Минутный диурез 1мл/мин.

 Заключение: без изменеий

6.УЗИ почек (в анамнезе был острый пиелонефрит).

. Заключение: патологии не выявлено.

VIII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Больной поставлен предварительный диагноз ограниченный нейродермит.

Данную нозологическую единицу необходимо дифференцировать с

псориазом и хронической экземой, детской почесухой, 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".

3.С детской почесухой

Почесуха отличается от нейродермита локализацией сыпи – высыпания распологаются главным образом на разгибательных поверхностях конечностей, а при нейродермите на сгибательных.

Таким образом, пациентке выставляется диагноз ограниченный

нейродермит.

IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Клинический диагноз:

Ограниченный атопический нейродермит в стадии обострения.

Диагноз основывается на следующих данных:

За нейродермит говорят:

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

2. Наличие значительной симпатергической реакции в виде стойкого

белого дермографизма и выраженного пиломоторного рефлекса -

патогномоничные для нейродермита признаки.

3. Типичная для нейродермита локализация высыпаний, представленых

папулами.

4. Наличие полированных ногтевых пластинок в результате

расчесывания кожи, обусловленного сильным зудом.

5. Характерные изменения в области шеи, представленные очагами

гиперпигментации в виде диффузно расположенных пятен бурого цвета

неправильной формы, дополняющими картину лихенификации пораженных

участков.

Ограниченный процесс подтверждается тем, что высыпания распологаются на

 коже лица, век, заушной области и задней поверхности шеи.

Атопический подтверждается наличием в анамнезе экссудативного диатеза.

О стадии обострения свидетельствует то, что за последнее время у больного наблюдается не улучшение , а ухудшение: усиление зуда, новые высыпания.

X. ЛЕЧЕНИЕ .

**Мероприятия общего характера**. Необходимо строгое соблюдение диеты с ограничением острых, копченых продуктов, пряностей, маринадов, шоколада, цитрусовых, крепких мясных бульонов, какао, яиц, цельного коровьего молока и др.

В помещении, где находится больной, необходимо ежедневно проводить влажную уборку, в нем не должно быть ковров, чтобы исключить возможную сенсибилизацию к клещам домашней пыли. В спальне недопустимо держать аквариумы, цветущие растения, домашних животных. Если имеется сенсибилизация к шерсти или к перхоти животных, с ними вовсе лучше расстаться. Одежда больного нейродермитом по возможности должна быть удобной, просторной, исключать давление и трение кожи в местах естественных складок, не рекомендуется носить одежду из синтетических и шерстяных тканей.

Большое значение имеет охранительный режим: полноценный сон, исключение стрессовых ситуаций, переутомления. Больным нейродермитом рекомендовано ограничение водных процедур, так как сухая кожа склонна к воспалительной реакции после контакта с водой, однако благотворное влияние оказывают ванны с крахмалом, отрубями, хвоей.

Санация очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, отит, кариес, гастрит и др.) является важным условием в комплексной терапии нейродермита.

В лечении нейродермита для уменьшения невротических реакций назначают седативные и психотропные препараты. Из препаратов растительного происхождения предпочтительно применять настойку пиона и корня валерианы. В терапии используют также транквилизаторы и антидепрессанты (в частности трициклические антидепрессанты с антигистаминной активностью - доксепин и др.).

При нарушении функции пищеварительной системы в комплексном лечении необходимо применение ферментативных препаратов (фестал, мезим форте, дигестал, панзинорм, панктеатин, креон), при дисбактериозе кишечника - эубиотиков (бифидумбактерин, ацилакт, бификол, хилак форте, бифи-форм). Немаловажную роль в терапии тяжелых хронических форм нейродермита играют гепатопротекторы (эссенциале и др.).

**Системное лечение**.

**Купирование обострения заболевания**Больные с выраженным обострением кожного процесса, протекающим с явлениями экзематизации, гипертермией, лимфоаденопатией, симптомами общей интоксикации, особенно при присоединении вторичной инфекции, подлежат госпитализации. В таких случаях необходимо проводить дезинтоксикационную терапию, направленную на купирование острого состояния. С этой целью производится парентеральное (внутривенное капельное) введение гемодеза, антигистаминных препаратов 1-го поколения (клемастин, хлоропирамин), а также системных глюкокортикостероидов (ГКС) (бетаметазон, дексаметазон). Максимальная курсовая доза системных ГКС не должна превышать 64 мг в пересчете на дексаметазон. При обострении пиодермии показана местная и системная антибактериальная терапия, которую следует проводить на фоне внутривенной дезинтоксикационной терапии с целью предотвращения возможного обострения кожного процесса на введение антибиотиков. Выбор системного антибиотика проводится с учетом фармакологического анамнеза и бактериограммы, предпочтение отдается макролидам. Длительность антибактериальной терапии не превышает 7–10 дней. В случаях тяжелого обострения процесса больным показан лечебный плазмаферез который освобождает организм от циркулирующих иммунных комплексов и повышает чувствительность к проводимой медикаментозной терапии.

 В острой фазе заболевания в целях десенсибилизации назначают внутривенные инъекции - 30% раствор тиосульфата натрия или 10% раствор глюконата кальция.

**Базисная терапия**После купирования обострения кожного процесса больному проводится индивидуальный подбор базисной терапии, которая заключается в назначении антагонистов Н1-рецепторов антигистаминных препаратов; препаратов, обладающих, помимо антигистаминного действия, способностью тормозить активацию клеток-мишеней аллергии, мембраностабилизирующих препаратов; топических стероидов, способных подавлять активность аллергического процесса непосредственно в коже. Базисная терапия назначается как в комплексе с основными методами лечения, так и в качестве профилактического лечения в реабилитационном периоде.
***Антигистаминные препараты.*** Если в период обострения препаратами выбора являются антигистаминные препараты 1-го поколения, то в подострый период лучше назначать удобные в применении, не оказывающие седативного действия антигистаминные препараты 2-го поколения: лоратадин, эбастин, цетиризин, фенистил и другие в обычных терапевтических дозах. Нередко приходится комбинировать применение препаратов 1-го поколения с препаратами 2-го поколения, что обеспечивает необходимый таким больным седативный эффект и потенцирует силу и длительность антигистаминного действия. Препараты I поколения: хлорфенирамин, хлоропирамин, клемастин, дифенгидрамин, мебгидролин, фенирамин, прометазин. Препараты II поколения: астемизол, терфенадин, фексофенадин. Препараты III поколения: цетиризин, эбастин, лоратадин. Используют также блокаторы гистаминовых Н1-рецепторов с антисеротониновой активностью (ципрогептадин) и стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифен и др.). В последние годы предпочтение отдают в основном антигистаминным препаратам II и III поколений, так как они обладают пролонгированным действием и не имеют побочных влияний на ЦНС, выражающихся в заторможенности, сонливости, нарушении координации движений и быстроты реакции.

***Мембраностабилизирующие препараты.*** К препаратам этой группы, применяемым для лечения АД, относят кетотифен и препарат кромоглициевой кислоты, имеющие сходный механизм действия: они стабилизируют мембраны тучных клеток и тормозят поступление ионов кальция в клетки, вследствие чего блокируется развитие аллергической реакции, обусловленной взаимодействием антитела с антигеном. Мембраностабилизирующие препараты назначаются как в комплексе с основными методами лечения, так и в качестве профилактического лечения в реабилитационном периоде на длительный срок (кромоглициевая кислота на 1–2 мес, кетотифен минимально на 3 мес, иногда несколько лет).
***Топические ГКС.*** Топические ГКС действуют как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического воспаления. Механизм противовоспалительного эффекта этих препаратов заключается в блокаде фосфолипазы А2, следовательно, происходят снижение продукции лейкотриенов, выраженный и длительный ангиоспазм, торможение синтеза глюкозаминогликанов, коллагена и эластина, повышение связывания гистамина и других медиаторов, снижение выброса лизосомальных ферментов, уменьшение в эпидермисе клеток Лангерганса, тучных клеток и т.д. В соответствии с Европейской классификацией активности топические ГКС по силе действия подразделяются на 4 класса: слабые, средние, сильные и очень. Выбор препарата определяется стадией болезни, фазой воспаления и степенью выраженности кожных проявлений.

При осложнении процесса присоединением вторичной инфекции, фурункулезом необходимо применение антибиотиков широкого спектра действия (оксациллин, диклоксациллин, цефалоспорины I и II поколений, клиндамицин или линкомицин, эритромицин.

В последнее время для лечения больных нейродермитом стали использовать ***иммунные препараты***: для стимуляции Т-лимфоцитов применяют левамизол, препараты тимуса - тактивин, тимоген, тималин; для поддержания В-клеточного иммунитета - миелопид. Не утратили актуальности курсы витаминотерапии, преимущественно группы В, а также витамины А и Е.

**Местное лечение**

1***.*** При остром мокнущем воспалительном процессе используются примочки, аэрозоли, влажно-высыхающие повязки.
2. При остром воспалительном процессе без мокнутия – примочки, аэрозоли, водные болтушки, присыпки, пасты, кремы.
3. При подостром воспалительном процессе – кремы, пасты, присыпки.
4. При хроническом неспецифическом воспалительном процессе – мази, согревающие компрессы.
5. При выраженной инфильтрации в очагах – мази и кремы с кератолитическими свойствами.
6. В стадии регресса кожного процесса – мази, бальзамы и кремы с биологическими добавками и витаминами .

Наружно для лечения нейродермита применяют резорциновые, борные, таниновые примочки, пасты, содержащие деготь, нафталан, ихтиол, жидкость АСД-3 фракцию. На ограниченные участки поражения накладывают кортикостероидные мази: синафлан, целестодерм, дипрогент, бетновейт и др. В настоящее время предпочтительно применять негалогенизированные кортикостероидные препараты пролонгированного действия, не приводящие к истончению и атрофии кожи. Учитывая минимум побочных явлений, удобство применения (1 раз в сутки в виде кремов, мазей и лосьонов), негалогенизированные кортикостероиды (мометазон фуроат, метилпреднизолон, гидрокортизона 17-бутират) безопасны в лечении детей младшего возраста.

**Физиотерапия.**Важнейшим компонентом комплексной терапии нейродермита является светолечение (УФО обычной кварцевой лампой, селективная фототерапия). Селективную фототерапию (средневолновые ультрафиолетовые лучи на длине волны 315-320 нм) назначают больным только при отсутствии острых воспалительных явлений. Курс лечения включает 15-20 процедур.

Из немедикаментозных методов лечения в последние годы применяют также внутривенное лазерное облучение крови, эндоваскулярную лазерную терапию в сочетании с гемосорбцией, магнитолазеротерапию, гипербарическую оксигенацию. Наружное применение гелий-неонового лазера (лазертерапия) на очаги мокнутия и импетигинизации при обострении способствует быстрейшему выздоровлению и значительно сокращает сроки пребывания больного в стационаре. Рефлексотерапия в виде акупунктуры, лазерпунктуры не только не утратила своей актуальности, но порой является для больных единственным методом лечения, позволяющим поддерживать состояние ремиссии и избегать тяжелых обострений.

Санаторно-курортное лечение на Черноморском побережье, на Мертвом море благотворно влияет на течение болезненного процесса, на долгие месяцы продлевает ремиссию и является одним из этапов в комплексной терапии нейродермита.

ЛЕЧЕНИЕ КУРИРУЕМОТО БОЛЬНОГО.

Режим больного - 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 седативную, десенсибилизирующую, иммуностимулирующую и общеукрепляющую терапию.

Местно следует использовать противовоспалительные,

кератолитические, разрешающие средства, физиолечение.

**Общая терапия.**

1.Седативные.

* Rp:Tincturae Valerianae 30 ml Успокаивающее действие на ЦНС.

 D.t.d. №2

 S. По 25 капель 3 раза в день.

2 Десенсибилизирующие.

Rp: Tab. Ketotifeni 0,001

 D.t.d. №20

 S.По 1 таблетке 2 раза в день.

3.Иммуностимуляторы.

 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.Витаминотерапия.

 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.

Rp: Dragee ”Aevit” №30

 D.S.по 1 дражже 3 раза в день.

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 2, 5 % 1 ml

 D.t.d. N. 10 in ampull.

 S. Пo 1 мл внутримышечно

4.Физиолечение

УФО, дарсонвализация.

**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,

Rp.: Acidi salicylici - 2,0

 Sulfuris praecipitati - 2,0

 Lanolini ad 100,0

 M.f. unguentum.

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

Rp:Ichtioli 3,0

 Vaselini 30,0

 M.f.ung.

 D.S. Наружное. Смазывать пораженные участки кожи 2 раза в день.

* Противозудные мази с ментолом, анестезином.

Rp.: Mentholi 1, 0

 Spiritus aethylici 90 % 50 ml

 M.D.S. Раствор ментола спиртовой

 Наружное (для растираний)

- Мази содержащие глюкокортикостеройды

Синафлан, Флуцинар,Фторокорт.

Rp: Unguentum Synaflani 0, 025 %

 D.S. тонким слоем на пораженные участки 2 - 3 раза в день, слегка втирая в

 кожу.

XIV. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ)

28.03.02г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36,6

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной. Локальный статус.

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.Новых высыпаний нет, имеющиеся без изменений. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

- Диета - молочно-растительная с исключением раздражающих продуктов

и пищевых аллергенов.

- Rp:Tincturae Valerianae 30 ml

 D.t.d. №2

 S. По 25 капель 3 раза в день

- Rp: Tab. Ketotifeni 0,001

 D.t.d. №20

 S.По 1 таблетке 2 раза в день.

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

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

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

- Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день.

- Rp.: Mentholi 1, 0

 Spiritus aethylici 90 % 50 ml

 M.D.S. Раствор ментола спиртовой

 Наружное (для растираний)

- Rp: Unguentum Synaflani 0, 025 %

 D.S. тонким слоем на пораженные участки 2 - 3 раза в день, слегка втирая в

 кожу.

- Rp:Ichtioli 3,0

 Vaselini 30,0

 M.f.ung.

 D.S. Наружное. Смазывать пораженные участки кожи 2 раза в день.

29.03.02г.

1. Пульс - 76/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36,8

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной.

Локальный статус. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся без изменений.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения

- - Rp:Tincturae Valerianae 30 ml

 D.t.d. №2

 S. По 25 капель 3 раза в день

- Rp: Tab. Ketotifeni 0,001

 D.t.d. №20

 S.По 1 таблетке 2 раза в день.

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

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

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

- Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день.

- Rp.: Mentholi 1, 0

 Spiritus aethylici 90 % 50 ml

 M.D.S. Раствор ментола спиртовой

 Наружное (для растираний)

- Rp: Unguentum Synaflani 0, 025 %

 D.S. тонким слоем на пораженные участки 2 - 3 раза в день, слегка втирая в

 кожу.

- Rp:Ichtioli 3,0

 Vaselini 30,0

 M.f.ung.

 D.S. Наружное. Смазывать пораженные участки кожи 2 раза в день

30.03.02г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36,7

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной.

Жалоб на новые высыпания на коже лица, заушной области и шеи нет. Зуд не беспокоит. Спит хорошо. Общее состояние удовлетворительное. Намечается тенденция к разрешению процесса: отсутствие новых высыпаний, побледнение имеющихся, отсутствие шелушения.

Назначения.

- Rp:Tincturae Valerianae 30 ml

 D.t.d. №2

 S. По 25 капель 3 раза в день

- Rp: Tab. Ketotifeni 0,001

 D.t.d. №20

 S.По 1 таблетке 2 раза в день.

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

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

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

- Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день.

- Rp: Unguentum Synaflani 0, 025 %

 D.S. тонким слоем на пораженные участки 2 - 3 раза в день, слегка втирая в

 кожу.

- Rp:Ichtioli 3,0

 Vaselini 30,0

 M.f.ung.

 D.S. Наружное. Смазывать пораженные участки кожи 2 раза в день

01.03.02.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 18/мин

Температура тела - 36,7

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больной.

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся без изменений, побледнение имеющихся, отсутствие шелушения.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения

- Rp: Tab. Ketotifeni 0,001

 D.t.d. №20

 S.По 1 таблетке 2 раза в день.

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

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

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

- Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день.

- Rp:Ichtioli 3,0

 Vaselini 30,0

 M.f.ung.

 D.S. Наружное. Смазывать пораженные участки кожи 2 раза в день

 XVII. ЭПИКРИЗ

Бармин Станислав Алексеевич, 19 лет, находится на стационарном

лечении в ОКВД с 19 марта 2002 года по поводу ограниченного атопического

нейродермита в стадии обострения.

Больной поступил с жалобами на высыпания на коже лица, 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, 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: эозинофилия), общий анализ мочи (заключение:

без патологий), анализ крови на RW и антитела к ВИЧ (результат

отрицательный).УЗИ почек (в анамнезе пиелонефрит).

Назначено следующее лечение:

- Rp:Tincturae Valerianae 30 ml

 D.t.d. №2

 S. По 25 капель 3 раза в день

- Rp: Tab. Ketotifeni 0,001

 D.t.d. №20

 S.По 1 таблетке 2 раза в день.

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

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

 S. По 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

- Methyluracili по 1 таблетке 2 раза в день.

- Rp.: Mentholi 1, 0

 Spiritus aethylici 90 % 50 ml

 M.D.S. Раствор ментола спиртовой

 Наружное (для растираний)

- Rp: Unguentum Synaflani 0, 025 %

 D.S. тонким слоем на пораженные участки 2 - 3 раза в день, слегка втирая в кожу.

- Rp:Ichtioli 3,0

 Vaselini 30,0

 M.f.ung.

 D.S. Наружное. Смазывать пораженные участки кожи 2 раза в день

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

\* 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.

\* 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.