**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Пол:** мужской

**Возраст:** 57 лет

**Место жительства:** г. Томск

**Место работы:**

**Должность:** механик цеха

**Дата поступления в клинику:** 17.05.2005г.

**Клинический диагноз:**

1. **основное заболевание:** erythema exudativa multiforme hebra
2. **осложнения основного заболевания: -------------**
3. **сопутствующие заболевания:** остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника

**ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ**

На момент курации пациент активно предъявляет жалобы на:

* наличие полиморфной сыпи в области кистей рук, тыла стопы, голеней, бедер
* боли в мышцах и крупных суставах преимущественно нижних конечностей (голеностопные, коленные, тазобедренные), в связи с чем возможность активных движений резко ограничена
* общая слабость, недомогание, резкое снижение трудоспособности

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Развитию данного заболевания предшествовала ангина, возникшая после переохлаждения на работе и употребления холодного молока. 29 апреля возникли боли в горле при глотании, преимущественно слева, слабость, легкое недомогание. К врачу пациент не обращался, вышел на работу. В течение суток боль в горле стала распространенной. В течение нескольких дней пациент находился дома. 5 мая слабость и недомогание усилились, больной отметил повышение температуры до 37,8°С. На указательном пальце правой руки появилось пятно розового цвета. В течение следующих 2 дней у больного появились новые элементы - сначала в области тыла кистей, затем - на тыле стопы, голенях, бедрах. Со слов больного, морфологические элементы включали в себя эритематозные пятна, пузыри с серозным содержимым, плотные пустулы. 10 мая утром пациент отметил боль в крупных суставах преимущественно нижних конечностей (коленные, тазобедренные, голеностопные), затруднения при движении, боли в мышцах нижних конечностей. Боль в горле прошла, но субфебрильная темепратура сохранялась. С данными жалобами \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* обратился к дерматовенерологу в поликлинику по месту жительства. В течение 6 дней находился на больничном листе, получал общее лечение и местно - глюкокортикоидную мазь (какие препараты были назначены и какой был поставлен диагноз, больной не помнит). От проводимой терапии улучшения пациент не отмечал, продолжали появляться новые морфологические элементы, а старые увеличивались в размерах. Боль в суставах не проходила, а боль в мышцах усилилась настолько, что больной с трудом мог передвигаться. 16 мая 2005г. пациент был направлен участковым дерматовенерологом в клинику кожных болезней СибГМУ для дальнейшего обследования и лечения.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился в 1948 году первым ребенком в полной семье. О том, как протекала беременность и роды у матери, пациент не знает. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Какими из детских инфекций переболел, больной не знает. До 2 лет проживал с родителями в Калининградской области, затем в возрасте 2 лет с родителями переехал во Владимирскую область. Окончил среднюю общеобразовательную школу и ВУЗ, в 1973 году по распределению приехал в Томскую область, работал в речпорту по специальности судомеханика. В 1974г. был призван в армию, служил в войсках ПВО. С 1990г. работает на ООО ТНХК механиком цеха. В работе отмечает ряд профессиональных вредностей: постоянный контакт с химическими веществами, частые переохлаждения, нерегулярное питание.

Травм, операций со слов больного небыло. Несколько лет назад установлен диагноз остеохондроза шейного и поясничного отделов позвоночника, по поводу которых специального лечения больной не получал. Болеет простудными заболеваниями редко (1-2 раза в год), обычно переносит их на ногах, к врачу не обращается. В возрасте 28 лет женился, имеет двух дочерей, 3 внуков. Проживает с семьей в благоустроенной квартире. Питание в семье достаточное, регулярное, полноценное. Специальной диеты больной не придерживается. Курил в течение 39 лет, в течение последних 5,5 месяцев не курит. Со слов пациента, алкоголем не злоупотребляет,наркотики и другие психоактивные вещества не употребляет.

**Семейный анамнез**

О заболеваниях бабушек и дедушек по отцовской и материнской линии не знает. Отец и мать умерли от старости, при жизни хронических заболеваний не имели. Младший брат погиб от несчастного случая. Жена, дети и внуки пациента здоровы. Наличие у близких родственников случаев сифилиса, туберкулеза, нервных, психических, обменных и других наследственных болезней отрицает.

**Аллергологический анамнез**

Со слов больного, аллергических реакций никогда не возникало. Все пищевые продукты переносит хорошо.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* нормостенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 160см.

*Вес:* 56кг.

*Кожа, слизистые оболочки (см. Status localis):*

Кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет.

*Подкожно-жировой слой:* выражен умеренно, распределен равномерно. Признаков отеков нет.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре и пальпации увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

*Шея:* шейные лимфоузлы пальпаторно неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, неувеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная.

*Ротовая полость:* видимые слизистые рта, мягкого неба, десна розового цвета, чистые, влажные. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки выражены, налета и наложений нет. Зубы с участками кариозной пигментации.

**Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка нормостенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол около 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, выраженная болезненности при пальпации мышц бедра и голени, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижность в коленных и тазобедренных суставах резко ограничена из-за болезненности. На ощупь суставы нормальной температуры, гиперемии и отечности нет.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* грудная клетка нормостенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 12\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | | |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье | ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро | ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия границ сердца | | |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

*Аускультация:* при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 71 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:*

Слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. Скопление жидкости и газов не определяется.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Ниже пупка пальпируется плотное эластичное неподвижное образование размером 4×8 см

Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Печень:*

При пальпации край печени выходит за пределы реберной дуги на 0,5 см, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Пальпация в проекции поджелудочной железы безболезненная.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка | |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis | |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 10см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 8см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 12см

Поперечник = 8см

**Мочеполовая система**

Область поясницы не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Наружные половые органы развиты по мужскому типу.

**Органы чувств**

Зрение со слов больного незначительно снижено. Слух несколько снижен на оба уха. Обоняние, вкус и тактильная чувствительность не нарушены.

**Нервно-психический статус**

Больной ориентирован во времени и пространстве, настроен доброжелательно, оптимистично. К своему заболеванию относится адекватно. Нистагм не определяется, в позе Ромберга устойчив, пальце-носовую пробу выполняет правильно с открытыми и закрытыми глазами. Определяется стойкий белый дермографизм.

**STATUS LOCALIS**

Процесс локализуется на коже тыла кистей, тыла стоп, голеней, внутренней поверхности бедер. Локализация высыпаний симметричная. На тыле кистей и стоп имеются сосудистые эритематозные пятна различных размеров, красно-фиолетового цвета. На отечно-эритематозном фоне расположены розово-красные папулы различных размеров (от 4 до 20 мм) и формы, с четкими границами, плотные, возвышающиеся над уровнем кожи. Местами папулы сливаются. На поверхности более старых папул наблюдается шелушение кожи. В области высыпаний отмечается сухость кожи, трещины, снижение эластичности, плотный характер при пальпации. Имеются еденичные корочки небольшого размера (до 20 мм), светло-желтого цвета.

В области левой голени и бедер имеются еденичные крупные (от 15 до 60 мм) папулы розового цвета с цианотичным оттенком в центре. Элементы расположены на гиперемированном фоне, плотные, несмещаемые, болезненные при пальпации, с инфильтрацией подлежащих слоев кожи и мышц.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови (от 17.05.2005г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 140  4,3  0,9  9,6  71  2  1  23  3 | 130 – 167  4,28 – 5,30  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

Заключение: нейтрофильный лейкоцитоз (9,6×109/л).

1. Общий анализ мочи (от 17.05.2005г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Микроскопия осадка: | соломенно-желтый  прозрачная  1012  лейкоциты 1-2 в поле зрения, клетки плоского эпителия 1-2 в поле зрения, эритроциты свежие 2-4 в поле зрения |

Заключение: микрогематурия (эритроциты 2-4 в поле зрения)

1. Анализ кала на яйца глист (от 17.05.2005г.)

Заключение: яйца глист не найдены.

1. Анализ мочи по Нечипоренко (от 20.05.2005г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель (в 1 мл) | Полученный результат | Норма |
| лейкоциты | 15000 | до 4000 |
| эритроциты | в большом количестве | до 1000 |
| цилиндры | ----------------------------- | 0-1 на 4 камеры |

Заключение: лейкоцитурия, гематурия.

1. УЗИ органов брюшной полости, простаты (от 20.05.2005г.)

Заключение: диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Признаки хронического холецистита. Опущение почек. Простата не изменена.

1. Осмотр уролога (от 20.05.2005г.)

Заключение: гематурия неясного генеза. Контроль ОАМ через 1 неделю.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Диагноз: полиморфная экссудативная эритема ставится на основании:

1. Жалоб больного:
   * наличие полиморфной сыпи в области кистей рук, тыла стопы, голеней, бедер
   * боли в мышцах и крупных суставах преимущественно нижних конечностей (голеностопные, коленные, тазобедренные), в связи с чем возможность активных движений резко ограничена
   * общая слабость, недомогание, резкое снижение трудоспособности
2. Данных анамнеза:

Данное заболевание развилось остро, после перенесенной ангины. Поднялась температура, затем вначале на тыле кистей, а затем на тыле стоп, голенях и бедрах появилась полиморфная сыпь, которая, со слов больного, включала следующие элементы: эритематозные пятна, пузыри с серозным содержимым, плотные пустулы. Через 5 дней у пациента возникли резкие боли в мышцах и крупных суставах нижних конечностей, что значительно ограничило подвижность. Усилились слабость, недомогание, резко снизилась работоспособность.

1. Данных объективного исследования:

Процесс локализуется на коже тыла кистей, тыла стоп, голеней, внутренней поверхности бедер. Локализация высыпаний симметричная. На тыле кистей и стоп имеются эритематозные пятна различных размеров, красно-фиолетового цвета. На отечно-эритематозном фоне имеются розово-крансые папулы различных размеров (от 4 до 20 мм) и формы, с четкими границами, плотные, возвышающиеся над уровнем кожи. Местами папулы сливаются. На поверхности более старых папул наблюдается шелушение кожи. В области высыпаний отмечается сухость кожи, трещины, снижение эластичности, плотный характер при пальпации. Имеются еденичные корочки небольшого размера (до 20 мм), светло-желтого цвета.

В области левой голени и бедер имеются еденичные крупные (от 15 до 60 мм) папулы розового цвета с цианотичным оттенком в центре. Элементы расположены на гиперемированном фоне, плотные, несмещаемые, болезненные при пальпации, с инфильтрацией подлежащих слоев кожи и мышц.

1. Данных лабораторных исследований:

В общем анализе крови (от 17.05.2005г.) - нейтрофильный лейкоцитоз (9,6×109/л).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

1. **Герпетиформный дерматоз Дюринга**

***Сходство:*** заболевание проявляется полиморфизмом элементов (папулы, пузырьки, пузыри на эритематозных участках, корочки, чешуйки), локализация высыпаний симметричная, поражаются преимущественно разгибательные поверхности конечностей. Также характерен незначительный подъем температуры и недомогание. ***Отличие:*** эритематозные и папулезные элементы при герпетиформном дерматозе Дюринга имеют тенденцию к превращению в везикулы и пустулы, чего у данного больного не наблюдается. Высыпания сопровождаются зудом и чувством жжения, чего больной также не отмечает. В крови отсутствует эозинофилия, характерная для герпетиформного дерматоза. Для исключения диагноза дерматоза Дюринга необходимо провести йодную пробу Ядассона, которая должна быть отрицательной.

1. **Акантолитическая вульгарная пузырчатка**

***Сходство:*** на коже туловища и конечностей появляются пузыри с серозным содержимым, слоистые коричневатые корки. Область высыпаний часто болезненна. В крови - нормальное содержание эозинофилов.

***Отличие:*** При акантолитической пузырчатке характер сыпи мономорфный, основным морфологическим элементом являются пузыри. Однако больной указывает только на еденичные пузыри в начале заболевания, преобладают другие полимрофные эелменты. У пациента отсутствует поражение слизистой рта и зева, с которых обычно начинается течение заболевания. Для акантолитической пузырчатки нехарактерно развитие после перенесенного инфекционного заболевания.

Для подтверждения диагноза многоморфной экссудативной эритемы при наличии пузырей необходимо определить симптомы Никольского и Асбо-Ганзена (они должны быть отрицательны) и в отпечатках пузырей определить акантолитические клетки Тцанка (должны быть отрицательны).

1. **Розовый лишай Жибера**

***Сходство:*** развитие заболевания после перенесенной ангины, наличие продромального периода с недомоганием, субфебрильной температурой. Высыпания в виде светло-красных округлых бляшек, приподнятых над уровнем кожи.

***Отличие:*** для розового лишая Жибера характерна локализация высыпаний на туловище по линиям Лангера и проксимальных частях конечностей, тогда как у пациента высыпания локализованы преимущественно на дистальных отделах конечностей. Для розового лишая нехарактерен полиморфный характер сыпи, имеющийся у больного. В анамнезе пациент не указывает на появление материнской бляшки за несколько дней до начала развития заболевания.

1. **Сифилитическая розеола**

***Сходство:*** наличие розовато-красных пятен с синюшным оттенком, не возвышающихся над уровнем кожи.

***Отличие:*** для пятнистого сифилида нехарактерен полиморфизм сыпи, имеющийся у данного больного. Сифилиды редко локализуются на коже нижних конечностей и кистей. Развитие розеол постепенное, в течение 1-2 недель, не сопровождается недомоганием и повышением температуры. На протяжении 1-3 недель розеолы остаются без изменений, затем блекнут и исчезают. Розеолы не имеют склонностью к шелушению, не сопровождаются отечностью и инфильтрацией подлежащих тканей. Слияние розеол также нехарактерно. В анамнехзе у пациента нет указаний на появление твердого шанкра (первичной сифиломы).

Диагноз полиморфной экссудативной эритемы можно подтвердить отрицательными серологическими реакциями на сифилис.

1. **Синдром Лайелла**

***Сходство:*** появление эритематозно-папулезной сыпи, пузырей. Из-за поливалентной сенсебилизации характерно также симметричное поражение суставов. Возможно появление эритроцитов и лейкоцитов в моче при тяжелом течении как признак токсической нефропатии. Заболеванию также может предшествовать ангина.

***Отличие:*** поражена незначительная площадь кожи, тогда как при синдроме Лайелла поражение захватывает до 90% кожи. Отсутствуют крупные пузыри с дряблой покрышкой. В анамнезе больного нет указания на возникновение симптомов через 1-2 дня после употребления медикаментов. Общее состояние больного удовлетворительное, что также нехарактерно. У больного неотягощен аллергологический анамнез и нет других атопических заболеваний.

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОЛОГИЮ**

**И ПАТОГЕНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Полиморфная экссудативная эритема - циклически протекающее заболевание, характеризующееся эритематозно-папулезными и буллезными высыпаниями на коже и слизистых оболочках.

**Этиология:** до конца не изучена. В настоящее время выделяют 3 основных причины заболевания: лекарственная аллергия, герпетическая и микоплазменная инфекция.

**Патогенез:** в развитии полиморфной экссудативной эритемы выделяют 2 варианта патогенеза:

1. Инфекционно-аллергический (истинная эритема)
2. Токсико-аллергический (симптоматическая эритема)

***Инфекционно-аллергический вариант***

Развивается после перенесенной острой инфекции (чаще респираторного или пищеварительного тракта). Ранее рассматривалась версия сенсебилизации организма стрептококковыми антигенами, сейчас преимущество отдается микоплазмам и вирусом простого герпеса. Рассматриваются также и другие гипотезы.

В развитии заболевания играет роль как прямое повреждающее действие этиологического фактора, так и изменение под его влиянием иммунных свойств тканей с возможным развитием аутоиммунного компонента воспаления.

***Токсико-аллергический вариант***

Наиболее частый вариант - развитие лекарственной аллергии. На сегодняшний день установлена возможность возникновения полиморфной экссудативной эритемы после приема следующих лекарственных препаратов:

* Барбитураты
* Кодеин
* Пенициллины
* Салицилаты
* Сульфаниламиды
* Сульфоны
* Тетрациклины
* Тиазиды
* Фенилбутазон
* Фенитоин
* Хлорпропамид

В возникновении лекарственной аллергии играют роль иммунологические механизмы и аллергические реакции разных типов. Лекарственные аллергены могут действовать как полные антигены и, чаще, как неполные (гаптены), проявляющие себя в качестве аллергенов после соединения с белками организма. Лекарственная аллергия в основном развивается у людей с аллергической реактивностью или уже имеющих конкретные формы аллергической патологии, например пищевую аллергию, бронхиальную астму, атопический дерматит. Определенную роль играет степень аллергенности самого медикамента, имеют значение, хотя и в меньшей степени, доза препарата и способ его введения. Развитию лекарственной аллергии способствуют обилие лекарств и необоснованно частое их использование, особенно антибиотиков. Особой тяжелой формой лекарственной аллергии является синдром Стивенса-Джонсона как вариант полиморфной экссудативной эритемы.

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

При установлении диагноза полиморфной экссудативной эритемы для дальнейшего этиотропного лечения необходимо установить механизм развития заболевания.

1. **Токсико-аллергический вариант.**

Основное этиотропное лечебное мероприятие - прекращение поступления и элиминация фактора, вызвавшего аллергию. При лекарственной аллергии обязательна отмена причинного лекарственного препарата. Если состояние тяжелое и требуется срочная элиминация лекарственного препарата и ЦИК из кровяного русла - возможно прнименение плазмофереза, гемосорбции, ультрафильтрации крови.

1. **Инфекционно-аллергический вариант.**

Этиотропное лечение - применение антибиотиков широкого спектра действия (так как предполагается микоплазменная этиология - преимущество отдается группе современных макролидов), противовирусных препаратов (курсовое лечение гамма-глобулином).

**Общая терапия при полиморфной экссудативной эритеме включает:**

* режим общий. Постельный режим назначается только при тяжелом течении - синдроме Стивенса-Джонса.
* гипоаллергенная диета с исключением яиц, молока, мяса птицы, морепродуктов, цитрусовых, красных фруктов и овощей, ананасов, дынь, шоколада, алкоголя, кофе, меда и т.д. В то же время диета должна быть богата белком и витаминами.
* антигистаминные препараты (Для взрослых преимущественно II-III поколений: телфаст, кларитин, лоратадин. У детей применяются препараты I поколения: димедрол, супрастин, тавегил, диазолин).
* гипосенсебилизирующая терапия (хлористый кальций, натрия тиосульфат)
* противовоспалительная терапия - показана при сохраняющейся температурной реакции, вовлечении в процесс суставов. Назначают натрия салицилат, индометацин, диклофенак натрия.
* детоксикационная терапия показана при тяжелом течении (синдром Стивенса-Джонса). Назначают внутривенное введение физиологического раствора, раствора глюкозы, гемодеза, в тяжелых случаях - ультрафильтрацию крови, плазмоферез, гемосорбцию.
* системные глюкокортикоиды назначают при тяжелом течении особенно в сочетании с поражением слизистых (синдром Стивенса-Джонса): преднизолон до 30-40 мг в сутки в течение 10-14 дней с постепенным снижением дозировки
* гепатопротекторы (эссенциале, карсил, легалон, силибор)
* витаминотерапия ( важную роль играет прием витамина U и С)
* санация очагов хронической инфекции

**Местное лечение полиморфной экссудативной эритемы:**

Назначают присыпки из окиси цинка и талька, водные и масляные болтушки, антисептические пасты и мази на пораженные участки. При тяжелом течении и поражении слизистых возможно использование глюкокортикоидных мазей (дипросамин, белосалик. целестодерм, элоком, адвантан).

При поражениях слизистых рта назначают полоскание рта ромазулоном, раствором фурацилина (1:5000), 0,5% раствором новокаина, 2% расвором борной кислоты с последующим орошением аэрозолем оксикорта.

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура | Течение болезни | Назначения |
| 17.05.2005г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 71 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,7  ЧД=12\мин | Знакомство с больным. Сбор жалоб, анамнеза. На момент обследования пациент предъявляет жалобы на: наличие полиморфной сыпи на тыле кистей, стоп, голенях и бедрах, боли в суставах и мышцах с резким ограничением подвижности, слабость, недомогание. Состояние удовлетворительное, положение активное. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. | Режим стационарный  Стол № 15  Назначения:  Rp: Tab. Diazolini 0,1 по 1 таблетке 2 раза в день  Rp: dragee Carsili по 1 драже 3 раза в день после еды  Rp: dragee Indometacini по 1 драже 3 раза в день  Rp: Benzilpenicillini-natrii - 500000 ЕД, вводить внутримышечно через каждые 4 часа  Rp: Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml, вводить внутривенно по 10 ml 1 раз в день |
| 18.05.2005г.  АД= 110\80 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,6  ЧД=12\мин | Объективное исследование. Жалобы те же. Состояние удовлетворительное, положение активное. Видимые слизистые чистые, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца четкие, ритмичные. Ниже пупка пальпируется плотное эластичное неподвижное образование размером 4×8 см.  Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. | ОАК, ОАМ, кал на яйца глист.  Назначения те же |
| 19.05.2005г.  АД= 130\85 мм.рт.ст.  Пульс 70 уд\мин  t =36,6  ЧД=14\мин | Объективное исследование. Жалобы те же, несколько улучшилась подвижность суставов, отечность кожи кистей уменьшилась. Состояние удовлетворительное, положение активное. Видимые слизистые чистые, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца четкие, ритмичные. | Назначения те же |

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* поступил в клинику кожных болезней СибГМУ 17 мая 2005 года в плановом порядке по направлению участкового дерматовенеролога. При поступлении в клинику пациент предъявлял следующие жалобы:

* наличие полиморфной сыпи в области кистей рук, тыла стопы, голеней, бедер
* боли в мышцах и крупных суставах преимущественно нижних конечностей (голеностопные, коленные, тазобедренные), в связи с чем возможность активных движений резко ограничена
* общая слабость, недомогание, резкое снижение трудоспособности

Из анамнеза установлено что заболевание развилось после перенесенной ангины. Поднялась температура, затем вначале на тыле кистей, а затем на тыле стоп, голенях и бедрах появилась полиморфная сыпь, которая, со слов больного, включала следующие элементы: эритематозные пятна, пузыри с серозным содержимым, плотные пустулы. Через 5 дней у пациента возникли резкие боли в мышцах и крупных суставах нижних конечностей, что значительно ограничило подвижность. Усилились слабость, недомогание, резко снизилась работоспособность.

В период нахождения в клинике проведено объективное обследование, ОАК (нейтрофильный лейкоцитоз 9,6×109/л), ОАМ (микрогематурия), анализ кала на яйца глист (отрицательный).

На основании жалоб, данных анамнеза, объективного и лабораторного обследования поставлен диагноз:

**основное заболевание:** erythema exudativa multiforme hebra

**осложнения основного заболевания:** -------------

**сопутствующие заболевания:** остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника

В период нахождения в клинике больной получает следующее лечение:

* режим стационарный
* стол №15
* Rp: Tab. Diazolini 0,1 по 1 таблетке 2 раза в день
* Rp: dragee Carsili по 1 драже 3 раза в день после еды
* Rp: dragee Indometacini по 1 драже 3 раза в день
* Rp: Benzilpenicillini-natrii - 500000 ЕД, вводить внутримышечно через каждые 4 часа
* Rp: Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml, вводить внутривенно по 10 ml 1 раз в день

За период нахождения в клинике состояние больного значительно улучшилось: боли в суставах и мышцах уменьшились, расширился объем движений. Высыпания на кистях и стопах полностью исчезли, заменившись обширными участками шелушения кожи. На бедрах, голенях отдельные элементы значительно уменьшились в размере. Новые морфологические элементы не появляются. На данный момент пациент находится в клинике и продолжает назначенное лечение.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни, здоровья и дальнейшей трудоспособности благоприятный при проведении правильного лечения и соблюдении рекомендаций.

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

После выписки из клиник больному рекомендуется придерживаться гипоаллергенной диеты, избегать переохлаждений, что может способствовать рецидиву заболевания. При простудных заболеваниях необходим охранительный режим и адекватное лечение. С осторожностью следует применять лекарственные препараты (особенно антибиотики и сульфаниламиды), только по рекомендации врача. Рекомендуется также консультация хирурга по поводу возможного новообразования брюшной полости. Показано дальнейшее наблюдение у уролога, контроль ОАМ.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ю. К. Скрипкин, А. Л. Машкиллейсон, Г. Я. Шарапова. Кожные и венерические болезни. – М.: "Медицина", 1997.
2. Машкиллейсон А.Л. Лечение кожных болезней. – М.: "Медицина", 1990.
3. В.И. Бородулин «Справочник практического врача» в 2 томах, М: «Рипол классик», 2001г.
4. А.И Венгеровский «Курс лекций по фармакологии для врачей и провизоров», Томск, 2001г.
5. Машковский М.Д. «Лекарственные средства» в 2 томах, М: «Медицина», 1993г.
6. Беренбейн Б. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. – М.: "Медицина", 1989.
7. Астафьева Н.Г., Горячкина Л.А. «Лекарственная аллергия», часть I-II. // «Аллергология». — 2000. — № 2.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Кpяжева С. С. «Синдpом Лайелла (этиология, патогенез, клиника, лечение)» // «**Российский журнал кожных и венерических болезней». - 1998 - №3, стр.66** 2. Уджуху В. Ю., Коpоткий Н. Г., Гpязнова Т. В. «Новый взгляд на классификацию и патогенез лекаpственной токсидеpмии» // «**Российский журнал кожных и венерических болезней». - 1999 - №2, стр.20** 3. **Самгин М. А., Халдин А. А**. «Валтpекс в теpапии больных многофоpмной экссудативной эpитемой, ассоцииpованной с Herpes simplex» // «**Российский журнал кожных и венерических болезней». - 2000 - №2** 4. Иванов О. Л., Халдина М. В., Халдин А. А., Малиновская В. В. «Современные проблемы диагностики и терапии многоформной экссудативной эритемы»,  // «**Российский журнал кожных и венерических болезней». - 2003 - №5** |  |