## **Данные распроса больного:**

## Ф.И.О.

## Пол: ***женский***

## Возраст:

Семейное положение:

## Образование:

## Место работы:

## Профессия:,

## Место жительства: г.

## Дата госпитализации: ***18 января 2007 года***

## Дата начала курации: ***22 января 2007 года***

## Дата окончания курации: ***25 января 2007 года***

## Дата выписки:

Диагноз направившего ЛПУ: аллергический дерматит

Диагноз при поступлении: буллезная форма герпетиформного дерматоза Дюринга

Клинический диагноз:

основной: буллезная форма герпетиформного дерматоза Дюринга

Исход болезни:

Число проведенных в стационаре койко-дней:

1. **Жалобы, предъявляемые больным:**

На появление высыпаний на коже по всему телу, особенно на верхней половине, появившихся месяц назад. Высыпания сопровождаются мучительным, приступообразным зудом, усиливающемся ночью, и болью, а также повышением температуры тела, ознобом, вялостью, слабостью. Больная жалуется на нарушения сна, связанные с зудом.

1. **Anamnesis morbi**

Считает себя больной в течение месяца, когда впервые обнаружила у себя везикулярные высыпания в области запястья на обеих руках, располагавшиеся группами в виде браслетов, через 1-2 недели появились симметричные высыпания на разгибательных поверхностях рук, локтях, плечах, подмышечных впадинах, задней поверхности шеи с последующим переходом на туловище и ноги, отмечала также поражение слизистой оболочки рта в виде появления двух буллезных элементов с последующим разрешением их в эрозии. Пузыри возникали на морфологически неизмененной коже, при их подсыхании образуются корочки, а при их вскрытии (при расчесах) – эрозии, после которых остаются гиперпигментированные пятна.

Больная начало заболевания связывает с приемом препарата « Кавинтон», прописанного ей невропатологом, через неделю приема препарата на фоне субъективного здоровья появились высыпания. Подозревая у себя аллергическую реакцию на препарат больная начала самостоятельно принимать антигистаминные препараты ( Диазалин, Супрастин), местно делала примочки из отваров ромашки, череды, чистотела, смазывала высыпания раствором марганцовки, облепиховым маслом и мазями: Преднезолон, Лоринден С, Флуцинар, Синофлан. Видимого эффекта от лечения и улучшения состояния не наблюдалось, больная обратилась к дерматовенерологу в городскую поликлинику №2, откуда и была направлена в ОККВД на стационарное лечение, всвязи с чем прошла консультацию у маммолога (состоит на учете с 2003 года, после левосторонней мастэктомии, в течение 4лет после операции принимала препарат «Тамоксифен» по 1т 1 раз в день, который, по мнению онколога, данным высыпанием проявил свой кумулятивный эффект).

Наличие данного заболевания у членов семьи и ближайших родственников отрицает, состоит на диспансерном учете у онколога.

Аллергии отрицает, кроме повышенной чувствительности к нитрокраске, проявляющейся в виде рези в глазах, слезотечении и головной боли.

Отмечает реакцию на введение новокаина.

1. **Перенесенные ранее заболевания, ранения, травматические повреждения, контузии.**

Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРЗ, ОРВИ, ангины в детстве.

В 1975 году апендэктомия.

В 1980 году экстирпация матки с придатками по поводу фибромы.

В 2003 году левосторонняя мастэктомия (диагноз рак молочной железы), левые подмышечные лимфатические узлы не удалены. Состоит на учете у маммолога, в течение 4х лет после операции принимает «Тамоксифен»

1. **Anamneis vitae.**
2. Родилась в 1937 году доношенным четвертым по счету ребенком, воспитывалась в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Вскармливание естественное. Задержки или ускорения физического или умственного развития не было. Образование высшее, по специальности экономист. По учебе от сверстников не отставала. В настоящее время на пенсии. Период полового созревания протекал без особенностей. Одна беременность, одни роды – дочь. В 1980 году перенесла экстирпацию матки с придатками по поводу фибромы, всвязи с чем наступила вынужденная менопауза.

Трудовой стаж 50лет, работала экономистом и бухгалтером.

Вдова. Жилище благоустроенное, хорошо проветриваемое, освещенность нормальная. Вредные привычки (курение, в т.ч. пассивное, алкоголь, наркотики) отрицает.

1. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина, гепатит, гельминтозы отрицает, в контакт с инфекционными больными за последние 6 мес. не вступала.

Психические заболевания отрицает.

1. Трансфузионный анамнез: гемотрансфузии не проводились.

Аллергологический анамнез: непереносимость новокаина, повышенная чувствительность к нитрокраске, проявляющаяся в виде рези в глазах, слезотечении и головной боли.

1. **Данные физических методов обследования на момент курации.**

**Status praesens**

1. Наружный осмотр.
	1. Общее состояние больного относительно удовлетворительное.
	2. Положение активное. Выражение лица обычное, сознание ясное.
	3. Телосложение нормостеническое.
	4. Масса тела 60 кг, рост 160 см, индекс массы тела по Кетле: [ИМТ = кг/м2] ИМТ=23,44, что соответствует норме (за последние 2 месяца больная отметила у себя снижение массы тела на 5 кг).
	5. Температура тела нормальная.
	6. Отеки не выражены.
	7. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно.
	8. При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение единичных шейных узлов до 4 мм в диаметре - безболезненные, эластичные, подвижные. Другие лимфатические группы (подключичные, локтевые, подмышечные, бедренные, подколенные) не пальпируются, что соответствует норме.
	9. Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила снижены, болезненности нет. Парезов и параличей не обнаружено.
	10. Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.
	11. Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей.

#  Система органов дыхания

* 1. Осмотр. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное - 19 в минуту. Участия вспомогательной дыхательной мускулатуры не отмечено. Грудная клетка нормостеничной конфигурации, симметричная. Искривления позвоночника нет. Межреберные промежутки обычной ширины и расположения.
	2. Пальпация. Болезненности при пальпации, пальпаторно ощущения трения плевры нет. Голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в симметричных участках. Грудная клетка резистентная.
	3. Перкуссия. При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный.

Нижняя граница легких по l. scapularis Х ребро справа и слева. Экскурсия нижних краев грудной клетки по l. scapularis – см; ширина полей Кренига для правого легкого 6 см, для левого – 7 см. Высота стояния верхушек легких сзади: для правого легкого - ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см, для левого легкого - ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см. Высота стояния верхушек легких спереди: для правого легкого - 2,5 см над ключицей, для левого - 3 см над ключицей. Экскурсия нижних краев по l. scapularis:

* + на выдохе 4 см, симметрично;
	+ на вдохе 5 см, симметрично; ∑ = 9 см.
	1. Аускультация. При аускультации легких в клиностатическом и ортостатическом положениях при спокойном и форсированном дыхании над симметричными участками дыхание ослабленное везикулярное, проводится во все отделы. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками легких слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

#  Система органов кровообращения

* 1. Осмотр. При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено. Наблюдается след от перенесенной мастэктомии слева.
	2. Пальпация. При пальпации верхушечный толчок не определяется, что соответствует норме в ⅓ случаев. Правожелудочковый толчок не определяется.
	3. Перкуссия. Границы относительной сердечной тупости:

Правая – 1,0 см от правого края грудины

Левая – 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя – в III межреберье

Ширина сосудистого пучка - 6.5 см

Талия сердца выражена.

Размеры сердца: поперечник (сумма двух расстояний правой и левой границ сердца от срединной линии тела) - 14 см, длинник (расстояние от правого атриовазального угла до крайней левой точки контура сердца) - 15 см.

* 1. Аускультация. При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются приглушенные тоны сердца. Расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана, добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено. Сердечная деятельность ритмична, перебои в работе сердца не отмечаются. ЧСС = 54 в мин. Пульс – 54 в мин. Дефицит пульса - 0. АД = 150\90 мм рт. ст. Пульс на сонной артерии, тыльных артериях стопы слабого наполнения. При аускультации бедренной и плечевой артерии двойного тона Траубе и двойного шума Виноградова-Дюрозье, а также синдрома артериальной гипертензии на сосудах брюшной полости, почек не обнаружено. Наблюдается варикозное расширение вен нижних конечностей.
1. **Система органов пищеварения и гепатолиенальная система**
	1. Осмотр. Слизистая ротовой полости, склер бледнорозовая. Участки гиперпигментации, гирсутизм, печеночные «стигматы» не выявлены (кроме гиперпигментаций на месте разрешенных высыпаний). Язык влажный, розовый, у корня обложен белым налетом. Живот правильной конфигурации, мягкий, безболезненный. Участвует в акте дыхания. В правой подвздошной области наблюдается шрам от перенесенной в 1975 году аппендэктомии и от срединно-нижней лапаратомии по поводу экстирпации матки(2003). Акт глотания не изменен.
	2. Пальпация органов брюшной полости.

**А)** При поверхностной пальпации - болезненность, локальное мышечное напряжение не выявлены.

**Б)** При ориентировочной пальпации - болезненность, локальное мышечное напряжение не выявлены. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. При пальпации желудка большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная. При поверхностной пальпации кишечника болезненности нет. Поперечно ободочная кишка расположена выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно, диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно, диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено. При глубокой - на глубоком вдохе край печени выходит из-под края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный, безболезненный. При осмотре области желчного пузыря каких-либо изменений не обнаружено. Пальпация безболезненная. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируется, что соответствует норме.

Жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется.

* 1. Перкуссия: при перкуссии кишечника – тимпанит. Свободная жидкость в брюшной полости лежа на спине, лежа на боку, стоя перкуторно не определяется.
	2. Перкуссия печени. Ординаты по Курлову: 9, 8, 7 см. Перкуссия селезенки. Длинник – 8 см, поперечник – 6см.

# Система органов мочеотделения

* 1. Осмотр. Пастозности, параорбитальных отеков, припухлости области почек нет.
	2. Пальпация. Почки в положении стоя и лежа не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон.
	3. Перкуссия. Мочевой пузырь не определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.
	4. Аускультация. Сосуды почек без изменений.

# Нервная система

* 1. Черепно-мозговые нервы: без особенностей.
	2. Обоняние, вкус не изменены.
	3. Органы зрения. Глазные щели не изменены. Косоглазие, двоение, нистагм отсутствуют. Реакция зрачков на свет не изменена. Острота зрения: гиперметропия +1.
	4. Слух и вестибулярный аппарат без особенностей.
	5. Мимическая мускулатура, глотание, движение языка не нарушены.
	6. Речь, чтение, письмо обычные.
	7. Походка больного обычная.
	8. В позе Ромберга устойчив. Дрожание отсутствует.
	9. Нормальные рефлексы (корнеальный, глоточный), кожные и сухожильные рефлексы симметричные, выраженные
	10. Патологические рефлексы отсутствуют.
	11. Болевые точки по ходу нервных стволов не определяются.
	12. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены.
	13. Менингеальные симптомы отсутствуют.

# Эндокринная система

Вторичные половые признаки соответствуют возрасту и полу, патологического оволосения, изменений кожи нет. Щитовидная железа не пальпируется, безболезненна; глазные симптомы (Мари, Мебиуса, Штельвига, Кохера, Грефе) не выражены.

1. **Дерматологический статус**

Морфологически неизмененные кожные покровы бледные, эластичность и тургор снижены, кожа сухая.

Высыпания имеют невоспалительный, симметричный, генерализованный, герпетиформный характер. Локализуются на тыльной поверхности кистей, межпальцевых промежутках, разгибательных поверхностях предплечий и голеней, в области локтевых и коленных суставов, плечах, бедрах, задней поверхности шеи, лопатках, пояснице, крестце, груди, животе ( высыпания не затрагивают лицо, волосистую часть головы, ладони и стопы)

Сыпь полиморфного характера, причем истинный полиморфизм сыпи (везикулы и буллы) дополняется ложным (эрозии, экскориации, корочки)

Везикулы размером до 5 мм возникают на внешне неизмененной коже, имеют розовый цвет, четкие границы, полушаровидную форму, гладкую поверхность, плотную покрышку и серозное содержимое, располагаются группами, не имеют склонности к периферическому росту и слиянию. При подсыхании их содержимого образуются геморрагические, толстые, плотно связанные с кожей корочки. При их вскрытии образуются эрозии, повторяющие форму и величину везикул. При заживлении на их месте остаются гиперпигментированные пятна.

Буллы размером до 20 мм возникают на внешне неизмененной коже, имеют розовый цвет, четкие границы, полушаровидную форму, причудливые очертания, гладкую поверхность, плотную покрышку и серозное содержимое, иногда мутнеющее, располагаются группами, не имеют склонности к периферическому росту и слиянию. При подсыхании их содержимого образуются геморрагические, толстые, плотно связанные с кожей корочки. При их вскрытии образуются эрозии, повторяющие форму и величину везикул. При заживлении на их месте остаются гиперпигментированные пятна.

Проба Ядассона и с 3% раствором KJ не проводилась, т.к. их не проводят при крупнопузырной форме.

Придатки кожи не повреждены.

1. **Предварительный диагноз**

Основываясь на данных анамнеза, общего осмотра и жалобах больного, можно выставить предварительный диагноз:

буллезная форма герпетиформного дерматоза Дюринга

1. **План обследования и его обоснование.**

**Обязательные исследования:**

* + 1. ОАК
		2. ОАМ
		3. Биохимический анализ крови
		4. Кровь на RW (ЭДС) (экспресс диагностика сифилиса).
		5. Обзорную флюорографию органов грудной клетки (диагностика туберкулеза и патологии сердечно сосудистой системы).
		6. Глюкоза крови (диагностика сахарного диабета).
		7. Кал на яйца глист.
		8. контроль АД

**Специальные методы:**

1. исследование содержимого пузырей на эозинофилы и акантолитические клетки
2. Консультация онколога
3. **Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

Общий анализ крови 22.01.07 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Er | муж. 4,0 – 5,0 х 1012 жен. 3,7 – 4,7 х 1012  | 4,09 х 1012  | норма |
| Hb | муж. 130-160 г/лжен. 120-140 г/л | 155 г/л | норма |
| ЦП | 0,8 - 1,1 | 0,86 | норма |
| Лейкоциты | 4,9 - 9,0 х 109  | 8,5 х 109 | норма |
| Эозинофилы | 0 – 5% | 15 % | выше нормы |
| Нейтрофилы: |  |  |  |
| Палочкоядерные | 1 – 4% | 4% | норма |
| Сегментоядерные | 45 – 70% | 70% | норма |
| Лимфоциты  | 18 – 40% | 20% | норма |
| Моноциты | 6 – 8% | 6% | норма |
| СОЭ | муж. 1 – 10 мм/чжен. 2 - 12 мм/ч | 6 мм/ч | норма |

Заключение: **эозинофилия**

Биохимический анализ крови 22.01.07 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Билирубин | 1,71 – 21,34 мкмоль/л | 13,6 | Норма |
| AST | 0 – 45 ед/л | 0,32 | Норма |
| ALT | 0 – 68 ед/л | 0,25 | Норма |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Мочевина | 2,5 – 8,3 ммоль/л | 2,97 | Норма |
| Креатинин | муж. - 53–106 мкМ/лжен. - 44–97 мкМ/л  | 54,0 | Норма |
| Холестерин | 3,64 – 5,2 ммоль/л | 4,0 ммоль/л | Норма |
| В – липопротеиды | 35 -55 ед. | 58 ед. | ГиперВ-липопротеидемия |
| Протромбин | 95 - 105 | 96 | Норма |

Заключение: **гиперВ-липопротеидемия.**

Анализ крови на сахар 22.01.07 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Сахар | 3,3 – 5.5ммоль/л | 5,3 ммоль/л | норма |

Заключение: **без изменений.**

Общий анализ мочи 22.01.07 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Количество |  | 120 мл | норма |
| Удельный вес | 1.010 - 1.025 | 1,020 | норма |
| Цвет | соломенно-желтый | желтый | норма |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная | норма |
| Белок | отр. | отр. | норма |
| Реакция |  | кислая |  |
| Эпителий | 1 – 2 в п/зр. | 0 – 1 - 1 | норма |
| L | муж. до 3 в п/зржен. до 5 в п/зр | 0 – 1 - 1 | норма |
| Соли |  | оксалаты |  |

Заключение: **без изменений.**

Анализ крови на RW 22.01.07 г.

Заключение: **отрицат.**

Кал на яйца глист. 22.01.07 г.

Заключение: **отрицат.**

Обзорная флюорография органов грудной клетки 22.01.07 г.

Заключение: **легкие без патологии, увеличение левых отделов сердца.**

**Специальные методы:**

* + 1. исследование содержимого пузырей на эозинофилы и акантолитические клетки.

Заключение: в содержимом пузырей обнаружены эозинофилы.

* + 1. Консультация онколога. Заключение: **патологии не выявлено.**
1. **Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Буллезная форма дерматоза Дюринга | Акантолитическая пузырчатка | У больного |
| Ведущие этиологические факторы | Точно не установлены.Теории:1)токсико-аллергическаяповышенная чувствительность к глютену (белку злаков) и галоидам2)связь с опухолямигерпетиформный дерматоз может наблюдаться как параонкологический дерматоз.3)нейрогеннаяВозможно возникновение на фоне эндокринных изменений (беременность, менопауза) | Точно не установленаТеории:1) вируснаясодержимым пузырей можно заразить куриный эмбрион2)нейрогеннаяразвитие заболевания после стресса3)эндокринно-обменнаяизменение в эндокринных железах и нарушение микроэлементарного состава в тканях (хлоридов)4)аутоиммуннаяведущая теория | У больной прослеживается взаимосвязь развития заболевания с онкологическим процессом. |
| Патогенез  | Точно не установлен | Аутоиммунное заболевание.В сыворотке крови больных находят антитела против отростков шиповатых клеток эпидермиса (акантов), что приводит к разрыву связей между клетками (акантолизис) и отслоению эпидермиса | В содержимом пузырей больной акантолитических клеток не обнаружено, а обнаружены эозинофилы,характерные для болезни Дюринга. |
| Клиника |  Появляется мучительный зуд и полиморфные , симметричные высыпания. Характерно герпетиформное (сгруппированное) расположение, рецедивирующее течение. Пузыри напряженные(процесс локализуется в сосочковом слое дермы), пузыри не сливаются друг с другом (нет периферического роста), симптом Никольского отрицательный, слизистые поражаются крайне редко. Локализация на лопатках, пояснице, разгибательной поверхности конечностей.Клинические формы:1)крупнопузырныеПузыри 1,5-3 см2)мелкопузырная до 1см3)абортивнаяЕсть зуд, пустулы с эритемой, но нет пузырей4)локализованнаяТолько на локтях, коленях, крестце | Начало заболевания острое. сначала поражаются слизистые, затем вовлекается кожа.Высыпания мономорфные, представлены интраэпидермальными пузырями. Размер пузырей 1-1,5 см, покрышка пузырей вялая, поэтому пузырь быстро вскрывается, развивается эрозия ->серозная корка ->присоединяется инфекция -> гнойные корки ->гиперпигментированное пятно->разрешается бесследно.Кожа вокруг пузырей без эритемы.Пузыри, если их не трогать по переферии не растут, но растут эрозии.Новые высыпания появляются толчкообразно через 1-2-3 недели | мучительный зуд и полиморфные , симметричные высыпания. герпетиформное (сгруппированное) расположениеПузыри напряженныепузыри не сливаются друг с другом (нет периферического роста), симптом Никольского отрицательный, наблюдалось поражение слизистыхКлиническая форма:крупнопузырная |

1. **Клинический диагноз**

Диагноз буллезная форма герпетиформного дерматоза Дюринга поставлен на основании анализа **жалоб** больного на появление высыпаний на коже по всему телу, особенно на верхней половине, появившихся месяц назад. Высыпания сопровождаются мучительным, приступообразным зудом, усиливающемся ночью, и болью, а также повышением температуры тела, ознобом, вялостью, слабостью. Больная жалуется на нарушения сна, связанные с зудом.

**Анамнеза.**Считает себя больной в течение месяца, когда впервые обнаружила у себя везикулярные высыпания в области запястья на обеих руках, располагавшиеся группами в виде браслетов, через 1-2 недели появились симметричные высыпания на разгибательных поверхностях рук, локтях, плечах, подмышечных впадинах, задней поверхности шеи с последующим переходом на туловище и ноги, отмечала также поражение слизистой оболочки рта в виде появления двух буллезных элементов с последующим разрешением их в эрозии. Пузыри возникали на морфологически неизмененной коже, при их подсыхании образуются корочки, а при их вскрытии (при расчесах) – эрозии, после которых остаются гиперпигментированные пятна.

Больная начало заболевания связывает с приемом препарата « Кавинтон», прописанного ей невропатологом, через неделю приема препарата на фоне субъективного здоровья появились высыпания. Подозревая у себя аллергическую реакцию на препарат больная начала самостоятельно принимать антигистаминные препараты ( Диазалин, Супрастин), местно делала примочки из отваров ромашки, череды, чистотела, смазывала высыпания раствором марганцовки, облепиховым маслом и мазями: Преднезолон, Лоринден С, Флуцинар, Синофлан. Видимого эффекта от лечения и улучшения состояния не наблюдалось, больная обратилась к дерматовенерологу в городскую поликлинику №2, откуда и была направлена в ОККВД на стационарное лечение, всвязи с чем прошла консультацию у маммолога (состоит на учете с 2003 года, после левосторонней мастэктомии, в течение 4лет после операции принимала препарат «Тамоксифен» по 1т 1 раз в день, который, по мнению онколога, данным высыпанием проявил свой кумулятивный эффект).

**Дерматологического статуса.**

Морфологически неизмененные кожные покровы бледные, эластичность и тургор снижены, кожа сухая.

Высыпания имеют невоспалительный, симметричный, генерализованный, герпетиформный характер. Локализуются на тыльной поверхности кистей, межпальцевых промежутках, разгибательных поверхностях предплечий и голеней, в области локтевых и коленных суставов, плечах, бедрах, задней поверхности шеи, лопатках, пояснице, крестце, груди, животе ( высыпания не затрагивают лицо, волосистую часть головы, ладони и стопы)

Сыпь полиморфного характера, причем истинный полиморфизм сыпи (везикулы и буллы) дополняется ложным (эрозии, экскориации, корочки)

Везикулы размером до 5 мм возникают на внешне неизмененной коже, имеют розовый цвет, четкие границы, полушаровидную форму, гладкую поверхность, плотную покрышку и серозное содержимое, располагаются группами, не имеют склонности к периферическому росту и слиянию. При подсыхании их содержимого образуются геморрагические, толстые, плотно связанные с кожей корочки. При их вскрытии образуются эрозии, повторяющие форму и величину везикул. При заживлении на их месте остаются гиперпигментированные пятна.

Буллы размером до 20 мм возникают на внешне неизмененной коже, имеют розовый цвет, четкие границы, полушаровидную форму, причудливые очертания, гладкую поверхность, плотную покрышку и серозное содержимое, иногда мутнеющее, располагаются группами, не имеют склонности к периферическому росту и слиянию. При подсыхании их содержимого образуются геморрагические, толстые, плотно связанные с кожей корочки. При их вскрытии образуются эрозии, повторяющие форму и величину везикул. При заживлении на их месте остаются гиперпигментированные пятна.

Проба Ядассона и с 3% раствором KJ не проводилась, т.к. не проводят при крупнопузырной форме.

Придатки кожи не повреждены.

Проведенного диф.диагноза с акантолитической пузырчаткой

Лабораторных данных: эозинофилии общего анализа крови и содержимого пузырей.

1. **Лечение.**

**Лечение данного заболевания:**

1. общая терапия:

Противолепрозные препараты сульфонового ряда.

Диафенилсульфон 0,025

По 0,05-0,1г 2 раза в день циклами по 5-6 дней с перерывом на 1 день.3-5 циклов. После исчезновения клиники поддерживающие дозы 0,05г через день или 1-2 раза в неделю.

Глюкокортикостероиды

Дипроспан 0,5%-1мл внутримышечно 1 раз в день

2.местная терапия:

Анилиновые красители:

Раствор метиленового синего на очаги

Антисептические и инсектицидные средства:

1% борная мазь на корки

**Лечение данной больной:**

1.Suprastini 0.025 1т 1р/д

2.Sol.Suprastini 2%-1ml в/м 1р/д в 21:00

3.Sol.Diprospani 0.5%-1ml в.м 1 раз в день

4.Methyleni coerulei 0.5

 Spiritus aethylici 70%-50ml

 M.D.S. для нанесения на очаги

5.Ung.Borici 1%

 Для нанесения на корки

1. **Дневники.**

## 23.01.07.

Самочувствие на фоне проводимой терапии хорошее.

Беспокоят зуд, бессонница. Общее состояние удовлетворительное, t – 36,7С.

Объективно: состояние стабильное. Положение активное. Кожные покровы бледные, сухие с гиперемированными пятнами на месте разрешившихся высыпаний. На этом фоне везикулярные и буллезные высыпания, эрозии, экскориации, геморрагические корочки. Дыхание везикулярное, симметричное, проводится во все отделы легких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено.

ЧД = 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 150/80 мм рт. ст.

ЧСС = 70 в минуту.

## Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Стул оформленный. Диурез без особенностей.

## Терапия плановая.

## 24.01.07.

Самочувствие на фоне проводимой терапии хорошее.

Беспокоят зуд, бессонница. Общее состояние удовлетворительное, t – 36,5С.

Объективно: состояние стабильное. Положение активное. Кожные покровы бледные, сухие с гиперемированными пятнами на месте разрешившихся высыпаний. На этом фоне буллезные высыпания, эрозии, экскориации, геморрагические корочки.

Дыхание везикулярное, симметричное, проводится во все отделы легких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено.

ЧД = 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

 АД = 120/85 мм рт. ст. ЧСС = 76 в минуту.

## Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Стул оформленный. Диурез без особенностей.

## Терапия плановая.

1. **Эпикриз**

ФИО, … лет, находится на стационарном лечении в … с 18.01.2007 с диагнозом буллезная форма герпетиформного дерматоза Дюринга. Кожные покровы бледные, эластичность и тургор снижены, кожа сухая.

Высыпания имеют невоспалительный, симметричный, генерализованный, герпетиформный характер. Локализуются на тыльной поверхности кистей, межпальцевых промежутках, разгибательных поверхностях предплечий и голеней, в области локтевых и коленных суставов, плечах, бедрах, задней поверхности шеи, лопатках, пояснице, крестце, груди, животе ( высыпания не затрагивают лицо, волосистую часть головы, ладони и стопы)

Сыпь полиморфного характера, причем истинный полиморфизм сыпи (везикулы и буллы) дополняется ложным (эрозии, экскориации, корочки)

Везикулы размером до 5 мм возникают на внешне неизмененной коже, имеют розовый цвет, четкие границы, полушаровидную форму, гладкую поверхность, плотную покрышку и серозное содержимое, располагаются группами, не имеют склонности к периферическому росту и слиянию. При подсыхании их содержимого образуются геморрагические, толстые, плотно связанные с кожей корочки. При их вскрытии образуются эрозии, повторяющие форму и величину везикул. При заживлении на их месте остаются гиперпигментированные пятна.

Буллы размером до 20 мм возникают на внешне неизмененной коже, имеют розовый цвет, четкие границы, полушаровидную форму, причудливые очертания, гладкую поверхность, плотную покрышку и серозное содержимое, иногда мутнеющее, располагаются группами, не имеют склонности к периферическому росту и слиянию. При подсыхании их содержимого образуются геморрагические, толстые, плотно связанные с кожей корочки. При их вскрытии образуются эрозии, повторяющие форму и величину везикул. При заживлении на их месте остаются гиперпигментированные пятна.

Проводимое лечение:

1.Suprastini 0.025 1т 1р/д

2.Sol.Suprastini 2%-1ml в/м 1р/д в 21:00

3.Sol.Diprospani 0.5%-1ml в.м 1 раз в день

4.Methyleni coerulei 0.5

 Spiritus aethylici 70%-50ml

 M.D.S. для нанесения на очаги

5.Ung.Borici 1%

 Для нанесения на корки

На фоне проводимой терапии наблюдаются значительные изменения: отсутствие новых высыпаний, разрешение всех везикул и булл с формированием корочек, заживление эрозий (клиническое улучшение).

Рекомендуется исключение из рациона хлеба (злаков),галогенов (йодированного молока и соли), соблюдение правил личной гигиены, санация очагов хронической инфекции, диспансерное наблюдение у онколога и дерматовенеролога.

***Подпись куратора:***

***Дата курации:***