Зудящие дерматозы

Задача №1

У мальчика 12 лет выраженная лихенизация локтевых и подколенных складок, имеются множественные экскориации и геморрагические корочки. Кожа лица бледная, отмечается периорбитальная гиперпигментация, складки Денни-Моргана, красная кайма губ инфильтрирована, в углах рта трещины. Мать ребенка страдает бронхиальной астмой.

1.Ваш предварительный диагноз? – Атопический дерматит, подростковая стадия.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Лихенизация в типичных местах, признаки «атопического лица» + отягощенный анамнез.

3.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Неадекватная аллергическая реакция на раздражители в минимальных количествах, опосредованная IgE.

4.Назначьте лечение.

- Ограничение контакта с аллергенами;

- Коррекция фоновых нарушений: восполнение ферментной функции ЖКТ (Мезим, Энзистал, Креон), лечение дисбактериоза (Хилак форте, Линекс), глистных инвазий (Декарис), энтеросорбция (Энтеросгель, Лактофильтрум).

В стадию обострения: антигистаминные, десенсибилизирующие, седативные ЛС; стабилизаторы мембран (Недокромил, Кетотифен); иммунокоррекция (Лейкинферон, Иммунофан). КС по ½ таблетки Преднизолона в сутки по 2 недели.

Наружно: непораженная кожа обрабатывается гипоаллергенными увлажняющими средствами (молочко Дардиа, бальзам Липикар, крем Локобейз). Пораженная кожа в стадии мокнутия – примочки с борной кислотой, танином. На участки без мокнутия можно (в т.ч. детям) Элаком, Адвантан, Афлодерм.

В стадии ремиссии: УФО, лазеротерапия, иглорефлексотерапия, парафинотерапия, ПУВА –терапия (с 15-16 лет).

5.Дайте рекомендации с целью профилактики рецидивов заболевания. Ограничение контакта с аллергенами, санация очагов инфекции, санаторно-курортное лечение. Влажная уборка помещений, ношение х/б одежды, использование синтепоновых подушек, ватно-марлевых повязок, влажной марли на окнах.

Задача № 2

К дерматологу обратилась мать с 3-х летним ребенком с жалобами на высыпания и зуд кожи, которые появились после употребления рыбы. Из анамнеза известно, что заболевание началось с 4-х месячного возраста, когда после введения прикорма появились мокнущие очаги на щеках. Обострение заболевания связано, в основном с погрешностью в питании ребенка (шоколад, цитрусовые). Наследственность отягощена - родители страдают поллинозом. При осмотре кожа шеи, локтевых и подколенных сгибов сухая, лихенизирована, с множественными линейными экскориациями и геморрагическими корочками.

1.Ваш предварительный диагноз? – Атопический дерматит.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Эволютивная динамика, лихенизация в типичных местах.

3.Ваше мнение о патогенезе заболевания? − Неадекватная аллергическая реакция на раздражители в минимальных количествах, опосредованная IgE.

4.Назначьте лечение. - Ограничение контакта с аллергенами;

- Коррекция фоновых нарушений: восполнение ферментной функции ЖКТ (Мезим, Энзистал, Креон), лечение дисбактериоза (Хилак форте, Линекс), глистных инвазий (Декарис), энтеросорбция (Энтеросгель, Лактофильтрум).

В стадию обострения: антигистаминные, десенсибилизирующие, седативные ЛС; стабилизаторы мембран (Недокромил, Кетотифен); иммунокоррекция (Лейкинферон, Иммунофан). КС по ½ таблетки Преднизолона в сутки по 2 недели.

Наружно: непораженная кожа обрабатывается гипоаллергенными увлажняющими средствами (молочко Дардиа, бальзам Липикар, крем Локобейз). Пораженная кожа в стадии мокнутия – примочки с борной кислотой, танином. На участки без мокнутия можно Элаком, Адвантан, Афлодерм.

В стадии ремиссии: УФО, лазеротерапия, иглорефлексотерапия, парафинотерапия, ПУВА-терапия с 15-16 лет.

5.Рекомендуемая Вами диета? – Гипоаллергенная.

Задача № 3

У мужчины 47 лет на фоне приема поливитаминов развился плотный отек век, языка и губ, появилась осиплость голоса. Субъективно беспокоит чувство жжения и распирания. После приема кларитина состояние не улучшилось.

1.Ваш предварительный диагноз? – Отек Квинке (острая крапивница).

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? Отек в типичной локализации, характерные субъективные ощущения.

3.Ваша тактика лечения?

– 1 мл 0,1 % Адреналина п/к

− 60 мг Преднизолона в/м однократно

− 2,0 Супрастина в/м

4.Дайте рекомендации с целью профилактики рецидивов заболевания? Избегать приема поливитаминов и подобных веществ.

5.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Неадекватной силы реакция организма на раздражитель, реакция гиперчувствительности немедленного типа.

Задача № 4

У больной 28 лет в процедурном кабинете во время парентерального введения пенициллина возникло ощущение инородного тела в горле, нехватки воздуха, появилась слабость, осиплость голоса, отечность век, щек, губ и языка.

1.Ваш предварительный диагноз. – Отек Квинке (острая крапивница).

2.Какой первичный элемент при данном заболевании? Отсутствует?

3.Какие патоморфологические изменения наблюдаются при этом заболевании? – Ограниченный отек сосочкового слоя дермы, небольшая лимфоцитарная инфильтрация, внутри сосудов и в окружающей ткани – эозинофилы, спонгиоз в эпидермисе.

4.Ваша тактика лечения?

- 1 мл 0,1% р-ра Адреналина п/к

- 60 мг Преднизолона в/м однократно

- 2,0 Супрастина в/м

5.В чем опасность развития данного состояния? - Отек Квинке опасен развитием асфиксии.

Задача № 5

К Вам обратилась женщина 67 лет с жалобами на сильный зуд, слабость, усиленное потоотделение, похудание, повышение температуры тела. Болеет в течение 6 месяцев. При осмотре: обнаружено увеличение шейных и надключичных лимфоузлов, на коже туловища множественные экскориации и геморрагические корки, других высыпаний нет.

В общем анализе крови: лейкоцитоз, лимфопения, повышение СОЭ.

1.Ваш предварительный диагноз? – Распространенный кожный зуд.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Экскориации, корки в местах расчесов.

3.Какие дополнительные исследования необходимо провести пациенту? – БАК, ОАМ (выявление почечной патологии), УЗИ, Rg CT (выявление онкозаболеваний).

4.К каким специалистам следует направить пациента? – К онкологу, эндокринологу, гематологу.

5.Тактика лечения? – Седативные ЛС (мягкие растительные: настойки боярышника, пиона, экстракт валерианы; магнезия); антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС, дезинтоксикация.

Наружно: кремы, болтушки, мази с добавлением противозудных веществ (карболовая и лимонная кислота, анестезин, спиртовой раствор тимола 1-2%).

Задача № 6

К Вам обратился мужчина 62 лет с жалобами на слабость, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, зуд кожи туловища. При осмотре кожа сухая, пониженной эластичности, высыпаний нет, ногтевые пластинки полированные. В биохимическом анализе крови: глюкоза - 10,6 ммоль/л.

1.Ваш предварительный диагноз? – Сахарный диабет. Распространенный кожный зуд.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – «Полированные» ногти, ↑ Глюкозы крови.

3.Ваше мнение о патогенезе данного заболевания? - Зуд может возникать в результате развивающейся из-за СД полинейропатии.

4.К каким специалистам необходимо направить пациента? – К эндокринологу.

5.Тактика лечения и рекомендуемая Вами диета? – Гипоуглеводная диета (для больных СД); седативные ЛС, антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС, дезинтоксикация.

Наружно: кремы, болтушки, мази с противозудными веществами (карболовая и лимонная кислота, анестезин, спиртовой раствор тимола 1-2%).

Задача № 7

У ребенка 2-х лет после употребления ананаса внезапно появляются зудящие волдыри, исчезающие через несколько часов.

1.Ваш предварительный диагноз? – Крапивница.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Характерные проявления (волдыри).

3.Назовите клиническую форму данного заболевания? – Острая?

4.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Гиперергическая реакция на раздражители (пищевые в данном случае), в основе – ГЗТ.

5.Назначьте лечение.

- Устранение контакта с аллергеном, десенсибилизация (глюконат и хлорид Ca, тиосульфат Na), антигистаминные ЛС (димедрол, тавегил, супрастин; зиртек, эриус, кларитин), дезинтоксикация (в т.ч. экстракорпоральная гемоперфузия).

Задача № 8

Женщина 46 лет в течение 3-х месяцев отмечает появление зудящих волдырей, исчезающих бесследно в течение 2-3 часов, слабость, снижение аппетита, похудание.

1.Ваш предварительный диагноз? – Крапивница.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Характерные проявления.

3.Назовите клиническую форму данного заболевания? – Хроничская.

4.Какие дополнительные исследования следует провести пациенту? – ОАК (↑эозинофилов, ↑ IgE), проба для выявления красного уртикарного дермографизма; аллергопробы in vitro.

5.К каким специалистам необходимо направить пациента? – Эндокринолог?

Задача № 9

У грудного ребенка при переходе на искусственное вскармливание появились зудящие высыпания. При осмотре: на коже щек, ягодиц и голеней наблюдаются симметричные высыпания, отмечается яркая гиперемия без четких границ, отечность, на фоне которых множество папул, везикул, эрозий, корочек, экскориаций. Ребенок плохо спит.

1.Ваш предварительный диагноз? – Атопический дерматит, младенческая стадия.

2.Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза? – Типичные проявления (эритема в типичных местах, везикулы, экскориации, etc.).

3.Ваше мнение о патогенезе заболевания? – Неадекватная аллергическая реакция на раздражители, опосредованная IgE.

4.Назначьте лечение.

- Коррекция фоновых нарушений: восполнение ферментной функции ЖКТ (Мезим, Энзистал, Креон); лечение дисбактериоза (Хилак форте, Линекс); лечение глистных инвазий (Декарис); энтеросорбция (Энтеросгель, Лактофильтрум).

- В стадию обострения: антигистаминные и десенсибилизирующие ЛС, седативные ЛС, стабилизаторы мембран (Недокромил, Кетотифен); иммунокоррекция (Лейкинферон, Иммунофан, Т-активин); КС по ½ таблетки Преднизолона по 2 недели.

Наружно: непораженная кожа обрабатывается гипоаллергенными увлажняющими ЛС (бальзам Липикар, крем Локобейз, молочко Дардиа). Пораженная кожа в стадии мокнутия – примочки с борной кислотой, танином. На участки без мокнутия – КС (Элаком, Адвантан, Афлодерм).

В стадию ремиссии: УФО, лазеро- и иглорефлексотерапия, парафинотерапия.

5.Дайте рекомендации с целью профилактики рецидивов заболевания. – Ограничение контакта с аллергеном, санаторно-курортное лечение. Гипоаллергенная диета в будущем для ребенка. Влажная уборка помещений, х/б одежда, использование синтепоновых подушек.

Задача № 10

К Вам обратился мужчина с жалобами на приступообразное появление в течение 4-х месяцев зудящих высыпаний, слабость, прогрессирующее похудание. При осмотре: на коже туловища наблюдаются уртикарные высыпания розово-красного цвета, местами они сливаются между собой, образуя причудливые узоры. Высыпания исчезают бесследно.

1.Ваш предварительный диагноз? – Крапивница.

2.Первичный элемент при данном заболевании? – Волдырь.

3.Какие патоморфологические изменения наблюдаются в коже при этом заболевании? – Ограниченный отек сосочкового слоя дермы, небольшая лимфоцитарная инфильтрация, внутри сосудов и в окружающей ткани – эозинофилы, спонгиоз в эпидермисе.

4.Тактика обследования? – ОАК, проба на выявление красного дермографизма, аллергопробы in vitro.

5.Назначьте лечение. – Устранить контакт с аллергеном; десенсибилизация, антигистаминные ЛС и дезинтоксикация + лечение фоновых заболеваний + КС в средних дозах.

Наружно: если беспокоит зуд, то используются болтушки и кремы с ментолом, анестезином, фенолом.