Формальные данные

Ф.И.О. больного:

Возраст: 65 лет

Дата рождения:

Пол: женский

Национальность: русская

Место жительства:

Профессия и место работы: маляр,

пенсионерка

Семейное положение:

Дата поступления в стационар: 19.05.1997 г.

Дата выписки:

Диагноз направления: Экзема

Диагноз клинический:

Ecz a dishidroticum. Дисгидротическая экзема.

Анамнез

Жалобы пациента

Больная предъявляет жалобы на покраснение кожи ладоней и тыльной

поверхности стоп, высыпания на этих же участках, сопровождающиеся

интенсивным зудом; припухлость кистей; сочащиеся ранки; огрубение и

утолщение кожи в области кистевых суставов.

Начало и развитие данного заболевания

Стасёнок В. И. считает себя больной в течение 10 лет --- когда весной

1987 года впервые появились кожные высыпания на кистях. Больную также

беспокоил выраженный зуд, припухлость в зоне поражения. Пациентка ни

с чем не связывает начало заболевания. Обратилась в

дерматовенерологический диспансер, куда была госпитализирована.

В диспансере диагностирована экзема и проводилось лечение димедролом

в таблетках, смазываниями синькой, холодящей мазью и, возможно,

другими средствами. Лечение продолжалось около месяца и пациентка

была выписана в удовлетворительном состоянии; спала краснота, сыпь,

зуд. Затем, со слов больной, в течение 10 лет не было никаких кожных

высыпаний.

В первых числах апреля 1996 года вновь появились умеренные высыпания

на коже кистей, сопровождающиеся незначительным зудом и отёком. За

медицинской помощью пациентка не обратилась. Все явления прошли

самопроизвольно в течении месяца.

28 апреля этого года появились единичные высыпания в центральной

части ладоней, которые пациентка прокалывала. В течении недели ладони

покраснели, отекли, сыпь стала более выраженной, появился зуд,

мокнутия. 5 мая обратилась в дерматовенерологический диспансер, где

было назначено амбулаторное лечение бриллиантовой зеленью и

ихтиоловой мазью. Несмотря на проводимое лечение состояние больной

ухудшилось , отёчность распространилась на предплечье, тыльную

поверхность кисти, усилились все проявления болезни, поднялась

температура до 37,5^ circ C , появилась головная боль, умеренная

дезориентация в пространстве и времени. На втором приёме 19 мая в

диспансере была направлена в госпитальную клинику кожных болезней

СГМУ. В этот же день госпитализирована в отделение.

Анамнез жизни больного

Родилась 4.07.1932 г. доношенной, воспитывалась в семье с

неблагоприятными социально-бытовыми условиями, в сельской местности

томской области. Вскармливание искусственное. Питание неполноценное

и недостаточное примерно до 20 лет. В детстве перенесла корь, болела

экссудативно-катаральным диатезом. Детские прививки делались по

возрасту.

Травм и операций в течение жизни не отмечено.

Респираторными заболеваниями болеет редко.

Состоит в браке, супруг здоров. Собственных детей нет (после аборта

в 25 лет нет беременностей).

Психические, венерические заболевания отрицает.

Социально-бытовой анамнез

Больная относится к социализированной группе населения. Материальная

обеспеченность достаточная. Жилище благоустроенное, хорошо

проветриваемое, освещ "енность нормальная. Питание полноценное,

невегетарианское. Одежда соответствует кли -ма -то-по -год -ным

условиям и социальному статусу больного.

Не курит, возможно, злоупотребляет алкоголем.

Профессионально-производственный анамнез

Стасёнок В. И. имеет среднее образование. В настоящий период

находится на пенсии. Работала до 50 лет маляром. Профессиональная

деятельность была связана с пребыванием на открытом воздухе, контакте

с красителями.

Семейный анамнез, наследственность

Родители хронической патологии не имеют. Заболевания

кожи у родителей отрицает. Состояние здоровья родственников не

известно. Данных о возможности влияний

семейных инфекций на пациента (сифилис, туберкул "ез,

нервно-психические заболевания, алкоголизм, болезни обмена веществ,

рак) нет.

Иммунологический анамнез

Аллергологический анамнез в отношении пищевых, лекарственных,

ингаляционных, эпидермальных антигенов сомнителен: больная не

отмечает связи между контактом с антигенными и непереносимостью их.

Аллергологические пробы никогда не проводились. Иммунопатологию у

себя и родственников отрицает.

Объективное исследование

Вес: 55 кг

Рост: 160 см

Общее состояние больного: удовлетворительное

Тип телосложения: нормостенический

Подвижность, походка: без ограничений движений, походка

ровная

Пропорциональность развития: развита

пропорционально

Положение пациента: активное

Впечатление силы: тонус высокий

Поведение, характер: контактна,

адекватна

Сознание: полное, ясное.

Выражение лица: осмысленное.

Кожа, видимые слизистые оболочки, волосы, ногти

Кожа загорелая. Тургор снижен, выражена складчатость. Влажность

достаточная. Рубцов нет.

Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые,

чистые, отделяемого нет. Склеры нормальной окраски.

Волосы местами депигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикул "еза не

выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста

или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без

поперечной исчерченности.

Подкожная жировая клетчатка

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, от "еков нет.

Патологического локального скопления жира не найдено.

Мышечная система и костно-суставной аппарат

Мышцы конечностей и туловища развиты умеренно,

тонус и сила сохранены, болезненности нет. Участков

гипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

Костная система сформирована правильно. Дефо -р -маций черепа,

грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и

активных движений, болезненности при движениях, хруста,

изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих

мягких тканей.

Лимфатические узлы

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

кубитальных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные. Также пальпируются подмышечные лимфоузлы ---

множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные,

неподвижные. Другие лимфатические группы не прощупываются, что

соответствует норме.

Полость рта

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и трещин.

Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые, блестящие.

Зубная формула --- 5:5/6:4, есть кариозные зубы.

Д "есны не изменены. Язык нормальных размеров и строения, нал "ета

нет. Н "ебо, зев, без особенностей. Миндалины не выходят за пределы

передних дужек.

Шея

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр "емных вен нет.

Ограничений подвижности нет.

Органы дыхания и грудная клетка

Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического

секрета нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха. Гортань не

изменена.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на

одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,

расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

Пальпация грудной клетки инфо -р -мации о болевых точках не да "ет.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках. Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л "егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л "егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких

Параметр c| Правое c| Левое

Высота верхушек спереди p 4cm |

3 см над ключицей

p 4cm | 3 см над ключицей

Высота верхушек сзади

p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

Ширина полей Кренига c| 5 см c| 5 см

Нижняя граница по линиям Граница По -д -ви -ж -ность Граница

По -д -ви -ж -ность

Парастернальная V~меж -ре -бе -рье --- --- ---

Срединно--ключичнаяя VI ребро --- --- ---

Передняя аксиллярная VII ребро --- VII ребро ---

Средняя аксиллярная VIII ребро 4 см VIII ребро 4 см

Задняя аксиллярная IX ребро --- IX ребро ---

Скапулярная X ребро --- X ребро ---

Околопозвоночная остистый отросток Th \_ XI ---

остистый отросток Th \_ XI

---

При аускультации л "егких в клиностатическом и ортостатическом

положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л "егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

Сердце

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.

При пальпации сердечной области верхушечный толчок определяется в V

межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии на 0,5 см, не разлитой

(ширина 2 см), не усилен. Толчок правого желудочка не определяется.

Пальпация основания сердца и детальная пальпация области аорты и

области л "егочного ствола инфо -р -мации не да "ет. <Кошачьего

мурлыканья >, болезненности при ощупывании не выявлено.

Перкуссия сердца

Граница Относительная тупость Абсолютная тупость

Правая 1.5~см кнаружи от правого края грудины Левый край грудины

Верхняя Середина III ребра IV ребро

Левая 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии ---

Границы сердца соответствуют норме.

Размеры сердца: поперечник

--- 14 см, длинник

--- 15 см.

Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом

положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются

нормальные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения

тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок

открытия митрального клапана, добавочный систолический тон)

и шумов сердца не обнаружено.

Аорта и сосуды

Пульсации аорты не обнаружено.

Извитости и видимой пульсации области височных

артерий, <пляски каротид >, симптома Мюссе и капиллярного пульса нет.

Вены конечностей не переполнены. Сосудистых зв "ездочек и <caput

medusae > нет. Венный пульс не определяется.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую

величину; пульс ритмичен (pulsus regularis), частота --- 60 в

минуту, дефицита нет, пульс напряж "енный, тв "ердый (pulsus

durus), полный (pulsus plenus), равномерный по наполнению

(pulsus al -qu -a -lis), скорый по форме (pulsus celer). Пульсовая

волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и

артериях стопы. Аритмии нет. Артериальное давление 140/95 мм рт. ст.

Живот

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом

флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior в

виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во

время исследования не обнаружено. Симптом Щ "еткина - Блюмберга

отрицательный.

Осмотр области желудка не да "ет инфо -р -мации. Нижняя граница

определяется на 3 см выше пупка.

Стенка желудка ровная, эластичная,

подвижная, безболезненная. Пальпация точек Боаса, Опенховского, Мак

Берни симптоматики не да "ет.

Все отделы кишечника расположены правильно, диаметр

1,5--2,5 см, стенка эластичная, гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет.

Pancreas не пальпируется, что является нормой

Задний проход и наружные половые органы

Патологических изменений перианальной области и ануса в виде

геморроидальных узлов, опухолевидных образований, трещин заднего

прохода не обнаружено. Признаков кровотечения не отмечено. На коже

патологических элементов нет.

Печень

Перкуссия.

Ориентир Граница

Относительная верхняя граница по linea clavicularis

dextra Середина VI ребра

Абсолютная тупость по linea clavicularis

dextra сверху Нижний край VI ребра

Граница по linea clavicularis

dextra снизу Совпадает с краем реберной дуги

Верхняя граница по linea mediana anterior

Основание мечевидного отростка

Нижняя граница по linea mediana anterior

Между верхней и средней третями расстояния от пупка до

основания мечевидного отростка

Левая граница по реберной дуге

Linea parasternalis sinistra

Ординаты Курлова 10, 9 и 8 см

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.

Осмотр области желчного пузыря не инфо -р -мативен. Пальпация

безболезненная (симптом Курвуазье отрицательный). Симптомы Мюсси,

Ортнера отрицательны.

Селез "енка

Перкуссия.

Ориентир Граница

Верхняя граница по linea axillaris medialis sinistra IX ребро

Нижняя граница по linea axillaris medialis sinistra XI ребро

Задний верхний полюс Linea scapularis sinistra

Передний нижний полюс Linea costoarticularis

Поперечник селез "енки --- 6 см, длинник ---12 см.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

Почки и мочевыводящие пути

% addcontentsline toc section Почки и мочевыводящие пути

Левая и правая почки в горизонтальном и вертикальном положениях не

пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

Нервная система

Ассиметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в

сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и

аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные,

Зрение снижено в связи с катарактой. Слух снижен, в наружных слуховых

проходах определяются серные пробки. Запахи различает.

Дермографизм розовый, появляется через 15 сек, стойкий. В позе

Ромберга устойчива.

Status localis

В патологический процесс вовлечена кожа ладонных и тыльных

поверхностей кистей, дистальных отделов предплечья и тыльных

поверхностей стоп с обеих сторон симметрично. На фоне резко

ограниченной гиперемии и отечности определяются очаги поражения с

плотными многокамерными пузырями с серозным содержимым,

округлыми плотными лентикулярными папулами, многочисленными

точечными эрозиями с участками обильного мокнутия. По периферии

очагов располагаются плоские серозные корочки. В области ладонной

поверхности луче запястного сустава кожа лихенифицирована.

Лабораторные исследования

Анализ мочи клинический

Дата: 24.05.1997 г.

Показатель Результат Норма

Гемоглобин 147 г/л М --- 132.0--164.0 г/л,

Ж --- 115.0--145.0 г/л

Эритроциты 4.57 cdot 10^ 12 /л М --- (4.5-5.0) cdot 10^ 12 /л,

Ж --- (3.7-4.7) cdot 10^ 12 /л

Цветовой показатель 0,9 0.86--1.05

СОЭ 8 мм/ч М --- 1--10 мм/ч,

Ж --- 2--15 мм/ч

Лейкоциты 6,3 cdot 10^ 9 /л (4.0-8.8) cdot 10^ 9 /л

Нейтрофилы палочкоядерные 1 % 1--6 %

Нейтрофилы сегментоядерные 64 % 47--72 %

Эозинофилы 5 % 0.5--5 %

Лимфоциты 27 % 19--37 %

Моноциты 9 % 3--11 %

Заключение: изменений в клиническом анализе крови не

обнаружено.

Анализ мочи клинический

Дата: 21.02.1997 г.

Показатель Результат Норма head

Цвет мочи соломенно--ж "елтый соломенно--ж "елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1.022 1.010--1.025

Белок отр. до 0.012 г/л

Эритроциты (свежие) 2 в п/зр. до 3 в п/зр.

Лейкоциты 3--5 в п/зр. М --- до 3 в п/зр.,

Ж --- до 5 в п/зр.

Заключение: изменений нет.

Обоснование диагноза

На основании жалоб и проведенного физикального исследования

предполагается наличие у больной экзематозного процесса. Это

подтверждается острым началом заболевания в 1987 году и последующим

хроническим рецидивирующим течением патологического процесса на коже.

Пациентка не может сопоставить начало болезни и её обострения с

воздействием какого-либо фактора. Это является характерным для

экземы. В анамнезе фигурирует предполагаемый диагноз, выставленный в

1987 г.; пациентка получала соответствующее лечение, которое привело

к длительной ремиссии. Из субъективных симптомов обращает внимание

выраженный зуд, уменьшающийся при использовании гормональных кремов и

антигистаминных препаратов --- это типичное проявление

аллергического процесса. Объективно у пациентки обнаруживаются

характерные признаки экземы: симметричные высыпания на

эритематозном, отёчном фоне. Следует отметить,

что на момент обследования гиперемия выражена умеренно, отёк

незначителен, это говорит о начавшемся разрешении процесса и

правильной тактике лечении. Данные анамнеза указывают на то, что

начало настоящего обострения протекало тяжело, с присоединением

инфекции. Это привело к выраженным общим симптомам --- повышение

температуры, спутанность сознания и т.д. На момент исследования

признаков пиодермии нет, но имеется регионарный лимфаденит, что

косвенно подтверждает диагностическую гипотезу. При локальном

обследовании выявляется типичные для экземы первичные и

вторичные элементы, отображающие истинный и ложный (эволюционный)

полиморфизм: микровезикулы, папулы, эрозии, мокнутия, корочки,

лихенификация.

Отсутствие вторичных аллергических высыпаний на теле

(микробидов), диагностированной хронической инфекции в организме,

пиогенных элементов, отсутствие связи с травматизацией кожи

предполагает истинную форму экземы.

Локализация процесса на коже ладоней, стоп с характерными

жёлтыми плоскими корочками позволяет говорить о дисгидротическом

варианте истинной экземы.

Диагноз клинический:

Ecz a dishidroticum. Дисгидротическая экзема.

Дифференциальный диагноз

Дисгидротическую экзему необходимо отдифференцировать от следующих

заболеваний, имеющих схожий симптомокомплекс.

Истинный дисгидроз (dyshydrosis vera) ---

заболевание, для которого также, как и для дисгидротической экземы

характерно пузырьковая сыпь, локализующаяся на ладонной поверхности

кистей; пузырьки и в том, и в другом случае имеют одинаковые размеры

--- с булавочную головку; прозрачное содержимое. Везикулы при

истинном дисгидрозе держатся около 10 дней, а затем регрессируют:

либо ссыхаются и западают, либо лопаются и образуют эрозии. Процесс

сопровождается выраженным зудом и болью, которые особенно усиливаются

после того, как больные пытаются оторвать остатки покрышек пузырей и

травмируют кожу. Такая клиническая картина истинного дисгидроза и

дисгидротической экземы затрудняет дифференцирование этих

нозологических единиц. Отличительным признаками является появление

новых высыпаний при экземе: папул, везикул, формирование эрозий и

мокнутия на фоне старых морфологических элементов, выявляется

истинный и ложный полиморфизм высыпаний. При dyshydrosis vera не

наблюдается появлений новых пузырьков, первичные морфологические

элементы более или менее равномерно сменяются вторичными, нет явлений

выраженного полиморфизма. У пациентки обнаруживается полиморфизм,

появились за время курации новые высыпания, это свидетельствует в

пользу дисгидротической экземы.

Пустулёзный псориаз ладоней и подошв (psoriasis

pustulosa palmarum et plantarum Barber) --- атипичная форма псориаза,

при котором в области ладоней и подошв на эритематозном фоне

развиваются пустулёзные и псориазиформные очаги, симметрично

расположенные. Трудные ситуации дифференциальной диагностики

возникают в том случае, когда имеет место изолированное

локализованное поражение. При данной локализации процесса типичные

псориатические феномены вызываются труднее, чем в очагах на других

участках тела. Отличительными моментами являются для псориаза

типичное разрешение псориазиформных элементов, если они присутствуют,

патогистологические симптомы (паракератоз, акантоз, папилломатоз),

резко ограниченные эритемато-сквамозные очаги с высыпанием плоских

пустул. При дисгидротической экземе наблюдается высыпание везикул, а

не пустул, начинающееся с внутренней и боковой поверхности пальцев,

эритематозный фон, сквамозирование имеет менее диффузный характер. У

пациентки дифференциальные симптомы чётко выражены и свидетельствуют

о дисгидротической экземе.

Сифилис (syphilis, lues). Учитывая

многосторонние проявления болезни проводится дифференциальная

диагностика дисгидротической болезни с этой патологией.

Локализация эрозивных элементов при дисгидротической экземе

не совпадает с типичной локализацией эрозивного твёрдого шанкра.

Эрозии при экземе мягкие, без инфильтрации на дне, с неровными

краями, отграничена от окружающих тканей не резко, в отличие от ulcus

durum. Для сифилиса не характерен имеющийся у больной

гиперемированный отёчный воспалительный фон, не характерен зуд.

Шанкр-панариций обычно локализуется на дистальной фаланге

указательного пальца, дно язвы покрыто некротически-гнойным распадом.

Этих симптомов нет у пациентки. Также не обнаруживается болезненности

регионарных увеличенных лимфоузлов. Имеющийся при дисгидротической

экземе симметричный процесс на верхних и нижних конечностей

практически не предполагает возможности проявлений первичного

сифилиса на пораженной коже.

При дифференциальной диагностики со вторичным сифилисом, обращает

внимание отсутствие признаков, свойственных всем вторичным сифилидам:

нет своеобразного застойного или буроватого оттенка, блеклости;

нет характерной фокусности --- элементы сифилитических сыпей обычно

не сливаются между собой и не выглядят сплошным поражением, а

остаются отграниченными друг от друга;

нельзя сказать о той <доброкачественности > течения, характерного

для вторичного сифилиса --- высыпания при сифилисе не сопровождаются

нарушением общего состояния (при поступлении в стационар отмечалось

повышение температуры тела, дезориентация в пространстве и времени),

нет зуда.

Однако для сифилиса во втором периоде, как и для экземы характерен

полиморфизм --- нередко отмечается одновременное высыпание различных

вторичных сифилидов, например пятнистых и папулёзных или папулёзных и

пустулёзных (истинный полиморфизм), или имеет место пестрота сыпи

вследствие постепенного появления одинаковых элементов, находящихся в

разных стадиях развития (эволюционный, или ложный, полиморфизм).

Пятнистый сифилид исключается на том основании, что он характерен

для начала второго периода заболевания, когда ещё имеются остатки

первичных проявлений, которые у пациентки не обнаружены. Это

поражение кожи редко локализуется на стопах и кистях. Как правило

сифилитическая розеола не шелушится, не даёт субъективных

расстройств.

Папулёзный сифилид. У больной нет характерного симптома Ядассона

(боль при надавливании на папулы тупым зондом). Не обнаруживается

воротничёк Биетта, высыпания при сифилисе имеют диффузный характер.

Папулёзный сифилид ладоней и подошв характеризуется тем, что папулы

не возвышаются над поверхностью кожи, а представляются в виде

небольшой величины застойно-красных пятен, при ощупывании которых

определяется выраженная плотность. Последовательно на их поверхности,

сначала в центре, затем по периферии, скапливаются плотные чешуйки.

При дифференциальной диагностике важным является то, что вокруг папул

сохраняется по периферии узкая каёмка непокрытого роговыми массами

фиолетового цвета инфильтрата.

У пациентки не было обнаружено признаков сифилитического поражения,

характерных сифилитических особенностей имеющихся морфологических

элементов. В анамнезе больной отсутствуют данные, позволяющие

предполагать прямую возможность заражения сифилисом. Таким образом,

основным заболеванием пациентки является дисгидротическая экзема.

Несмотря на перечисленные выше дифференциальные признаки сифилиса и

дисгидротической экземы больной необходимо провести реакцию

Вассермана --- серологическое исследование для диагностики lues.

Этиология, патогенез, общие принципы лечения

На протяжении десятилетий высказывались различные точки зрения на

этиологию и патогенез экземы. Первоначально борьба мнений шла в

основном между представителями старой французской школы ---

сторонниками конституциональной теории происхождения экземы,

представителями венской школы, утверждавшими, что экзема есть лишь

местная реакция кожи, и сторонниками паразитарной природы экземы.

По мнению сторонников французской дерматологической школы, экзема

представляет собой кожное проявление конституциональных расстройств

(наследственных, гуморальных, желудочно-кишечных, нервных и др.).

Представители венской школы считали, что экзема --- одна из форм

проявления воспалительной реакции кожи, возникающей вследствие

экзогенного воздействия различных химических, температурных,

механических и других факторов; при этом форма экземы зависит от

количества, силы и продолжительности действия раздражителя, а также

от индивидуальных особенностей организма. Сторонники паразитарной

теории происхождения экземы утверждали, что последняя своим

возникновением обязана болезнетворному действию на кожу специфических

микробов, а все остальные факторы (различные заболевания, внешние

раздражители и др.) могут лишь снизить сопротивляемость кожи к

действию микроорганизмов.

В настоящее время известно, что экзема формируется в результате

сложного комплекса этиологических и патогенетических факторов, и

поскольку преимущественное значение тех или иных эндогенных и

экзогенных влияний остаётся спорным, принято считать экзему

полиэтиологическим заболеванием.

Известно, что реакции между антигенами и антителами происходят в

определённой гуморальной среде. Изменение гомеостаза оказывает

существенное влияние и на механизмы формирования аллергических

явлений (эндокринные, нервные, иммунные нарушения, находящиеся в

постоянном взаимодействии). На современном этапе развития учения об

экземе основное значение придают патогенетической роли различных

иммунных сдвигов. У больных экземой выражена дисгаммаглобулинемия

(избыток IgG, IgE и дефицит IgM), уменьшено число Е-клеток, в то

время как количество В-лимфоцитов увеличено. У больных экземой

обнаружена иммунная недостаточность по показателям неспецифической

резистентности, что подтверждают данные определения специфических

антител к стрепто- и стафилококковым антигенам.

Одновременно с состоянием иммунной недостаточности у больных экземой

констатируют функциональные изменения ЦНС с преобладанием активности

безусловных рефлексов по сравнению с условными, нарушение равновесия

между симпатическими и парасимпатическими отделами вегетативной

нервной системы, изменения функционального состояния рецепторов кожи

в виде диссоциации кожной чувствительности. Таким образом, угнетение

иммунной реактивности у больных экземой развивается не изолировано, и

не только на основе генетической предрасположенности, а в результате

сложных нейроэндокринногуморальных сдвигов, изменяющих трофику

тканей.

Преобладание парасимпатических медиаторов в коже, гуморальная

недостаточность гипофизарно-надпочечниковой системы приводят к

резкому усилению проницаемости стенок сосудов и повышенной

чувствительности гладкомышечных клеток к действию эндогенных и

экзогенных разрешающих факторов, в том числе и к бактериальным

антигенам. Слабость иммунитета при наличии инфекционных антигенных

раздражителей проявляется персистенцией микробных и бактериальных

антигенов с формированием хронического рецидивирующего воспаления в

эпидермисе и дерме. При этом возникают патологические иммунные

комплексы, повреждающие собственные микроструктуры с образованием

аутоантигенов, образующих аутоагрессивные антитела.

Характеризуя особенности патогенеза экземы, необходимо подчеркнуть,

что воспалительный хронический процесс в эпидермисе и дерме возникает

в результате комплексного патологического функционирования различных

систем макроорганизма. Наиболее демонстративно у больных экземой

выявляется роль нарушений функционального состояния

желудочно-кишечного тракта, нервной, эндокринной систем, иммунных

резервов и обменных процессов.

Формирование экземы на основе генетической предрасположенности,

зависящей от присутствия в лимфоцитах гена иммунного ответа, создаёт

предпосылки для наследования её в последующих поколениях. В развитии

экземы имеет место полигенное мультифакториальное наследование с

выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов.

В результате исследований у больных экземой обнаружено, что имеющийся

у них повышенный синтез простагландинов E\_ 1 и F\_ 2\_ alpha

приводит к нарушениям в соотношении циклических нуклеотидов, которым

принадлежит регулирующая функция в развитии воспаления и

высвобождения различных медиаторов аллергических реакций (гистамин,

серотонин и др.). Тесная связь простагландинов с образованием цАМФ и

цГМФ позволяет предположить включение простагландинов в различные

механизмы и пути реализации аллергических реакций. Повышение

содержания простагландина приводит к усилению синтеза цГМФ, который в

свою очередь вызывает развитие аллергической и воспалительной реакции

кожи.

Важным фактором в возникновении экземы, как и других аллергических

дерматозов, являются глистные инвазии, изменяющие реактивность и

поддерживающие состояние антигенного напряжения. Формированию

гиперчувствительности немедленно-замедленного типа, проявляющейся

экзематозными высыпаниями, способствуют очаги хронической инфекции,

ОРВИ и желудочно-кишечные расстройства, дисфункция печени,

поджелудочной железы и др.

Терапия экземы должна быть комбинированной: общей и местной

(наружной). Кроме медикаментозного лечения, следует применять

психотерапевтические, физиотерапевтические, диетические и другие

методы лечения. Основным видом лечения больного экземой является

патогенетическая терапия, когда лечебные мероприятия направлены на

устранение или ослабление вредного влияния, которое, возможно, идёт

со стороны нарушенной функции той или другой внутренней системы

организма либо отдельного органа.

Для воздействия на изменённую реактивность организма применяют

иммуностимулирующие средства типа левамизола, Т-активина, натрия

нуклеината, десенсибилизирующие средства (хлорид кальция, натрия

тиосульфат), используют аутогемотерапию.

При лечении экземы особенно широкое применение имеют различные

средства и методы, воздействующие на нервную систему: различные

седативные и снотворные средства, в частности препараты брома,

валерианы, транквилизаторы. Показаниями для их назначения является

состояние повышенной возбудимости (выраженные субъективные ощущения,

в особенности зуд, бессонница). У больных экземой медикаментозный сон

показан при выраженных нарушениях функционального состояния

центральной нервной системы, при распространённых кожных процессах. В

этих же случаях применяется гипнотерапия --- с её помощью можно

устранить разнообразные функциональные расстройства в нервной

системе, отрегулировать сон, успокоить больного, внушить ему

бодрость, уверенность в излечении, устранить или значительно

уменьшить невротическое состояние и тем самым оказать благотворное

действие на течение кожного заболевания. Рекомендовано использовать

электросон.

С целью ускорения обратного развития вяло протекающих при экземе

воспалительных процессов пользуются методом неспецифической

стимулирующей терапии. Сущность её действия в рефлекторном повышении

физиологических функций органов и систем, в активировании защитных

сил организма. Из разнообразных методов неспецифической стимуляции

наиболее широкое применение имеет аутогемотерапия. Кровь, взятая

стерильным шприцем из локтевой вены больного, вводится в толщу

ягодичных мышц. Инъекции повторяются с промежутками в 1--2 дня в

дозах от 3--5 до 10--15 мл. Из биогенных стимуляторов растительного

происхождения в дерматологической практике довольно широко

применяются препараты алоэ, женьшеня, семян китайского лимонника.

При лечении экземы с успехом применяют витамины A, B\_ 1 , B\_ 2 ,

B\_ 6 , B\_ 11 , B\_ 12 , C, PP, E. Витамин A при лечении экземы

лучше назначать в виде масляного раствора 2--3 раза в день до 100000

единиц в сутки (взрослым). Витамин С (аскорбиновая кислота) повышает

сопротивляемость организма против инфекции, регулирует

окис -ли -тель -но-вос -ста -но -ви -тель -ные процессы, оказывает

детоксирующее и десенсибилизирующее действие. При лечении экземы

витамин С назначают внутрь в форме аскорбиновой кислоты по 0,1--0,3

раза в день или концентрата витамина С, настоя из плодов шиповника

или хвойных игл и в виде пищи, богатой этим витамином (свежие овощи,

ягоды, фрукты), а внутримышечно и внутривенно --- в дозах 1--2 мл 5 %

раствора ежедневно или через день. Витамин B\_ 1 (тиамин) играет

значимую роль в регуляции белкового, водного и особенно углеводного

обмена, обладает обезболивающим действием и способствует повышению

желудочной секреции. Назначается внутрь в дозах 0,01--0,03 2--3 раза

в день или внутримышечно или внутривенно по 0,5--1 мл 5 % раствора.

Витамин PP (никотиновая кислота) --- наиболее важным при лечении

экземы является его сосудорасширяющий эффект. Назначают внутрь по

0,05--0,1 2--3 раза в день после еды или внутривенно по 2--5--10 мл

1 % раствора через день. У пожилых людей применяется с осторожностью.

Витамин B\_ 2 (рибофлавин) назначается внутрь по 0,005--0,01 3 раза

в день в течение 3--4 недель. Витамин B\_ 6 (пиридоксин, адермин)

назначают внутрь по 0,025--0,03--0,1 1--2 раза в день в течении 1--2

месяцев. В последние годы во многих областях медицины стала

применяться и коферментная форма витамина B\_ 6 ---

пиридоксальфосфат: вводится внутримышечно ежедневно по 5 мг в 2 мл

0,5 % раствора новокаина номером 10. У больных отмечается более

быстрое исчезновение мокнутия и зуда, падает количество IgE, IgG, IgM

до нормы.

Широко применяют препараты стероидных гормонов в связи с их

выраженным противовоспалительным и противоаллергическим действиям.

Они дают возможность быстро улучшать общее состояние больного,

ослаблять и даже полностью ликвидировать острые воспалительные

процессы (особенно если последние являются проявлением аллергической

реакции), т.е. обладают способностью в короткий срок выводить

тяжелобольных из состояния непосредственной опасности. В настоящее

время в дерматологической практике получило большое распространение

наружное применение кортикостероидов в виде кремов и мазей. Мази

применяются в концентрации от 0,1 до 0,5 % и реже 1--2 %. Широко

применяется новый препарат фирмы ``Орион '' в тубах --- сибикорт.

Противовоспалительный эффект препарата определяется содержанием в нём

гидрокортизона, а антимикробное воздействие обеспечивает глюконат

хлоргексидина. Он оказывает бактерицидное и антисептическое действие,

эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных

бактерий, оказывает фунгицидное действие на грибы (Candida,

дерматофиты) и практически не вызывает аллергии.

Физические методы лечения имеют широкое применение при лечении

экземы. К ним относятся: естественные и искусственные источники

света, электрические, тепловые и водные процедуры. Лечение солнечными

и искусственными ультрафиолетовыми лучами обусловливают при

соответствующей дозировке изменения не только на коже, но и во всём

организме, в том числе и в нервной системе. Поглощаясь кожей,

ультрафиолетовые лучи раздражают нервнорецепторные приборы и

рефлекторно вызывают местную и общую реакцию. Различают 4 вида

лечения ультрафиолетовой радиацией:

enumerate

общее облучение, при котором используют субэритемные дозы;

местные облучения, когда воздействию лучистой энергии подвергаются

отдельные участки кожного покрова, на которых локализуется дерматоз;

сегментарные облучения, когда облучаемая поверхность кожи

соответствует определённому спинномозговому сегменту;

зональные облучения, при которых сочетаются сегментарное и общее

воздействие, а также возможен постепенный охват всего кожного покрова

гиперэритемными дозами ультрафиолетовой радиации без отрицательных

сторон общего облучения большими дозами.

enumerate

В случаях упорно не поддающихся лечению отдельных очагов хронической

экземы иногда можно рекомендовать применение рентгеновских лучей.

Обычно пользуются мягкими рентгеновскими лучами, которые, несомненно,

оказывают общее воздействие на организм, несмотря на то, что они

применяются только местно. Иногда применяются рефлекторные, или

косвенные облучения. Последний вид рентгенотерапии имеет два способа

применения:

enumerate

воздействие рентгеновскими лучами на определённые органы и системы,

нарушение деятельности которых является одним из возможных

этиологических и патогенетических факторов;

сегментарно-рефлекторное применение лучей, при котором обычно

облучают области расположения соответствующих симпатических узлов.

Г. Букки (G. Bucky, 1925) ввёл в дерматологическую практику так

называемые сверхмягкие пограничные лучи, поверхностное действие

которых имеет ряд преимуществ перед рентгеновскими лучами. Они не

проникают глубоко в кожу, не вызывают эпиляции волос и по существу не

имеют противопоказаний к повторному применению. Лучи Букки показаны

при ограниченных и упорных в отношении лечения очагах, особенно

хронической экземы, в дозе от 100 до 250 r за сеанс, на курс до

600--1000 r .

Курортотерапия является одним из методов неспецифической терапии

больных хронической экземой. Курортное лечение включает комплекс

факторов, которыми характеризуется тот или иной курорт. К ним

относятся климат, морские купания и ванны, солнцелечение, ванны из

минеральных вод, грязелечение. При лечении больных экземой наиболее

действенным из всех курортных факторов является бальнеолечение, а

именно ванны из так называемых газовых минеральных вод, главным

образом сероводородных, сульфидных и радоновых. Эти ванны оказывают

стимулирующее влияние на нервную систему, усиливают окислительные

процессы, обмен веществ и т.д. Заслуженной славой для лечения больных

экземой пользуются курорты с сульфидными источниками: Арчман,

Болдоне, Горячий Ключ, Еёск, Кемери, Ключи, Любень-Великий, Менджи,

Пятигорск, Сергеевские минеральные воды, Сочи-Мацеста, Сураханы,

Талги и другие, а также курорты с радоновыми источниками: Белокуриха,

Джеты-Огуз, Пятигорск, Цхалтубо и др.

Одним общим лечением, без применения наружных средств, действующих

непосредственно на кожные рецепторы и ведущих к перестройке

реактивности кожи в сторону её десенсибилизации, часто не удаётся

достигнуть значительного уменьшения воспалительных явлений на коже

или излечения экземы. Местное лечение преследует различные цели. В

одних случаях оно может быть направлено на устранение непосредственной

причины заболевания, в других должно защитить поражённые участки кожи

от внешних раздражающих влияний. Чаще всего наружная терапия

применяется симптоматически, направлена на скорейшее устранение

развившихся в коже патологических изменений или сопутствующих им

субъективных ощущений. Выбор наружных средств для лечения экземы

довольно большой. Наиболее часто используют следующие лекарственные

вещества: мази, пасты, пудры, взбалтываемые взвеси (болтушки),

растворы (водные, спиртовые), пластыри и лаки. Выбор той или иной

формы зависит от локализации, распространённости кожного поражения и

т.п.

При ограниченной острой и подострой экземе, сопровождающейся

краснотой, отёчностью и мокнутием, назначаются противовоспалительные,

слабовяжущие и зудоутоляющие средства в виде примочек и

влажновысыхающих повязок. К ним относятся: уксуснокислый свиней в

форме 2 % водного раствора (свинцовая вода --- Aqua Plumbi), жидкость

Бурова (Liquor Burowi) --- 8 % раствор уксуснокислого глинозема (1--2

столовые ложки на стакан воды), 1--2 % раствор резорцина

(Resorcinum), сернокислые медь и цинк (Zincum sulfuricum, Cuprum

sulfuricum) --- 0,1 % раствор, 0,25 % раствор азотокислого серебра

(Argentum n ricum), 1 % раствор танина (Acidum tannicum),

свежезаваренный чай и др. Примочки назначаются до тех пор, пока не

исчезнет отёчность и не прекратится мокнутие. Как только экзема

принимает подострое течение, следует прекратить лечение примочками и

перейти на мазевую терапию. Обычно применяются мази и пасты,

обладающие кератопластическими, рассасывающими и редуцирующими

свойствами.

При диссеминированной острой и подострой экземе без мокнутия

назначаются поверхностно действующие противовоспалительные средства:

присыпки (пудры), взбалтываемые взвеси (болтушки), пасты, охлаждающие

крема. В качестве присыпок применяются минеральные и растительные

порошкообразные средства, не обладающие фармакологическим действием,

химически нейтральные: тальк-кремнекислая соль магния (Talcum

venetum), окись цинка (Zincum oxidatum), белая глина (Bolus alba),

крахмал, чаще всего пшеничный (Amylum tr icum). Значительно удобнее

пользоваться болтушками, представляющими собою жидкие пудры, так как

они состоят из тех же порошков, только взвешенных в воде, с

глицерином или спиртом. Болтушки применяются и в качестве основы для

нанесения на кожу различных лекарственных веществ.

Примочки, водные и спиртовые взбалтываемые взвеси, а также пасты

следует применять до тех пор, пока достаточно выражены острые

воспалительные явления, а после их стихания рекомендуется переходить

к применению индифферентных мазей: цинковой, борно-висмутовой,

охлаждающих и др. Во избежании излишнего высушивания больной кожи,

которое нередко ведёт к образованию болезненных трещин и к неприятным

субъективным ощущениям, рекомендуется чередовать примочки с

индифферентными мазями.

При отсутствии мокнутия при острой и обострённой экземе можно

применять цинковое масло, пасты и индифферентные мази. Постепенно, по

мере стихания острых явлений, в мази и пасты добавляют различные

лечебные медикаменты, как, например, нафталан и нафталановую мазь,

ихтиол, салициловую кислоту, серу, дёготь и др., сначала в небольших

концентрациях --- от 1--2 %, постепенно повышая до 5--1- %.

При лечении хронической экземы основным принципом местной терапии

является рассасывание экзематозного инфильтрата. С этой целью, кроме

медикаментозных средств, применяются различные физиотерапевтические,

бальнеологические и другие средства. При ограниченных поражениях

назначают ванночки из марганцовокислого калия, берёзовых почек,

раствора танина, отвара коры дуба. У преобладающего большинства

больных экземой болезнь сопровождается мучительным зудом. Зуд

может быть снят или воздействием на ЦНС, или непосредственно

воздействием на рецепторный аппарат путём наружного применения

зудоуспокаивающих средств, оказывающих лёгкое анестезирующее

действие. К ним относятся: салициловая кислота (Ac. salicylicum

1--2 %), ментол (Mentholum 0,5--1 %), карболовая кислота (Ac.

carbolicum), тимол (Thymolum 1--2 %), лимонная кислота (Ac. c ricum

1 %), спирт, столовый уксус, подофиллин в форме 0,1 % пасты,

анестезин в форме 5--10 % мази, димедрол (Dimedrolum 2--5 % мазь или

паста).

Диетотерапия, особенно при острых экземах и в период обострения,

имеет немаловажное значение. Больным следует запрещать те пищевые

продукты, которые вызывают обострение процесса. Если не удаётся

установить, какие именно пищевые вещества вызывают обострение,

больному следует ограничить те виды пищи, которые запрещаются в

случаях острой и обострённой экземы. Тучным больным показаны

<разгрузочные > дни (1--2 раза в неделю), лечение ожирения, что

может оказаться более эффективным в отношении экземы, чем самое

тщательное лечение у дерматолога. При установлении связи экземы с

кишечной интоксикацией назначаются помимо диеты сорбенты,

очистительные клизмы.

Только комплексное лечение и длительное диспансерное наблюдение за

больными экземой дают возможность добиться длительной ремиссии или

излечения болезни.

Дневник течения болезни

Дата t, П, Д. Течение болезни Назначения head

4.06. 1997. 36,6^ circ C , пульс 60, 120/80 мм

Больная предъявляет жалобы на покраснение, отёчность ладоней,

высыпания, интенсивный зуд. Кожа ладоней и тыла стоп гиперемирована,

отёчна, на этом фоне определяются очаги с папулёзно-везикулезной

сыпью, эрозиями и мокнутием, корками.

Режим стационарный. Диета No 15, гипоаллергенная.

Phencaroli 0,025 - 1 табл. 4 раза в день.

T-ra Valerianae - по 20 капель 3 раза в день.

Sol. Calcii chloridi 10 % - 10 мл в вену медленно.

Sol. Natrii thiosulfatis 30 % - 5 мл в вену медленно.

Местно: 1. Срезать пузыри.

2. Обработать эрозий Sol. Methyleni coerulei spir uosae 1 %.

3. Охлаждающая мазь с гормональными добавками.

5.06. 1997. 36,7^ circ C , пульс 60, 120/80 мм

Состояние больной удовлетворительное.

Изменений характера жалоб и объективных данных нет.

Режим, диета без изменений. Лечение тоже.

6.06. 1997. 36,6^ circ C , пульс 60, 120/80 мм

Состояние больного удовлетворительное.

Гиперемия уменьшилась, отёчность выражена незначительно. На боковых

поверхностях пальцев имеются единичные новые папулёзные подсыпания.

Корок нет. В целом динамика положительная.

Конец курации.

Режим, диета без изменений. Отменить

Sol. Calcii chloridi 10 %.

К назначениям - Sol. Pyridoxini 5 % - по 1 мл в мышцу через день.

Sol. Thiamini bromidi 6 % - по 1 мл в мышцу через день.

Аутогемотерапия - 2 мл.

Эпикриз

Больная x находится на лечении в кожной госпитальной

клинике СГМУ. Поступила 19.05.1997 г. по направлению

дерматовенерологического диспансера с жалобами на покраснение

кожи ладоней и тыльной

поверхности стоп, высыпания на этих же участках, сопровождающиеся

интенсивным зудом; припухлость кистей; сочащиеся ранки; огрубение и

утолщение кожи в области кистевых суставов.

На основании анамнеза и объективного обследования диагностирована

дисгидротическая экзема.

Получала лечение антигистаминными препаратами, проводилась

гипосенсибилизирующая терапия (хлорид кальция, тиосульфат натрия),

назначались седативные препараты (валериана), витаминотерапия,

аутогемотерапия, местное лечение спиртовым раствором метиленового

синего, гормональными кремами.

За время курации спали островоспалительные явления: гиперемия стала

уменьшаться, спала отёчность, уменьшилось количество морфологических

элементов на коже. В целом динамика положительная. Однако, имеются

новые папулёзные высыпания на боковых поверхностях пальцев.

Прогноз. При соблюдении рекомендаций вероятна

длительная ремиссия или излечение больной.

Рекомендации.

Рекомендуется консультация психотерапевта для выяснения моментов,

нарушающих функцию центральной нервной системы. Запрещается курение и

приём алкоголя, так как это оказывает неблагоприятное влияние на

нервную систему и обмен белков в печени, что может повлечь обострение

экземы. Следует соблюдать режим питания, диета с достаточным

содержанием белков, жиров , углеводов и витамина, следует избегать

приём острой и солёной пищи, пряностей; рекомендуется

молочно-растительная пища (хлеб, каши, овощи, зелень, фрукты, молоко,

творог). Рекомендуется гипоаллергенный быт: ежедневные влажные уборки

жилища, проветривания, недопустима цветущая растительность, скопление

старых книг, нежелательны ковровые покрытия и перьевые подушки и т.д.

Шахтмейстер И. Я. Патогенез и лечение экземы и нейродермита. Серия

<Библиотека практического врача >. --- М.: Медицина, 1970.

Леоненко П. М. Клиника и лечение экземы (Клинико-физиологическое

исследование). Государственное издательство БССР: Редакция

научно-технической литературы. --- Минск, 1962.

Руководство по детской дерматовенерологии / Скрипкин Ю. К., Зверькова

Ф. А., Шарапова Г. Я., Студницин А. А. --- Л.: Медицина, 1983. ---

С. 235--244.

Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под ред. Б. А.

Беренбейна, А. А. Студницина --- 2-е изд., перераб. и доп. --- М.:

Медицина, 1989.

Павлов С. Т., Шапошников О. К., Самцов В. И., Ильин И. И. Кожные и

венерические болезни / Под ред. О. К. Шапошникова. --- М.: Медицина,

1985. С. 172--179, 253--321.

Ягодвик Н. З., Качук М. В., Политов В. Ф. Применение сибикорта в

комплексной терапии больных экземой, нейродерматозом и аллергических

дерматитов. / Вестник дерматологии и венерологии, 1989, No 2. --- С.

60--62.

Тищенко Л. Д., Ганеш Садхананд. Опыт лечения пиридоксальфосфатом

больных экземой. / Вестник дерматологии и венерологии, 1986, No 11.

--- С. 31--33.

Кубанова А. А. Регуляторная функция простагландинов в развитии

экзематозного процесса. Сов. медицина, 1986, No 2, С. 53--57.

Хазизов И. Е., Шапошников О. К. Общепатологический подход к проблеме

патогенеза экземы и экземоподобных состояний. / Вестник дерматологии

и венерологии, 1991, No 6. --- С. 4--8.

Тетенев~Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних

болезней (клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

Машковский~М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1., Ч. 2

--- М.: Медицина, 1993.

document

qqw