# **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

1. Ф.И.О.: x
2. ВОЗРАСТ: 70 лет.
3. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: замужем, трое детей.
4. ОБРАЗОВАНИЕ: среднее.
5. ДОЛЖНОСТЬ: санитарка.
6. МЕСТО РАБОТЫ: стоматологический центр.
7. ДОМАШНИЙ АДРЕС:
8. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 7.05.98 г.

# **ЖАЛОБЫ БОЛЬНОЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В КЛИНИКУ.**

* ГЛАВНЫЕ: на высыпания локализующиеся практически по всей поверхности кожи, за исключением кожи волосистой части головы, лица, ладонных поверхностей кистей, стоп. На интенсивный зуд, покалывание и жжение в области высыпаний, мокнутие их.
* ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ: на общую слабость, повышенную утомляемость. На значительное ослабление остроты зрения на левом глазу.

# **РАССПРОС ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ.**

# ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ:

Больная жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, высыпания по всей поверхности кожи с преобладанием в области груди, живота, шеи, рук. Имеется зуд кожи в области поражения. Похудания не отмечает. Жажда не беспокоит. Повышения температуры тела на момент расспроса нет.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:

Больная спокойная, сдержанная. Настроение хорошее, повышенной раздражительности нет. Память на настоящие события несколько снижена. Сон неглубокий, непродолжительный. Дрожания конечностей не отмечает, судороги и нарушение походки не беспокоят, нарушений кожной чувствительности нет. Головные боли не беспокоят.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:

Кашель, боли в грудной клетке не беспокоят. Кровохарканья нет. Дыхание через нос свободное, носовые кровотечения отсутствуют. Голос звучный. Одышка не беспокоит.

СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:

Боли в области сердца не беспокоят. Больная отмечает ощущение перебоев в деятельности сердца и приступы сердцебиения после психоэмоциональных нагрузок. Отеков нет.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Болей и жжения в языке нет, сухость во рту не беспокоит. Аппетит хороший, извращения аппетита и отвращения к какой-либо пище нет, боязнь приема пищи отсутствует. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Боли в животе не беспокоят. Изжоги, отрыжки нет. Тошноту и рвоту не отмечает. Стул регулярный, самостоятельный, оформленный, раз в сутки. Ложные болезненные позывы на стул не беспокоят. Испражнения без примесей слизи, крови, гноя, остатков непереваренной пищи. Жжение, зуд, боли в области заднего прохода отсутствуют. Кровотечений из прямой кишки нет.

СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Боли в поясничной области не беспокоят. Мочеиспускание, свободное не сопровождается резями, жжением, болью. Преобладает дневной диурез. Цвет мочи соломенно-желтый. Непроизвольнoго мочеиспускания нет.За сутки выделяется около 1,5 литра мочи.

ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Боли в костях, мышцах и суставах отсутствуют. Припухлости и деформации суставов нет, покраснения кожи в области суставов не отмечает. Ограничение движений в суставах не беспокоит.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Нарушение роста и телосложения отсутствует. Нарушения веса (ожирение, истощение) нет. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Имеется резкое снижение остроты зрения левого глаза (счет пальцев на расстоянии 10 см от глаза). Нарушений слуха, обоняния, осязания, вкуса нет.

# **ANAMNAESIS MORBI.**

Больной себя считает с апреля 1998 года, когда впервые появились высыпания в виде единичного пузырька с прозрачным содержимым, размером с просяное зерно, локализованным между пятым и четвертым пальцами правой руки. Появление высыпания сопровождалось интенсивным зудом в данной области. Через несколько дней появились покраснение и отечность кожи тыльной поверхности кистей и предплечий обеих рук, также сопровождавшиеся сильным зудом. Затем, на покрасневшей и отекшей коже появились высыпания, так же в виде везикул с прозрачным серозным содержимым. В течение суток эти пузырьки вскрылись, как считает больная, в результате расчесывания этих областей. Из эрозий, возникших на месте пузырьков, начал выделяться капельками прозрачный серозный экссудат, что привело к образованию влажных, мокнущих участков. Через несколько дней на данной поверхности стали появляться желтоватые корочки. В это время процесс стал постепенно распространяться на кожу плеч, шеи, груди (особенно в складках под молочными железами), живота, на сгибательные поверхности нижних конечностей. Больная отметила характерную последовательность высыпаний: вначале появлялись покраснение и отечность кожи, сопровождаемые зудом, затем на этом участке появлялись мелкие пузырьки с прозрачным содержимым, размером 1-2 мм, которые вскрывались в течение суток. На их месте появлялись очажки отделяющие капельками прозрачный экссудат. Через несколько дней на этих участках образовывались желтоватые корочки. В местах интенсивного расчесывания корочки были кровянистые, коричневые. После исчезновения корочек появлялось шелушение кожи. В то же время на уже пораженных участках могли вновь появиться везикулы.

Начало своего заболевания больная связывает с тем, что работая санитаркой в стоматологическом центре, не использовала в работе перчатки и "могла чем-нибудь заразиться".

В начале заболевания больная ничем не лечилась, считая что эти явления пройдут, если воздерживаться от расчесывания зудящих поверхностей. Затем, для снятия зуда, по совету сына, стала использовать мазь (названия не помнит).Мазь снимала ощущение зуда, но не устраняла высыпания. Когда процесс распространился практически на весь кожный покров больная обратилась в кожно-венерологический диспансер и была госпитализирована 7.05.98 г. В диспансере было назначено лечение, на фоне которого прекратилось распространение высыпаний, улучшилось общее состояние больной.

# **ANAMNAESIS VITAE.**

Родилась в 1928 году в срок, первой по счету. В физическом и психическом развитии не отставала. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы удовлетворительные. Питание регулярное. Физкультурой и спортом не занималась. Во Владивостоке живет постоянно. До выхода на пенсию работала поваром в столовой. В настоящее время работает санитаркой в стоматологическом центре, т. е. имеет контакт с различными химическими веществами, могущими вызвать заболевание кожи.

Простудными заболеваниями болеет редко.

Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Гинекологических заболеваний не было.

Травмы, операции: не было.

В 1995 году отметила ухудшение остроты зрения на левом глазу, появилось ощущение пелены, тумана перед левым глазом. По этому поводу обратилась к участковому окулисту, который обнаружил незрелую катаракту и назначил глазные капли (какие - больная не помнит). В дальнейшем зрение больной постепенно ухудшалось. В начале весны 1998 года участковый окулист установил переход катаракты в зрелую стадию. Было рекомендовано оперативное лечение, которое еще не проводилось из-за возникновения настоящего заболевания. На момент курации: острота зрения левого глаза резко снижена (счет пальцев на расстоянии 10 см от лица).

*Семейный анамнез*: близкие родственники не имели аллергических реакций. Заболевания, которые могут передаваться по наследству, в семье больную отсутствуют.

*Эпидемиологический анамнез*: контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергался.

*Привычные интоксикации*: отсутствуют

*Аллергологический анамнез*: аллергических реакций на пищевые продукты, лекарственные препараты, бытовые аллергены, химические вещества больная не замечала.

*Метеочуствительность и сезонность*: обострения каких либо заболеваний в зависимости от времен года не обнаружено.

# **ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ.**

# **STATUS PRAESENS.**

ОБЩИЙ ОСМОТР.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное, походка свободная. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостеник. Питание больной удовлетворительное. Ногти, волосы не изменены. Слизистая оболочка коньюктивы, носа, губ, полости рта розового цвета, чистая, влажная, сыпи нет. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно для возраста больной, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные. Кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей не изменены, болезненности при пальпации и перкуссии нет, целостность не нарушена. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах свободные, болезненности нет.

ОСМОТР ГОЛОВЫ.

Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Оволосение по женскому типу, выпадения волос нет, имеется незначительное поседение волос (возрастное). Глазная щель не сужена, зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Нос не деформирован. Выделений из носа нет. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Шея симметричная, щитовидная железа визуально не определяется, не пальпируется.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.**

**ОСМОТР ГРУДНОЙ КЛЕТКИ***:*

статический:

Грудная клетка нормостеническая, симметричная, искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер обычный.

динамический:

Тип дыхания - грудной. Дыхание, ритмичное, частота дыхания 20/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

# **ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:**

Грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки расширены. Усиления голосового дрожания нет.

**ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ:

Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

### ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ:

|  |
| --- |
| *Нижняя граница правого легкого определяется по правой:*  |
| окологрудинной линии | -VI межреберье; |
| среднеключичной | -VI ребро; |
| средней подмышечной | -VII ребро; |
| задней подмышечной | -IX ребро; |
| правой лопаточной | -X ребро; |
| околопозвоночной | остистый отросток XI vert. thor. |

|  |
| --- |
| **Нижняя граница левого легкого определяется по левой:**  |
| средней подмышечной | VII ребро; |
| задней подмышечной | IX ребро; |
| правой лопаточной | X ребро; |
| околопозвоночной | остистый отросток XI vert. thor. |

*Высота стояния верхушек легких:*

*справа* - 3.5 см *слева* 3 см, *сзади* - proc. stiloideus VII vert. cerv.

*Ширина полей Кренига:*

справа 7 см слева 7,5 см

*Подвижность нижнего края легкого :*

по правой средней подмышечной линии составляет 4 см.

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ.**

Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипы, крепитация отсутствуют. Усиления бронхофонии нет.

### **ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.**

### **ОСМОТР ОБЛАСТИ СЕРДЦА:**

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.

### **ПАЛЬПАЦИЯ:**

Верхушечный толчок определяется 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье без патологий. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом "кошачьего мурлыканья" отсутствует.

### **ПЕРКУССИЯ:**

*1. Граница сердца определяется:*

правая - по окологрудинной линии в IV межреберье справа,

верхняя - III ребро,

левая - 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

*2. Контуры сердечно-сосудистого пучка определяются:*

правый -1,2 межреберье 2,5 см

3 межреберье 3 см;

4 межреберье 3,5 см от срединной линии вправо.

Левый -1,2 межреберье 3 см;

3 межреберье 5 см;

4 межреберье 8 см;

5 межреберье 10 см от срединной линии влево.

*3. Конфигурация сердца нормальная:*

поперечник сердца 15см,

длинник сердца 16,5 см,

высота сердца 9 см,

ширина сердца 12 см,

ширина сосудистого пучка 5,5 см.

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА:**

Тоны громкие, ясные. Выслушивается два тона, две паузы. Ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений 76 уд./мин.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.**

Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Венный пульс отрицательный.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА.**

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: (имеется затруднения при нахождении лучевой артерии из-за отечности кожи) частота 76 уд / мин., умеренного напряжения, полноты, высоты, быстрый, регулярный, одинаковый на обеих руках. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка не уплотнена, эластична. Артериальное давление 130 / 80, одинаковое на обеих руках.

# **ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

# **ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.**

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны неглубокие, без отделяемого.

## ОСМОТР ЖИВОТА.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются.

### **ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПО ОБРАЗЦОВУ - СТРАЖЕСКО.**

При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресc развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации кишки определяются в виде тяжей эластической консистенции, безболезненны, подвижны, не урчат.

### **ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА:**

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется.

### **ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:**

Не пальпируется.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ.**

ОСМОТР: Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

ПАЛЬПАЦИЯ: Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции.

ПЕРКУССИЯ: Верхняя граница определяется по правой окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной линии на уровне VI ребра. Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 6 см выше пупка. Размеры печени по Курлову 10х8х7 см.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячиваний и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется. Перкуторно: размеры селезенки на уровне Х ребра 4 х 6 см.

#### ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1.5 см выше лобковой кости.

# **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.**

Сознание ясное, интеллект нормальный. Расстройств речи нет. Координация движений нормальная, походка свободная. Рефлексы сохранены, судороги и параличи не обнаружены.

# **ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ.**

Щитовидная железа не увеличена, Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерные для акромегалии отсутствуют. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено.

# **ОРГАНЫ ЧУВСТВ.**

Обоняние, осязание, вкус и слух не нарушены. Имеется значительное снижение остроты зрения левого глаза (счет пальцев на расстоянии 10 см от глаза).

**STATUS LOCALIS.**

Процесс распространенный, симметричный, воспалительного характера, локализуется на коже тыльной поверхности кистей, на наружной и внутренней поверхности предплечий, плеч, шеи, межлопаточной области, груди (особенно в складках под молочными железами), живота, на сгибательной поверхности нижних конечностей. Характер поражения очаговый. Очаги имеют различную величину, неправильную форму, границы их нечеткие. Кожа в очагах поражения отечная, эритематозная. Наблюдается ложный (эволюционный) полиморфизм, так как наблюдаются разнообразные морфологические элементы, являющиеся стадиями одного заболевания).

*Характеристика первичных морфологических элементов.*

.В пределах очагов поражения на фоне эритемы имеются везикулы. Это полушаровидные образования, заполненные серозным содержимым, размером около 1 мм. После вскрытия везикул образуются очажки мокнутия, так называемые экзематозные колодцы - симптом сецернирующих колодцев , представляющие собой точечные эрозии в эпидермисе, образующиеся после вскрытия пузырьков. Из них отделяется серозный экссудат (тканевое содержимое).

*Характеристика вторичных морфологических элементов.*

Также имеются корочки желтоватого цвета, образующиеся после ссыхания пузырьков, и коричнево-красного цвета (кровянистые). Определяется шелушение, в основном на тыльной поверхности кистей и наружной поверхности предплечий. Чешуйки мелкие, отрубевидные.

На разгибательной поверхности локтевых суставов и запястий имеется лихенификация, представляющая собой усиление кожного рисунка, вследствие длительного раздражения кожи при расчесах.

Характерно образование около крупных очагов более мелких, а возле них сосредоточены группы высыпаний, еще дальше находятся одиночные высыпания - симптом географического архипелага.

Дермографизм кожи в очагах поражения красный.

**STATUS SPECIALIS.**

**Характеристика непораженной кожи.**

Кожные покровы обычного цвета (телесного), с матовым оттенком. Участков гипер- или депигментации нет.Тургор и эластичность кожи сохранены. Кожа сухая, гладкая. Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, так как складка кожи, взятая двумя пальцами в области пупка, составляет 3 см.

*Придатки кожи.*

Сальные и потовые железы без видимой патологии, функция их сохранена.

Ногти розоватого цвета, исчерченности, блеска, ломкости нет.

Волосы редкие, имеется поседение волос (возрастное).

Ангиом нет. Невусы единичные, локализуются на коже лица, спины, размером 1-2 мм.

Опраделяется красный дермографизм.

Болевая, температурная, тактильная чувствительность сохранена.

# **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

ОСНОВНОЙ: Распространенная истинная экзема.

СОПУТСТВУЮЩИЙ: Зрелая катаракта левого глаза.

ОСЛОЖНЕНИЙ: нет.

# **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ крови на ВИЧ - инфекцию.
4. Реакция Вассермана.
5. Кал на яйца глистов
6. Биохимический анализ крови.
7. Флюорография.
8. Посев чешуек на микрофлору.
9. ЭКГ.

10. ФГДС

11. УЗИ органов брюшной полости.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз при распространенной истинной экземе необходимо провести с микробной экземой и аллергическим дерматитом.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Симптомы:*** | ***Истинная экзема*** | ***Микробная экзема*** | ***Аллергический дерматит.*** |
| Характер высыпаний. | Ложный полиморфизм | Ложный полиморфизм | Мономорфизм |
| Ведущий элемент | Везикула | Вначале образуются везикулы, затем фликтена | Везикула |
| Симметричность очагов | Есть | Нет | Есть |
| Границы очагов | Нечеткие.  | Четкие | Нечеткие. |
| Субъективные жалобы | Зуд | Зуд | Зуд |
| Склонность к рецидивам | Есть | Нет | Есть |
| Склонность к распространению | Есть | Нет | Есть |
| Общими симптомами между истинной экземой и микробной экземой являются зуд, образование микровезикул на фоне эритемы, точечное мокнутие очагов поражения. Отличием является характерный вид очагов поражения, которые при микробной экземе ассиметричны, имеют четкие границы, венчик отслоившегося эпидермиса по краю очага, вблизи очагов пустулы, фолликулит. Корочки при микробной экземе пластинчатые, имеют сере-желтый цвет, тогда как при истинной экземе корочки светлые, желтоватые. Микробная экзема возникает в результате вторичной экзематизации хронических пиодермитов, чего не наблюдалось у данной больной.Общим между истинной экземой и аллергическим дерматитом является зуд и наличие микровезикул, после вскрытия которых появляются капельки серозного экссудата, что обуславливает характерное мокнутие. Особенностью является мономорфность высыпаний при аллергическом дерматите и самопроизвольное разрешение после удаления раздражителя. Также не наблюдается отсев новых очажков - симптом географического архипелага. |

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.**

На основании жалоб больной на на высыпания локализующиеся практически по всей поверхности кожи, за исключением кожи волосистой части головы, лица, ладонных поверхностей кистей, стоп. На интенсивный зуд, покалывание и жжение в области высыпаний, мокнутие их. На основании данных анамнеза: больной себя считает с апреля 1998 года, когда впервые появились высыпания в виде единичного пузырька с прозрачным содержимым, размером с просяное зерно, локализованным между пятым и четвертым пальцами правой руки. Появление высыпания сопровождалось интенсивным зудом в данной области. Процесс постепенно распространялся кожу тыльной поверхности кистей и предплечий обеих рук плеч, шеи, груди (особенно в складках под молочными железами), живота, на сгибательные поверхности нижних конечностей Больная отметила характерную последовательность высыпаний: вначале появлялись покраснение и отечность кожи, сопровождаемые зудом, затем на этом участке появлялись мелкие пузырьки с прозрачным содержимым, размером 1-2 мм, которые вскрывались в течение суток. На их месте появлялись очажки отделяющие капельками прозрачный экссудат. Через несколько дней на этих участках образовывались желтоватые корочки. В местах интенсивного расчесывания корочки были кровянистые, коричневые. После исчезновения корочек появлялось шелушение кожи. В то же время на уже пораженных участках могли вновь появиться везикулы.

На основании данных осмотра: процесс распространенный, симметричный, воспалительного характера, локализуется на коже тыльной поверхности кистей, на наружной и внутренней поверхности предплечий, плеч, шеи, межлопаточной области, груди (особенно в складках под молочными железами), живота, на сгибательной поверхности нижних конечностей. Характер поражения очаговый. Очаги имеют различную величину, неправильную форму, границы их нечеткие. Кожа в очагах поражения отечная, эритематозная. Наблюдается ложный (эволюционный) полиморфизм, так как наблюдаются разнообразные морфологические элементы, являющиеся стадиями одного заболевания)..В пределах очагов поражения на фоне эритемы имеются везикулы. После вскрытия везикул образуются очажки мокнутия, так называемые экзематозные колодцы - симптом сецернирующих колодцев , представляющие собой точечные эрозии в эпидермисе, образующиеся после вскрытия пузырьков. Из них отделяется серозный экссудат. Также имеются корочки желтоватого цвета, образующиеся после ссыхания пузырьков, и коричнево-красного цвета (кровянистые). Определяется отрубевидное шелушение, в основном на тыльной поверхности кистей и наружной поверхности предплечий. На разгибательной поверхности локтевых суставов и запястий имеется лихенификация.Характерно образование около крупных очагов более мелких, а возле них сосредоточены группы высыпаний, еще дальше находятся одиночные высыпания - симптом географического архипелага.Дермографизм кожи в очагах поражения красный

Выставляется окончательный диагноз:

ОСНОВНОЙ: Распространенная истинная экзема.

ОСЛОЖНЕНИЙ: нет

СОПУТСТВУЮЩИЕ: Зрелая катаракта OS.

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ.**

15.05.98

Состояние больной продолжает оставаться без выраженных изменений. Больная жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, высыпания по всей поверхности кожи с преобладанием в области груди, живота, шеи, рук. Зуд кожи в области поражения слегка уменьшен ( больная связывает это с получаемым лечением). Повышения температуры тела на момент расспроса нет.

19.05.98

Больная отмечает улучшение самочувствия, уменьшение общей слабости. Имеются высыпания по всей поверхности кожи с преобладанием в области груди, живота, шеи, рук. На тыльной поверхности кистей и предплечий исчезли пузырьковые высыпания, имеются желтоватые корочки и незначительное отрубевидное шелушение. Повышения температуры тела на момент расспроса нет.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.**

При лечении данной больной необходимо учитывать возраст (70 лет), anamnaesis vitae (по словам больной она "старалась вести здоровый образ жизни"), а также удовлетворительное общее состояние больной. Сопутствующие заболевания (за исключением катаракты на левом глазу) отсутствуют. Необходимо иметь в виду, что заболевание возникло впервые. Следовательно, лечение должно быть направлено на купирование симптомов этого заболевания, без применения гормональной терапии. Т.е. базисная терапия должна приводить к нормализации общего обмена веществ.

Rp.: Natrii thiosulfatis 30% - 5 ml.

D.T.D. № 10 in ampull.

S. по 5 мл внутривенно (медленно).

Оказывает гипосенсибилизирующее действие, противовоспалительное и противотоксическое.

#

Rp.: Tab. "Tavegili"

D.T.D. № 20

S. по 1 таб. 2 раза в день.

Оказывает гипосенсибилизирующее действие и противотоксическое. Блокатор H1 рецепторов

#

Rp.: Sol. Aethimizoli1.1,5% - 3 ml.

D.T.D. № 10 in ampull.

S. по 2 мл 2 раза в день внутримышечно.

Оказывает гипосенсибилизирующее действие, противовоспалительное и антигистаминное.

#

Rp.: Pentoxylini 0.2

D.T.D. № 20 in tab. Obd.

S. по 1 таб. 3 раза в день.

Оказывает иммунокоррегирующее действие.

#

Rp.: Tab. Pyridoxini 0.005 № 20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Оказывает улучшающее действие на общий обмен веществ.

#

Rp.: Tab. Acidi Nicotinici 0.05 № 20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Оказывает улучшающее действие на общий обмен веществ. Принимает участие в окислительно восстановительных процессах в организме.

#

Rp.: Tab. Acidi Askorbinici 0.1 № 20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день.

Оказывает улучшающее действие на общий обмен веществ. Принимает участие в окислительно восстановительных процессах в организме.

#

Диета:

Рекомендуется высоковитаминизированная диета (растительная). Рекомендуется избегать приема алкоголя, соленых и острых продуктов, а так же продуктов с выраженным аллергическим действием (шоколад, цитрусовые)

**ПРОГНОЗ.**

Прогноз благоприятный. Больная подлежит диспанцерному наблюдению у дерматолога с периодическими клинико-лабораторными исследованиями.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ, ИСПОЛЬЗОВАННОЙ В РАБОТЕ.**

1. Справочник "Кожные и венерические болезни" под ред. О. Л. Иванова, М. Медицина 1997
2. "Кожные и венерические болезни" под ред. О. Н. Шапошникова, М. Медицина 1985
3. Методическая разработка для занятий по дерматологии и венерологии. Владивосток 1979
4. Лекарственные средства ( пособие по фармакологии для врачей) М. Медицина 1988