ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ПСОРИАЗ

ФИО:

Дата рождения: 1960

Профессия: безработная

Дата поступления: 23.10.14

Диагноз клинический: Псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, смешанный тип.

Диагноз сопутствующий: Гипертоническая болезнь. Хронический бронхит. Хронический панкреатит. Хронический холецистит. Хронический колит.

Жалобы: на распространенные шелушащиеся красно-розовые высыпания на коже туловища, шеи, рук, ног, чувство стягивания кожи, ноющие боли в области межфаланговых, плечевых и тазобедренных суставов, точечные вдавления на ногтях кистей и стоп.

An.morbi: больной себя считает с 1973г., когда после сильного стресса заметила появление зудящих шелушащихся высыпаний на коже за ушами и на разгибательных поверхностях локтей. Самостоятельно лечилась серной и салициловой мазью с положительным эффектом. В 1993 г. отмечает манифестацию заболевания, связанную, со слов больной, с работой на вредном производстве (лакокрасочном предприятии), высыпания приобретали более распространенный характер - на коже разгибательной поверхности локтей, за ушами, возле волосистой части головы. Обратилась в поликлинику по месту жительства, дерматологом после осмотра был поставлен диагноз - псориаз - и назначено лечение синафланом. Препарат дал положительный результат и относительную ремиссию заболевания. Следующие манифестации заболевания отмечает в 1995 г. и 2000г., оба раза провоцирующим фактором, со слов больной, был сильный стресс. Псориатические высыпания охватывали кожу рук и ног, частично кожу туловища. Дерматологом в поликлинике по месту жительства были назначены препараты акридерм, крем Белобаза, Белосалик. С 2002г. находится на учете в ОКВД. Последний рецидив заболевания был в 2006г., высыпания сопровождались эритродермией, отмечалась сильная сухость, стянутость, шелушение кожи, стала отмечать ноющие боли в суставах пальцев кистей и стоп, несколько позже присоединились боли в плечевых и тазобедренных суставах, деформацию ногтей. Больная регулярно (2-3 раза в год) проходит стационарное лечение в ОКВД.

An.vitae: ТВС, вен.заболевания, вир.гепатиты отрицает. В анамнезе кесарево сечение в 1989г., овариопексия в 1991г., хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический бронхит, гипертоническая болезнь, хронический колит. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез: бабушка болела экземой.

St.praesens: состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения. Кожные покровы красновато-розового цвета на руках, ногах, туловище, поражены псориатическими высыпаниями. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, приглушены, PS 68 уд/мин, АД 140/80 мм рт ст. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Язык не обложен. Живот симметричный, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное.

St.localis: патологический процесс носит распространенный характер, локализован на коже около волосистой части головы, шее, руках, ногах, груди, живота, спины. Представлен папулами округлой формы с полусферической поверхностью розово-красного цвета. Сопровождается шелушением. Первичные морфоэлементы склонны к группировке с образованием бляшек на животе, разгибательной поверхности рук, спине, окруженных гиперемическим венчиком и покрытых легкоотделяемыми чешуйками. Присутствует псориатическая триада.

Ногтевые пластинки пальцев кистей и стоп матовые, желтоватого оттенка, утолщены, покрыты точечными вдавлениями по типу «наперстка». Жалобы на болезненность при движении и пальпации в суставах пальцев кистей и стоп, плечевых и тазобедренных суставах.

Волосы густые, кожа волосистой части головы без видимых изменений.

Предварительный диагноз: псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, смешанный тип.

План обследования:

· ОАК

· ОАМ

Результаты обследования:

· ОАК

ЭР - 4,9\*10.12, ЛЕЙ - 5,0\*10.9, HB - 130 г/л, СОЭ - 3 мм/час.

· ОАМ

Цвет - солом.-желт.

Удельный вес - 1012

Прозрачная

Белок, сахар - отриц.

Эп.пл. - 2-3 в п.з.

Лей. - ед. в п.з.

Слизь +

Бактерии +

Дифф. диагноз:

1. Красный плоский лишай сходен с псориазом наличием папул, шелушением. Но в отличие от псориаза, папулы при красном плоском лишае не склонны к группировке, не имеют характерной для псориаза специфической триады симптомов.

2. Паппулезный сифилид схож с псориазом наличием высыпаний мономорфного (папулезного) характера. Однако, в отлич. от псориаза, не характеризуется наличием стянутости кожи, шелушением, специфической триадой симптомов, папулы имеют темно-красный цвет.

Обоснование диагноза

псориаз высыпание тазобедренный сустав

На основании жалоб больной на распространенные шелушащиеся красно-розовые высыпания на коже туловища, шеи, рук, ног, чувство стягивания кожи, ноющие боли в области межфаланговых, плечевых и тазобедренных суставов, точечные вдавления на ногтях кистей и стоп был поставлен диагноз - псориаз распространенный, прогрессирующая форма, смешанный тип.

Лечение

. Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно через день.

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30.0% - 10.0.S. Внутривенно.. Indometacini - 0,025.t.d. N.20 in capsulis.

S. По 1 капсуле 2 раза в день.

Rp.: Acidi salicylici - 2.0praecipitati - 2.0ad 100.0.f. unguentum..S. Наружное (2%-серносалициловая мазь).

Дневник: (от 27.10.14)

Состояние средней степени тяжести. Жалобы на стянутость, сухость и шелушение кожных покровов, наличие высыпаний. Больная отмечает уменьшение состояния, выражающееся в уменьшении покраснения, шелушения пораженной кожи. Сон не нарушен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. PS 67уд/мин, АД 145/80 мм рт ст. Физиологические отправления в норме.

Рекомендации

1.Избегать стрессовых ситуаций

. местно применять «акридерм», цинковую мазь.

. регулярное диспансерное наблюдение

. санаторно-курортное лечение.