Омская государственная медицинская академия

Кафедра кожных и венерических болезней

Зав. кафедрой проф. А.И. Новиков

**История болезни**

*Д-ов Евгений Геннадьевич (26 лет)*

Преподаватель: ассистент Усова С.А.

Куратор: студент 428 группы педиатрического факультета Киреев А.С.

ОМСК – 2001

# Общие сведения.

1. ФИО: *Д-ов Евгений Геннадьевич*
2. Возраст: 26 *лет*
3. Пол: *мужской*
4. Место рождения:
5. Национальность: *русский*
6. Семейное положение: *женат*
7. Образование: *среднее техническое*
8. Место работы: *Столярно-мебельная фабрика*
9. Место жительства:

1. Род занятий: *Столяр*
2. Дата поступления в клинику: *11.05.01*
3. Каким лечебным учреждением направлен в клинику: *Областной военкомат*
4. Диагноз направившего лечебного учреждения:

*Атопический дерматит, локализованная форма*

1. Диагноз при поступлении в клинику:

*Атопический дерматит, локализованная форма*

1. Клинический диагноз:

основное заболевание: *Атопический дерматит, локализованная форма*

осложнения:

сопутствующие заболевания:

1. Дата выписки из клиники:
2. Исход заболевания:

# 11.05.2001 г.

# Жалобы

Жалобы на момент осмотра на высыпания в области локтевых сгибов, покраснение, отек и зуд в области высыпаний. Больной направлен Областным Военкоматом для решения вопроса о годности к срочной строевой службе.

# Anamnesis morbi

Считаетё себя больным с детства (в возрасте 2-х лет был поставлен диагноз: атопический дерматит). Заболевание проявляется появлением сыпи в области локтевых сгибов, которая появляется в зимнее время. Появление сыпи сопровождается покраснением, отечностью и зудом в месте высыпаний. Больной связывает появление сыпи в зимнее время с повышением потливости в области локтевых сгибов вследствие ношения теплой одежды и раздражения кожи шерстяными вещами. Зуд способствует расчесывания зоны высыпаний. Во время обострений больной ничем не лечится, так как по его словам применение назначаемых врачом в поликлинике мазей лишь усугубляет течение патологического процесса (зуд становится интенсивней, количество высыпаний увеличивается). Названий назначаемых мазей больной не помнит. Без проводимого лечения высыпаний постепенно становится меньше, зуд стихает, отек спадает. Как правило, симптомы заболевания исчезают в весенний период, особенно после солнечной инсоляции пораженных участков. В весенний, летний и осенний период заболевание, как правило, себя не проявляет. Последний рецидив заболевания отмечался в марте 2001 года.

# Anamnesis vitae

Рос и развивался нормально, материально-бытовые условия были нормальными, болел редко. Закончил 10 классов школы, ПТУ. Начало трудовой деятельности с 1993 года.

В армии не служил в связи с данным заболеванием.

Условия труда и быта в последний период жизни удовлетворительные, питание удовлетворительное. Из хронических интоксикаций – курение по полпачки в день с 16 лет; употребление умеренных доз алкоголя. Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз отрицает. Гемотрансфузий не было. В 1998 году аппендектомия, в 2000 году перелом правой лодыжки. Наследственность отягощена – у отца было подобное заболевание с локализацией процесса на волосистой части головы (подробностей пациент не помнит, т.к. отца застрелили, когда пациенту было 6 лет). Так же подобное заболевание было у деда по отцовской линии с локализацией процесса на ноге. У детей пациента (два сына 5-ти и 7-и лет) на данный момент заболевание выявлено не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

# Общее состояние больного

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, рост средний, тип конституции – нормостенический, походка бодрая, осанка правильная.

Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично, при пальпации безболезненны.

Пальпируются лимфоузлы в подмышечных впадинах и подчелюстные, не увеличены (размером 0,5–1 см), овальной формы, гладкие, подвижные, безболезненны.

*Исследование органов кровообращения*.

 При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от средне-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – V межреберье у правого края грудины, левая – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 1,5 см кнутри от средне-ключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный, частота 70 в мин. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 70 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная. АД 120/80.

*Исследование органов дыхания*.

 Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 16 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии одинаковый лёгочный звук с двух сторон.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

*Исследование органов пищеварения*.

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Язык не увеличен, умеренно влажный, покрыт сероватым налётом. Сосочки умеренно выражены, язв, трещин, отпечатков зубов нет.

Живот при осмотре увеличен в размерах, овальной формы, симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет.

Передняя брюшная стенка безболезненная, мягкая, опухолей брюшной стенки, грыжевых выпячиваний, расхождения прямых мышц живота нет. Значительного увеличения и опухолей органов брюшной полости нет. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Пальпаторно печень мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный.

Поджелудочная железа не пальпируется. Селезёнка перкуторно 5 × 8 см, не пальпируется.

*Исследование почек, мочевого пузыря*.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеточники не пальпируются. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется.

# Состояние кожного покрова

Подкожный жировой слой развит умеренно. Кожа розовая, умеренно сухая. Отверстия выводных протоков сальных желез не расширены, салоотделение и потоотделение не нарушены. Слизистые оболочки мягкого и твердого неба, зева и задней стенки глотки розовые, чистые.

***Состояние поражённого участка кожи.***

Патологические изменения локализуются на верхних конечностях в области локтевых сгибов, а также на животе, груди, и на боковых поверхностях туловища. На локтевых сгибах отмечается участок лихенификации размером 4х6 см, кожа сухая, по периферии выражена умеренная гиперемия и пигментация. На груди, животе, спине, боковых участках туловища отмечаются эритематозные пятна до 1 см в диаметре.

# Диагноз: Атопический дерматит. Локализованная форма.Лабораторные данные

**RW** отрицательно

**Общий анализ крови (11.05.2001)**

Гемоглобин 129 г/л

Лейкоциты 12∙109/л

СОЭ 12 мм/ч **Лейкоцитарная формула**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | Лимфоциты | Моноциты |
| Миело­циты | Юные | Палочко­ядерные | Сегменто­ядерные |
| Норма | 1 | 3 |  |  | 4 | 3 | 23 | 6 |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено при исследовании | **1** |  |  |  | **4** | **76** | **17** | **2** |

**Общий анализ мочи (11.05.2001)**

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – мутная

Реакция – щелочная

Плотность – 1020

 При микроскопическом исследовании:

Эпителиальные клетки – 2-3 в поле зрения

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения

Аморфные соли – фосфаты

**Обоснование диагноза**

# В пользу диагноза «Атопический дерматит» говорят такие факты как:

* жалобы на высыпания в области локтевых сгибов, покраснение, отек и зуд в области высыпаний
* длительность течения заболевания (с 2х лет)
* периодические обострения в зимнее время
* наличие лихенификации
* отсутствие островоспалительных явлений.
* В отличие от пруриго в данном случае выражена сухость кожи, гиперпигментация.

# План лечения больного

1. Гипоаллергенная диета с ограничением животных жиров, углеводов. Исключение острых, копчёных, жареных блюд, алкоголя, кофе, шоколада, цитрусовых.
2. Гипосенсибилизирующие:
* Хлористый кальций 10% – 10 ml №10 внутривенно
* натрия тиосульфат 30% – 5 ml №10. По 5 мл в вену.

3) Антигистаминные средства: супрастин, тавегил, пипольфен, диазолин

1. Витамины и поливитамины (А, Е, С)
2. Наружная терапия - Дипросалик, Белосалик, Псоркутан, Дермозолон, Гиоксизон, Синофлан, Флуоцинар, 2% салициловая, борная, резорциновая мазь, мази, содержащие ретиноиды, токоферолы
3. Физиотерапия – общее УФО.
4. Гигиенический уход за кожей

# Дневник наблюдения

14.05.2001

Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Зуд несколько уменьшился. Эритематозные пятна на боковых поверхностях туловища, груди и живота уменьшились в размерах. Состояние локтевых сгибов без изменений.

Общее состояние удовлетворительное. Язык обложен сероватым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Дыхание везикулярное, дыхательных шумов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 75 в минуту, АД 120/80.

# Эпикриз

Больной *Д-ов Евгений Геннадьевич (26 лет)* находился на обследовании в ОКВД по направлению Областного военкомата с 11.05.2001 с диагнозом «Атопический дерматит. Локализованная форма». Диагноз был выставлен на основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных исследований. Получает гипоаллергенную диету, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты, витамины, УФО-терапию.

После проведённого лечения состояние удовлетворительное. Прогноз для жизни – благоприятный, для выздоровления – неблагоприятный.

# Рекомендации больному

1. Диспансерный учёт у дерматолога по месту жительства
2. Диета с ограничением животных жиров, углеводов. Исключение острых, копчёных, жареных блюд, алкоголя, кофе, цитрусовых (гипоаллергенная диета).
3. Рациональный гигиенический режим ухода за кожей
4. Отказ от курения и употребления алкоголя.
5. Избегать стрессовых ситуаций
6. Избегать респираторных заболеваний
7. Санаторно-курортное лечение – сероводородные и радоновые источники (Мацеста, Цхалубо и др.), солнечные ванны.