ГОУ ВПО "Ярославская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

Кафедра кожных и венерологических болезней

История болезни

Клинический диагноз:

Основной: Распространенный псориаз, осенне-зимняя форма, прогрессирующая стадия

Осложнения основного: нет

Сопутствующие: нет

Куратор: студент 6группы 6курса лечебного факультета

Хмаро Наталья Владимировна

Дата: 19.06.2010

Заведующий кафедрой

Профессор В.Н. Завадский

Преподаватель

Ассистент О.В. Ершова

Ярославль 2010 год.

Паспортная часть

Ф.И.О.:

Дата рождения: 23.11.1990/ 19 лет

Пол: мужской

Национальность: русский

Образование: среднее специальное

Профессия: слесарь

Место работы: безработный, зарегистрирован на бирже труда в г. Гаврилов - Ям

Место постоянного жительства: Ярославская область, г. Гаврилов-Ям,

Дата поступления: 13.04.2010 г.

Диагноз направившего учреждения: Псориаз, прогрессирующая стадия.

Диагноз при поступлении: Псориаз, прогрессирующая стадия.

Клинический диагноз: Распространенный псориаз, осенне-зимняя форма, прогрессирующая стадия.

Осложнение основного заболевания: нет

Сопутствующие заболевания: нет

лишай псориаз орган бляшка

Жалобы

На момент поступления и курации больной предъявляет жалобы на поражение кожи лица, волосистой части головы, туловища, конечностей шелушащимися бляшками розово-красного цвета. На образование новых очагов и рост старых.

История развития заболевания

# Считает себя больным с детства, (6 лет) когда впервые появились проявленья псориаза. Следующее обострение произошло в возрасте 10 лет и в дальнейшем повторялись каждые 2 года. Наблюдается у дерматолога в поликлинике по месту жительства. Два раза находился на стационарном лечении в ЯрОКВД, последняя госпитализация была 2 года назад, был выписан с улучшением. Отмечет положительный эффект от УФО. Последнее обострение около 4 месяцев назад, при котором высыпания распространились практически по всей поверхности туловища и конечностей. Лечился самостоятельно: смазывав пораженные участки мазью «синафлан» и 2% салициловой мазью - без эффекта.

12.04.10 обратился на прием к дерматологу МУЗ Гаврилов-Ямской ЦРБ и с диагнозом: псориаз, прогрессивная стадия был направлен на стационарное лечение в ЯрОКВД. Госпитализирован 13.04.10.

# История жизни.

Родился в городе Гаврилов-Ям. Воспитывался в полной семье. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Материально-бытовые условия в детские и школьные годы удовлетворительные. Начал учиться с 6 лет, окончил 9 классов средней школы с удовлетворительным результатом. После окончания школы поступил в ПТУ, отучился 3 года по специальности слесарь. В настоящее время безработный, зарегистрирован на бирже труда в городе Гаврилов-Ям. На данный момент проживает с матерью и отцом в двухкомнатной квартире с хорошими жилищными условиями. Из перенесенных заболеваний : ОРВИ, грипп. Травм, операций не было. Привычные интоксикации: на данный момент курит (курить начал пять лет назад, выкуривает пачку в день). Алкоголем не злоупотребляет, наркотики не применяет. ВИЧ, сифилис, вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания у себя и ближайших родственников отрицает. Аллергический анамнез не отягощен, лекарственной непереносимости нет. Наследственный анамнез не отягощен, псориазом в семье никто не болеет.

Status praesens

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Рост: 184 см., вес: 68 кг. Температура тела: 36,6°С.

Сила и тонус мышц сохранены, болезненности и уплотнений при пальпации не выявлено. Контрактур нет.

Кости нормальной формы, деформаций нет, болезненности при поколачивании и пальпации нет; суставы нормальной конфигурации, припухлостей и болезненности при пальпации нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объёме, безболезненные.

Система органов дыхания

Осмотр грудной клетки.

Дыхание через нос свободное. Болезненности при пальпации и перкуссии придаточных пазух носа не выявлено.

Грудная клетка правильной формы, нормостеническая. Над- и подключичные ямки сглажены. Направление ребер умеренно-косое. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания смешанный. Движение грудной клетки при дыхании равномерное, отставание левой или правой сторон не выявлено. Дыхание ритмичное. Число дыхательных движений 17 в минуту. В покое одышка не отмечается.

Пальпация грудной клетки.

Грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичность сохранена. Голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными областями обоих легких. Трения плевры не наблюдается.

Перкуссия.

При сравнительной перкуссии над симметричными отделами легких отмечается ясный лёгочный перкуторный звук, одинаковый с обеих сторон.

Аускулътация легких.

При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается жесткое везикулярное дыхание. Бронхофония одинакова над симметричными облостями лёгких, не изменена. Патологические дыхательные шумы в виде хрипов, крепитации, шума трения плевры не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр.

При осмотре видимой пульсации сонных артерий - "пляски каротид", сердечного горба нет. При осмотре видимых пульсаций в эпигастральной и над областью сердца не определяется.

Пальпация.

При пальпации артерии умеренной плотности, неизвитые. Пульсация височных, сонных, подключичных, подмышечных, плечевых, бедренных, подколенных, передних и задних болыпеберцовых артериях и на тыльных артериях стоп ритмична, симметрична с обеих сторон. Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, 72 в минуту, ритмичный, соответствует частоте сердечных сокращений, удовлетворительного наполнения. Пульсации в ярёмной ямке нет. Венный и капиллярный пульсы не определяется. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. на обеих руках.

Аускультация.

При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. Частота сердечных сокращений 72 ударов в минуту. Расщепления, раздвоения тонов, шумов сердца, шума трения перикарда не определяется.

Система органов пищеварения

Осмотр. Слизистая полости рта бледно-розового цвета, умеренно влажная. Язык бледно-розовый, влажный, чистый, сосочковый слой выражен умеренно, сосочки не изменены, язв и трещин нет. Дёсны бледно-розового цвета, безболезненны, кровоточивости нет, язв, эрозий нет.Мягкое и твердое нёбо розовые, без налётов, изъязвлений и геморагий. Зев и задняя стенка глотки бледно-розовой окраски, чистые. Миндалины не увеличены, розовой окраски. Запах изо рта отсутствует.

Живот при исследовании стоя и лёжа увеличен за счёт развитой подкожной жировой клетчатки, симметричный, участвует в акте дыхания равномерно, отставаний левой или правой сторон нет. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет.

Поверхностная пальпация.

При поверхностной ориентировочной пальпации передняя брюшная стенка не напряжена, живот мягкий, безболезненный (симптомы Щеткина-Блюмберга), Воскресенского (симптом "рубашки") и Менделя отрицательные во всех отделах. Грыж белой линии живота, диастаза прямых мышц, опухолей нет. При нажатии на точки: пузырная, точка Мюсси, панкреатическая, аппендикулярная, Ланца и Мак-Бурнея болевых ощущений не возникает.

При перкуссии живота выявлен громкий, ясный, тимпанический желудочно-кишечный перкуторный звук. Жидкости в брюшной полости нет (шум плеска отсутствует, притупления нет).

При аускультации - перистальтика кишечника сохранена, шума трения брюшины не выявлено.

Стул регулярный, оформленный.

Печень внешне не увеличена, пульсации нет. На высоте вдоха определяется край печени закругленный, мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, безболезненный по правой срединно-ключичной линии у края правой реберной дуги.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно в положении лёжа и стоя почки не определяются. Пальпация в рёберно-позвоночных точках и по краям прямой мышцы живота безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз в сутки.

Нервно-эндокринная система

Больной мыслит логически, контактен, в пространстве и времени ориентирован, функция сохранена. Обоняние, вкус сохранены. Зрение, слух, речь не нарушены. Глазные щели одинаковы, зрачки округлой формы, одинаковой величины. Прямая и содружественная реакция зрачков на свет, аккомодация и конвергенция сохранены. Движения координированы, в позе Ромберга устойчив, пальценосовая проба положительная; вестибулярно-мозжечковой установки кистей, интенционного дрожания при пальце-носовой пробе нет. Рефлексы на руках и на ногах удовлетворительны, симметричны с обеих сторон. Функции тазовых органов сохранены.

Туловище и конечности развиты пропорционально, соответственно возрасту, развитие первичных и вторичных половых признаков по мужскому типу.

При осмотре щитовидной железы увеличения размеров нет. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный.

Дерматологический статус

Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски, влажность умеренная, эластичность сохранена, тургор соответствует возрасту, вторичных гиперпигментаций и депигментаций, рубцов на коже нет.

Волосы мягкие, имеют нормальный блеск, без патологической ломкости.

Ногти обычной формы, не утолщены, ломкости, исчерченности, точек вдавлений, деформаций ногтей, гиперемии вокруг ногтевого ложа нет.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно(толщина кожной складки ниже угла лопатки 1,5см), распределена равномерно, при пальпации безболезненна. Отеки не определяются.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, передние шейные, задние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются, кожа над ними не изменена.

Status locales

Высыпания распространенные, множественные, диссеминированные. Локализованы на коже туловища, конечностей, волосистой части головы с переходом на кожу лба («псориатическая корона»), носогубных складок. Высыпания полиморфны, представлены папулами эпидермо-дермального происхождения, розово-красного цвета, округлых очертаний с четкими границами. Папулы слегка возвышаются над уровнем кожи, плотной консистенции (вследствие инфильтрации). Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшки. Бляшки различных размеров (преимущественной локализации в области локтевых суставов, кожи туловища, в паховой области) красного цвета, неправильной формы с фестончатыми краями. На поверхности папул определяются рыхлые серовато-желтые чешуйки (чешуйки мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно). При поскабливании отдельных элементов отмечается положительная псориатическая триада симптомов. Ободок Пильнова по периферии отсутствует. В центре бляшек отмечается участки разрешения(больному назначено УФО).

###### Предварительный диагноз

Клинический диагноз: Распространенный псориаз, осенне-зимняя форма, прогрессирующая стадия.

### Осложнения основного: нет

### Сопутствующие заболевание: нет

Результаты дополнительных методов обследования.

1. Общий анализ крови от 16.04.2010.

Эритроциты 5,45 \* 10 ^12/л

Гематокрит 45,3 %

Тромбоциты 213 \* 10 ^ 9/л

Гемоглобин 167 г/л

Лейкоциты 7 \* 10 ^ 9/л

СОЭ - 2 мм/ч

. Биохимический анализ крови 16.04.2010

билирубин - 11,7 ммоль/л

мочевина - 5,0 ммоль/л

креатинин - 0,156 ммоль/л

общий белок - 59 г/л

АСТ - 0,18 ммоль/л

АЛТ - 0,30 ммоль/л

Глюкоза - 5,6 ммоль/л

. Общий анализ мочи от 16.04.2010.

Цвет- желтый

рН - кислая

Удельный вес - 1023

Прозрачность - полная

Белок - нет

Сахар - нет

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз клинических проявлений заболевания моего больного с красным плоским лишаем. Первичным элементом при псориазе является плоская папула, преимущественно милиарная, склонная к слиянию и образованию лентикулярных и нумулярных папул и в дальнейшем бляшек. Их поверхность покрыта сухими, легко спадающими серебристо - белыми чешуйками. В начальной стадии заболевания краевая зона папулы остается свободной от шелушения. Определяется триада симптомов, характерная для псориаза (симптом стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы).В стационарном периоде заболевания вокруг папулы определяется псевдоатрофический ободок Воронова. При красном плоском лишае возникают мономорфные высыпания в виде плоских, чуть возвышающихся над здоровой кожей полигональной формы папул розового цвета. Для папул характерен своеобразный блеск, особенно заметный при боковом освещении .В центре узелков определяется пупкообразное вдавление. Характерен симптом Уиккема серовато - белый сетчатый рисунок на поверхности папулы. Отличием красного плоского лишая от псориаза является отсутствие зуда. Псориаз отличается от красного плоского лишая локализацией высыпаний: псориатические высыпания обычно бывают распространенными и симметричными. Их излюбленная локализация - разгибательная поверхность конечностей, особенно локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы, особенно по краю роста волос («псориатическая корона»). Кроме того псориатические высыпания не возникают на слизистых. В то же время красный плоский лишай локализуется чаще всего на внутренней поверхности предплечий, в области лучезапястных суставов, голени. Одновременно с поражением кожи может развиваться поражение слизистых оболочек полости рта: на слизистой щек появляются мелкие, белые узелки, которые сливаясь образуют сетку белого цвета. В отличие от псориаза рецидивы заболевания наблюдаются относительно редко.

Дифференциальный диагноз клинических проявлений заболевания моего больного с папулезным сифилидом. От папулезного сифилиса псориаз отличается более яркой окраской папул (при сифилисе темно-красного цвета), их поверхностным расположением (при сифилисе более плотные вследствие большей инфильтрации), обильным шелушением (для сифилиса характерно шелушение по периферии элементов в виде так называемого воротничка Биетта), склонностью к периферическому росту и слиянию в бляшки (при сифилисе папулы обычно более или менее одинаковой величины, за исключением располагающихся в складках), наличием трех характерных псориатических феноменов, отсутствием увеличения периферических лимфатических узлов и других проявлений сифилиса, в том числе положительных серологических реакций.

Клинический диагноз

Основной: Распространенный псориаз, осенне-зимняя форма, прогрессирующая стадия.

### Осложнения основного: нет

### Сопутствующие заболевание: нет

Ставлю на основании:

Жалоб больного: на поражение кожи лица, волосистой части головы, туловища, конечностей шелушащимися бляшками розово-красного цвета. На образование новых очагов и рост старых.

Истории заболевания: Считает себя больным с детства, (6 лет) когда впервые появились проявленья псориаза. Следующее обострение произошло в возрасте 10 лет и в дальнейшем повторялись каждые 2 года. Наблюдается у дерматолога в поликлинике по месту жительства. Два раза находился на стационарном лечении в ЯрОКВД, последняя госпитализация была 2 года назад, был выписан с улучшением. Отмечет положительный эффект от УФО. Последнее обострение около 4 месяцев назад, при котором высыпания распространились практически по всей поверхности туловища и конечностей. Лечился самостоятельно: смазывав пораженные участки мазью «синафлан» и 2% салициловой мазью - без эффекта.

Локального статуса: Высыпания распространенные, множественные, диссеминированные. Локализованы на коже туловища, конечностей, волосистой части головы с переходом на кожу лба («псориатическая корона»), носогубных складок. Высыпания полиморфны, представлены папулами эпидермо-дермального происхождения, розово-красного цвета, округлых очертаний с четкими границами. Папулы слегка возвышаются над уровнем кожи, плотной консистенции (вследствие инфильтрации). Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшки. Бляшки различных размеров (преимущественной локализации в области локтевых суставов, кожи туловища, в паховой области) красного цвета, неправильной формы с фестончатыми краями. На поверхности папул определяются рыхлые серовато-желтые чешуйки (чешуйки мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно). При поскабливании отдельных элементов отмечается положительная псориатическая триада симптомов. Ободок Пильнова по периферии отсутствует. В центре бляшек отмечается участки разрешения(больному назначено УФО).

Дифференциального диагноза с красным плоским лишаем и с папулезным сифилидом.

Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Текущее наблюдение | Назначения |
| 20.04.10 | Общее состояние удовлетворительное. Температура в норме. На коже туловища, конечностей, волосистой части головы сохраняются псориатические папулы и бляшки розово-красного цвета с серовато-желтыми чешуйками на поверхности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 70 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Режим общий, стол ОВД Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10 ml D.t.d. N 3 in amp. S. по 8 мл в/м 1 раз в день. Rp.: Kalii chloridi 0.1 D.t.d. N 20 S. по 1 пор. 3 раза в день. Rp.: Asparkami 0.1 D.t.d. N 20 in tab. S. по 1 таб. 2 раза в день. Rp.: Dimedroli 0.05 D.t.d. N10 in tab. S. по 1 таб. на ночь. Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% - 500 ml D.t.d. N3 in flac. S. в/в капельно Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 10% cum Sol. Natrii bromidi 3% D.t.d. N30. S. по 1 ст. л. каждого р-ра 3 раза в день. Салициловая мазь на очаги поражения -1 раз в сутки. УФО на области поражения в эритемной дозе. |
| 21.04.10 | Общее состояние удовлетворительное. Температура в норме. Новых высыпаний нет. На коже туловища, конечностей, волосистой части головы папулы и бляшки стали меньше, шелушение несколько уменьшилось. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 70 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Режим общий, стол ОВД Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10 ml D.t.d. N 3 in amp. S. по 8 мл в/м 1 раз в день. Rp.: Kalii chloridi 0.1 D.t.d. N 20 S. по 1 пор. 3 раза в день. Rp.: Asparkami 0.1 D.t.d. N 20 in tab. S. по 1 таб. 2 раза в день. Rp.: Dimedroli 0.05 D.t.d. N10 in tab. S. по 1 таб. на ночь. Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% - 500 ml D.t.d. N3 in flac. S. в/в капельно Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 10% cum Sol. Natrii bromidi 3% D.t.d. N30. S. по 1 ст. л. каждого р-ра 3 раза в день. Салициловая мазь на очаги поражения -1 раз в сутки. УФО на области поражения в эритемной дозе. |

Эпикриз

М., 19 лет. Поступил в ЯрОКВД 13.04.2010 по направлению дерматолога из поликлиники по месту жительства с жалобами на на поражение кожи лица, волосистой части головы, туловища, конечностей шелушащимися бляшками розово-красного цвета. На образование новых очагов и рост старых.

Из анамнеза заболевания: Считает себя больным с детства, (6 лет) когда впервые появились проявленья псориаза. Следующее обострение произошло в возрасте 10 лет и в дальнейшем повторялись каждые 2 года. Наблюдается у дерматолога в поликлинике по месту жительства. Два раза находился на стационарном лечении в ЯрОКВД, последняя госпитализация была 2 года назад, был выписан с улучшением. Отмечет положительный эффект от УФО. Последнее обострение около 4 месяцев назад, при котором высыпания распространились практически по всей поверхности туловища и конечностей. Лечился самостоятельно: смазывав пораженные участки мазью «синафлан» и 2% салициловой мазью - без эффекта.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Температура в норме. Кожные покровы чистые, обычной окраски и увлажненности. Видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски увлажнены умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 70 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Печень не увеличена, живот безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Локальный статус: Высыпания распространенные, множественные, диссеминированные. Локализованы на коже туловища, конечностей, волосистой части головы с переходом на кожу лба («псориатическая корона»), носогубных складок. Высыпания полиморфны, представлены папулами эпидермо-дермального происхождения, розово-красного цвета, округлых очертаний с четкими границами. Папулы слегка возвышаются над уровнем кожи, плотной консистенции (вследствие инфильтрации). Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшки. Бляшки различных размеров (преимущественной локализации в области локтевых суставов, кожи туловища, в паховой области) красного цвета, неправильной формы с фестончатыми краями. На поверхности папул определяются рыхлые серовато-желтые чешуйки (чешуйки мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно). При поскабливании отдельных элементов отмечается положительная псориатическая триада симптомов. Ободок Пильнова по периферии отсутствует. В центре бляшек отмечается участки разрешения (больному назначено УФО).

Было назначено лечение:

#### Режим общий, стол ОВД

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% - 10 ml.t.d. N 3 in amp.

S. по 8 мл в/м 1 раз в день.

Rp.: Kalii chloridi 0.1.t.d. N 20

S. по 1 пор. 3 раза в день.

Rp.: Asparkami 0.1.t.d. N 20 in tab.

S. по 1 таб. 2 раза в день.

Rp.: Dimedroli 0.05.t.d. N10 in tab.

S. по 1 таб. на ночь.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% - 500 ml.t.d. N3 in flac.. в/в капельно

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 10% cum. Natrii bromidi 3%.t.d. N30.

S. по 1 ст. л. каждого р-ра 3 раза в день.

Салициловая мазь на очаги поражения -1 раз в сутки.

УФО на области поражения в эритемной дозе.

После выписки больному рекомендовано:

Придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением углеводов и животных жиров.

Избегать стрессовых ситуаций.

В домашних условиях применять хвойные и растительные ванны.

Местно для лечения стационарных бляшек применять псоризазин, «Бентовейнт», «синафлан», салициловую мазь.

Регулярное диспансерное наблюдение не менее 2-х раз в году. Санаторно-куротное лечение в Пятигорске, Кисловодске.

Прогноз для жизни, выздоровления, трудоспособности

В отношении жизни - благоприятный, так как нет угрожающих жизни причин.

В отношении выздоровления - неблагоприятный, так как заболевание имеет хроническое течение и обусловлено мультифакториальной этиологией.

В отношении трудоспособности - благоприятный.