ГБОУ ВПО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова

Кафедра дерматовенерологии

История болезни

Пациентка С.В.М., 65 лет

Окончательный диагноз: Красный плоский лишай

Куратор

Студентка 443 группы

Гогитаури А.А

Заведующий кафедрой

д.м.н. профессор Разнатовский Константин Игоревич

Преподаватель

Доцент Карякина Людмила Александровна

Время курации

с 15.02.15 по 18.02.15

Санкт-Петербург, 2015 год

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: С.В.М.

Пол: женский

Возраст : 65 лет

Место работы: пенсионерка (ранее - начальник конструкторского отдела Военно-морского института)

Дата 1 поступления в клинику: 15.02.2015

Диагноз заболевания: Красный плоский лишай

Сопутствующие заболевания: Хронический панкреатит.

Гипертоническая болезнь II стадия. Степень АГ 1. Риск 3.

Жалобы

При поступлении пациентка жаловалась на высыпания в области внутренней поверхности бедер, локтевых сгибов, подколенных ямок, подмышечных впадин , на спине, складки под молочными железами, сопровождающиеся сильным зудом

Жалобы больной на момент осмотра: не изменились

Анамнез заболевания кожи

Считает себя больной с середины декабря 2014 года, когда впервые заметила высыпания в области локтевых сгибов, поколенных ямок и внутренней поверхности бедер. Появление высыпаний связывает с пренесенным стрессом. Со временем высыпания увеличились в размерах, добавились высыпания в подмышечных впадинах , на спине, в складках под молочными железами, изменился их цвет с красноватого до ярко красного и высыпания стали сопровождаться сильным зудом. Больная не обращалась за медицинской помощью, а самостоятельно принимала антигистаминные препараты (считая, что это аллергическая реакция на цитрусовые): Супрастин, Зиртек. Отмечала кратновременный эффект-снятие зуда. За медицинской помощью пациентка решила обратиться по причине увеличения высыпаний и появления бессонницы в связи с сильным ночным зудом.

красный плоский зуд лишай

Анамнез жизни

Образование и профессиональный анамнез: Образование высшее, работала начальником конструкторского отдела Военно-морского института. На данный момент является пенсионером.

Жилищные условия: проживает в отдельной квартире на 5 этаже, добирается на лифте, материальное обеспечение удовлетворительно. Питается регулярно, 3 раза в день горячей пищей, режим соблюдается.

Перенесенные заболевания: Хронический панкреатит.(ремиссия)

Гипертоническая болезнь II стадия. Степень АГ 1. Риск 3.

Привычные интоксикации: Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Гинекологический анамнез: начало менструации в 13 лет, беременностей-1, роды-1, аборты-0. Климакс с 52 лет.

Наследственность: не отягощена

Семейная жизнь: замужем, один ребенок-дочь, здорова.

Аллергологический анамнез: отмечает аллергические реакции в виде сыпи на мёд, цитрусовые.

Более сильные аллергические реакции развиваются на сульфаниламиды и контрикал.

Эпиданамнез: Инфекционный гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает.

Контакт с инфекционными и лихорадящими больными отрицает.

Инъекции за 6 месяцев до момента госпитализации отрицает.

Гемотрансфузии-в 1979 году во время родов

Выезд за пределы Ленинградской области за последние 6 месяцев отрицает

Стул нормальный.

Страховой анамнез: Пенсионер, больничный лист не требуется.

Объективные данные

Состояние-удовлетворительное

Сознание-ясное

Положение-активное

Телосложение-правильное

Рост-169 см Вес-70 кг

Конституция-нормостеническая

Кожа и слизистые оболочки- кожные покровы бледные, эластичность не снижена, Истончения или уплотнения кожи не отмечается. Влажность умеренная.

В области локтевых сгибов, поколенных ямок и внутренней поверхности бедер отмечаются высыпания красноватого цвета с гладкой блестящей поверхность.

В области высыпаний отмечаются множественные расчесы.

Ногти правильной формы, ломкость, поперечная исчерченность не отмечается. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, толщина кожной складки на уровне пупка-2 см. Отеков нет.

Лимфатические узлы-Затылочные, шейные, подключичные, надключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, паховые, подколенные, лимфатические узлы не пальпируются. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон, размером с горошину, округлой формы, эластической консистенции, безболезненные, подвижные, не спаяны с кожей, окружающими тканями и между собой.

Щитовидная железа-при пальпации мягкая, консистенция эластическая, узлов нет, безболезненная, размеры её не увеличены. Глазные симптомы отрицательны

Опорно-двигательный аппарат - мышечная система развита нормально, атрофии, гипертрофии мышц нет. Активная и пассивная активность суставов сохранена

Деформации суставов, их припухлости, болезненности, ограничения функции не наблюдается

При поверхностной пальпации кожная температура над поверхностью суставов не изменена.

Система органов кровообращения: Пульс симметричный, частота пульса 65 уд/мин., ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, большой твердый.

Сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается.

Определяется симметричная пульсация на височных, сонных артериях и артериях нижних конечностей.

Набухание шейных вен отсутствует, венозные коллатерали брюшной и грудной стенки не выражены. Варикозное расширение вен не наблюдается.

Артериальное давление-130/75 на правой руке, 130/80 на левой руке

Осмотр области сердца-форма грудной клетки в области сердца не изменена. Сердечного горба нет. Верхушечный толчок не виден. Сердечный толчок не визуализируется. При осмотре определяется физиологическая эпигастральная пульсация. Верхушечный толчок при пальпации определяется в 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, протяженностью 2 см, средней силы.

Сердечный толчок, систолическое дрожание на основании и диастолическое дрожание на верхушке не пальпируются. Патологическая пульсация сонных артерий отсутствует.

Перкуссия границ относительной сердечной тупости: Правая- в IV межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. В III межреберье у правого края грудины. Верхняя-во II межреберье между левой грудинной и окологрудинной линиями.

Левая-В V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. В IV межреберье на левой среднеключичной линии. В III межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости. Правая- в IV межреберье у левого края грудины. Верхняя-на уровне IV ребра между левой грудинной и окологрудинной линиями. Левая-в V межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

Перкуссия сосудистого пучка. Сосудистый пучок в I и II межреберьях с обеих сторон не выходит за пределы грудины.

Аускультация сердца. Тоны сердца во всех точках аускультации приглушены. ЧСС-75 уд/мин.

На верхушке 1-й тон громче и продолжительнее 2-го тона, шумов нет. На основании сердца во II межреберье справа и слева у края грудины 2-й тон громче 1-го, шумов нет. Громкость 2 тона над аортой выше, чем над легочной артерией. У основания мечевидного отростка грудины 1-й тон громче и продолжительнее 2-го, шумов нет. В точке Боткина-Эрба шумы не выслушиваются.

Система органов дыхания: Осмотр грудной клетки. Грудная клетка обычной формы, симметричная. Обе половины грудной клетки активно и равномерно участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 19 в минуту. Дыхание ритмичное, обычной глубины. Тип дыхания-смешанный.

Пальпация. Грудная клетка безболезненная. Эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено, проводится с одинаковой силой на симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| l. parasternalis | VI ребро | - |
| l.medioclavicularis | VI ребро | - |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | IX ребро |
| l. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l.spinalis | X ребро | X ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Высота стояния верхушек. Спереди-на 3 см выше уровня ключицы с обеих сторон, сзади- на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка с обеих сторон.

Ширина перешейков полей Кренига-5 см с обеих сторон.

Активная подвижность легочного края по средней подмышечной линии суммарно на вдохе и выдохе: слева-7 см, справа- 6 см.

Сравнительная перкуссия. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

Аускультация. Над всей поверхностью легких дыхание везикулярное. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена.

Система органов пищеварения и брюшной полости.

Осмотр ротовой полости. Язык розового цвета, влажный, налета нет, сосочки хорошо выражены. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, влажные, чистые. Зев обычного цвета, чистый.

Осмотр живота. Живот правильной форма, активно и равномерно участвует в акте дыхания. Рубцов и высыпаний нет, венозная сеть не выражена. Пупок обычной формы.

Пальпируется вентральная грыжа в гипогастральной области слева, безболезненная. Асцита нет.

Пальпация. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка-в виде эластичного цилиндр, подвижная, гладкая, мягкая, не урчащая, безболезненная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка- в виде эластичного цилиндр, подвижная, гладкая, мягкая, не урчащая, безболезненная. На уровне пупка пальпируется поперечно-ободочная кишка эластичной консистенции, подвижная, гладкая, мягкая, не урчащая, безболезненная.

Большая кривизна желудка методом шума плеска определяется на 2,5 см выше уровня пупка.

Пальпация печени. Печень не выступает из-под края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется край печени-мягкий, острый, безболезненный.

Размеры печени по Курлову: 9\*8\*7 см.

Симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Кера, Курвуазье-отрицательные. В левом подреберье селезенка не пальпируется. Перкуторно верхний край селезенки определяется на уровне верхнего края IX ребра по левой средней подмышечной линии.

Система мочевыделения. Пальпация. Почки не пальпируются. Пальпация безболезненная.

Перкуссия. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Нервная система. Психическое состояние-удовлетворительное.

Походка тяжелая. Зрачковые, сухожильные, кожные рефлексы сохранены. Патологические рефлексы отсутствуют. Тремор отсутствует.

Дерматологический статус

Процесс носит распространенный характер , поражена область внутренней поверхности бедер, локтевых сгибов, подколенных ямок, подмышечных впадин, спины, складки под молочными железами. Наибольшее количество элементов присутствует в складках под молочными железами и на спине .

Расположение очагов симметричное. Наиболее типичные очаги представлены папулами , некоторые имеют полигональную форму , размеры до 1х1 см , поверхность папул гладкая ,блестящая ,красновато-фиолетового цвета . На поверхности папул имеется незначительное шелушение , границы очагов четкие . В центре папул имеется пупкообразное вдавление , элементы сыпи склонны к слиянию . При смачивании папул водой на их поверхности определяется симптом "сетки Уикхема".

В подмышечных впадинах на месте регрессировавших папул имееются очаги гиперпигментации.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика обычных форм красного плоского лишая, как правило, не вызывает затруднений. Наиболее часто с папулезным сифилидом приходится дифференцировать кольцевидную форму красного плоского лишая вследствие того, что элементы при ней часто локализуются на половых органах и в полости рта. Следует учитывать, что в отличие от папулезных сифилидов узелки при красном плоском лишае красновато-фиолетового цвета, а не медно-красного, расположены более поверхностно и менее инфильтрированы, имеют полигональные очертания. При сифилисе элементы овальные или округлые, шелушатся с образованием воротничка Биетта, редко сопровождаются зудом. При этом поверхность папул полушаровидная, а не уплощенная и не имеет центрального вдавления. Учитывают также другие проявления сифилиса и результаты специфических серологических реакций.

Крупнопятнистая и лихеноидная формы токсикодермий, особенно лекарственных (от сальварсана, висмута, антибиотиков, антималярийных препаратов и др.), могут иметь сходство с красным плоским лишаем. В ряде случаев требуются длительное наблюдение и гистологическое исследование, чтобы установить правильный диагноз. Большое значение при этом имеет анамнез (указания на прием лекарственных препаратов, воздействия токсичных веществ и др.). Должны быть учтены также более острый характер и относительно кратковременное течение токсикодермий.

В отличие от красного плоского лишая узелки при амилоидном лихене не имеют полигональных очертаний, центрального вдавления, цвет их чаще желтовато-коричневатый. Фиолетовый оттенок, столь характерный для красного плоского лишая, слабо выражен. Высыпания амилоидного лихена более плотные, чаще сливаются с образованием плотных шагреневидных бляшек. При амилоидном лихене наблюдается более интенсивный зуд, не бывает высыпаний в полости рта, положительна проба с конго красным, при гистологическом исследовании выявляют амилоид.

При лихеноидном туберкулезе кожи в отличие от красного плоского лишая первичным элементом являются не узелки, а бугорки желтовато-коричневатого цвета без сиреневатого оттенка и центрального вдавления, располагающиеся преимущественно на боковых поверхностях туловища, после регрессирования которых остается нерезко выраженная атрофия кожи. Часто выявляются бугорки конической формы с шипиком на поверхности, располагающиеся перифолликулярно, что при красном плоском лишае наблюдается редко. Для лихеноидного туберкулеза кожи характерно расположение высыпаний группами, иногда бугорки сливаются в небольшие мало инфильтрированные, слегка шелушащиеся очаги желтовато-коричневатого цвета, напоминающие очаги себорейной экземы. При установлении диагноза должно быть учтено и то обстоятельство, что лихеноидный туберкулез кожи развивается преимущественно в детском возрасте, в то время как красный плоский лишай у детей наблюдается редко. Дифференциально-диагностическое значение имеют также всегда положительные при лихеноидном туберкулезе кожи реакции на туберкулин и особенно результаты гистологического исследования: обнаруживают туберкулоидную структуру инфильтрата при лихеноидном туберкулезе кожи и довольно специфическую картину при красном плоском лишае.

От бородавчатого туберкулеза веррукозный лишай отличается преимущественной локализацией очагов поражения на голенях, а не на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, что характерно для туберкулеза, отсутствием трех зон в очаге поражения (центральной- роговевшей, бородавчатой, средней - инфильтрированной, синюшно-красного цвета и периферической- более яркой красной окраски) и рубцевания, наличием интенсивного зуда, совершенно иной гистологической картиной.

Некоторое сходство с красным плоским лишаем может иметь мелкооузелковая форма саркоидоза, особенно в поздних стадиях, когда в центре высыпных элементов появляется небольшое западение. От мелкоузелкового саркоидоза красный плоский лишай отличается цветом высыпаний (при саркоидозе превалирует желтовато-бурая окраска), формой элементов (уплощенная при красном плоском лишае, полушаровидная при саркоидозе), полигональными, а не округлыми очертаниями папул, наличием центрального вдавления на их поверхности, отсутствием феномена запыленности, который обнаруживают при диаскопии элементов саркоидоза. Следует учитывать и такие признаки, как частая локализация очагов поражения при саркоидозе на лице, что не характерно для красного плоского лишая, и, наоборот, исключительно редкое в отличие от красного плоского лишая поражение слизистых оболочек при саркоидозе. Для саркоидоза характерны отсутствие зуда и системность поражения. Если перечисленных дифференциально-диагностических критериев недостаточно, то следует провести гистологическое исследование: при саркоидозе в характерную структуру инфильтрата.

Индивидуальный план лечения

1) Общая терапия.

· Антибактериальная-доксициклин (по 1 таблетке 2 раза в день)

· Седативная терапия-Валериана

· Инъекции глюконата кальция

· Инъекции витамина B1

· Ксантинола никотинат

· Делагил+преднизолон(20 мг в сутки)

) Физиотерапия

) Наружная терапия (при наличии зуда)

Обтирания 5% спиртовым раствором димедрола

Профилактика рецидивов заболевания

Для профилактики красного плоского лишая важно лечение хронических заболеваний, терапия психоневрологических расстройств, исключение стрессовых ситуаций. Профилактика рецидивов заключается в применении водных процедур, соблюдении диеты, исключающей из употребления алкоголь, соленую и острую пищу, нормализации режима работы и отдыха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базыка Д. А., Базыка А. Д. Этиология, патогенез и терапия красного плоского лишая // Вестн. дерм. и вен. 1977, № 11, с. 58.

2. Гаджимурадов М. Н., Гунаева А. А. Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика и лечение // Клиническая дерматология и венерология. 2009, № 3, с. 85-80.

. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под ред. Б. А. Беренбейна и А. А. Студницина. М., 1983. С. 269.

. Корсунская И. М., Невозинская З. И., Захарова А. Б., Константинов Е. М., Андрюшкова Ю. А. Опыт терапии красного плоского лишая препаратом Глутоксим // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008, № 1, с. 44-46.

. Федоров С. М., Селисский Г. Д., Тимошин Г. Г. Красный плоский лишай // Кожные болезни. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1997. С. 67-69.

. Rebora A. Плоский лишай. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти. М.: «МЕДпресс-информ», 2008. С. 371-374.