История болезни

Распространённый псориаз, прогрессирующая стадия

1. Паспортные данные

Ф.И.О.:

Пол: мужской

Возраст: 15 лет

Место жительства:

Место учёбы:

Диагноз при поступлении: Псориаз обыкновенный (L 40.0)

Диагноз клинический: Псориаз, распространённая форма, прогрессирующая стадия.

. Жалобы

Жалобы на появление высыпаний на волосистой части головы, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, сильный зуд, в области ладоней и подошв. Общее недомогание, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с августа 2013 года, когда впервые на боковых поверхностях стали появляться обильно шелушащиеся высыпания. Пациент начало болезни ни с чем не связывает. Обострение заболевания отмечается в осенне-зимний период. До госпитализации медикаментозного лечения не получал. На кануне госпитализации имелись высыпания в области разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов. На фоне лечения в стационаре, по словам больного, отмечается тенденция к заживлению и улучшение общего состояния.

. Анамнез жизни

Родился в 1998 году в г. Минске, первым ребенком, от здоровых родителей. Рос и развивался соответственно возрасту, окончил кадетскую школу и поступил в Минское суворовское училище. В настоящее время проживает с родителями, бытовые условия и питание удовлетворительные.

Туберкулез, болезнь Боткина, венерические болезни, детские инфекции отрицает. Аллергологический и наследственный анамнез не отягощен. Кровь и ее компоненты больному не переливались. Вредные привычки отрицает.

4. Описание общего статуса

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение пропорциональное.

Нервная система: Настроение ровное. Сон не нарушен. Глазные щели, зрачки симметричны. Косоглазие, нистагм, менингеальные симптомы отсутствуют.

Высыпания локализованы на коже туловища, шеи, верхних и нижних конечностей, в том числе на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, поражены ладони и подошвы.

Волосистая часть головы без облысений. Ногти овальной формы. На верхней трети левого плеча заживший рубец после вакцинации вакциной БЦЖ. Участки пигментации отсутствуют. Симптом «щипка», «жгута» и молоточковый отрицательный.

Дермографизм белый не разлитой, время появления - сразу, исчезает через -10 сек. Видимые слизистые оболочки розового цвета, без изменений. Язык влажный, не обложен белым налетом. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

Толщина жирового слоя на уровне пупка, под реберной дугой, под углами лопаток, на плечах и бедрах - 1,5 см. Тургор сохранен. Уплотнения, отеки отсутствуют. Мышечная система: мышцы развиты умеренно, симметрично; при пальпации безболезненны; тонус мышц при пассивном сгибании и разгибании на симметричных участках одинаковый.

Костно-суставная система: При осмотре деформаций, искривлений, утолщений, размягчений и болезненности не выявлено. Пальпация безболезненна. Голова округлой формы, симметричная, окружность головы 57 см. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная; эпигастральный угол прямой. Физиологические изгибы сохранены. Рахитических четок, нитей жемчуга, искривлений позвоночника и конечностей не выявлено.

Форма суставов овальная, кожа над ними обычной окраски. Пальпация суставов безболезненная, флюктуации не отмечается. Движения при активных и пассивных движениях в полном объеме.

Лимфатическая система: Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфоузлы до 5 мм в диаметре, единичные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями.

Антропометрия:

Вес: 53кг

Рост: 176см

Исследование органов кровообращения:

В области сердца деформаций грудной клетки нет, патологической пульсации сонных артерий, набухание яремных вен не выявлено. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, площадь 2\*2 см, умеренной силы. Патологической пульсации в области сердца, систолического и пресистолического дрожания не выявлено.

Пульс на a. radialis: 80 синхронный, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: правый край грудины

Верхняя: третье межреберье

Левая: V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии

Аускультативно: тоны сердца ритмичные, звонкие.

Частота сердечных сокращений 80 в минуту.

Артериальное давление: 120/80

Исследование органов дыхания:

Носовое дыхание не затруднено. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Экскурсия грудной клетки в полном объеме. Грудная клетка цилиндрической формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - смешанный, глубина средняя, частота - 20 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково. При сравнительной перкуссии над всей легочной поверхностью выслушивается ясный лёгочный звук. Симптомы Кораньи, Аркавина, чаши Философова отрицательные.

Топографическая перкуссия легких:

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Средне-ключичная линия |  | VI ребро |
| Средняя подмышечная линия | IX ребро | VII ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |

Подвижность нижних краев - 2 см.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Бронхофония не изменена. Патологические дыхательные шумы не выслушиваются.

Исследование органов пищеварения:

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, слизистая физиологической окраски. Язык обычных размеров, влажный, налетом не обложен.

Живот обычных размеров, симметричный, не изменен. Рубцы и грыжевые выпячивания не выявлены. Венозная сеть не выражена. Видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Грыжевых выпячиваний и патологических образований на передней брюшной стенки не выявлено.

Расхождение прямых мышц живота отсутствует. Пупочное кольцо диаметром до 0,5 см.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско:

\* Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотноватого, подвижного цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность гладкая, безболезненна, не урчит.

\* Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 1,5 см, эластичная, поверхность ее гладкая, безболезненная, умеренно подвижная, не урчит.

\*Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см выше пупка с двух сторон в области наружного края прямых мышц живота, в виде мягкого цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, не урчит.

\*При бимануальной пальпации в правой боковой области живота пальпируется восходящий, а в левой - нисходящий отрезок ПОК в виде мягкого, безболезненного цилиндра, не урчит.

\* Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненная, край ее ровный, эластичный, закруглен. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см.

Симптомы Кера, Мерфи, Мюсси, Ортнера отрицательные.

Симптомы асцита и метеоризма не определяются.

Селезенка не пальпируется.

Мочевыделительная система: Периферические отеки при осмотре не выявлены. Почки не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненные. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Симптом поколачивания (Пастернацкого) по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, не нарушено.

Локальный статус

Сыпь обильная, мономорфная, представлена папулами ярко-розового цвета от 0,5 до 1,5 см в диаметре, на поверхности значительное шелушение. Элементы сыпи имеют чёткую границу с окружающей кожей, по периферии - воспалительный ободок. Бляшки размерами до 10 см и более, розово-красного цвета, плоские. Очертания неправильные, крупнофестончатые, по краям ободок гиперемии.

Кожный рисунок усилен. Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно. Изоморфная реакция (феномен Кебнера) положительная.

При диаскопии красный цвет папул исчезает. При поскабливании выявляется псориатическая триада (симптомы "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния").

Тактильная, болевая и температурная чувствительность в патологических очагах сохранена.

Лабораторные исследования

. Общий анализ крови от 11.12.2013

Эритроциты 5.5\*1012/л

Гемоглобин 147 г/л

Цветной показатель 0.9

Лейкоциты 8.6\* 109/л

Формула крови:

Эозинофилы 1

Палочкоядерные нейтрофилы 7

Сегментоядерные нейтрофилы 56

Моноциты 3

Лимфоциты 33

Тромбоциты 244\*109/л

СОЭ 3 мм/час

Заключение: ОАК соответствует возрастной норме.

. Анализ крови для диагностики сифилиса от 12.12.2013

Результат: отрицательный.

. Биохимический анализ крови от 11.12.2013

Глобулины 23 г/л

АлАТ 22Ед/л

Глюкоза 5.08ммоль/л

Мочевина 4.8ммоль/л

Креатинин 89ммоль/л

ЩФ 155Ед/л

Холестерин 4,69ммоль/л

Триглицериды 1,2ммоль/л

АсАТ 47 Ед/л

Общий белок 71г/л

Альбумин 48г/л

. Общий анализ мочи от 11.12.2013 Цвет: соломенно-жёлтый

Прозрачность: прозрачная

Объём: 70 мл

Осадок: отсутствует

Реакция: 6

Удельный вес: 1014

Глюкоза: отсутствует

Билирубин: отсутствует

Нитраты: отсутствует

Белок: отрицательный

Уробилин: отсутствует

Микроскопия:

Эпителий плоский: 1-3

Лейкоциты: 1-2

Заключение: ОАМ без патологии.

. Обоснование диагноза

На основании жалоб (появление высыпаний на волосистой части головы, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, сильный зуд, в области ладоней и подошв), данных анамнеза ( Считает себя больным с августа 2012 года, когда впервые на боковых поверхностях стали появляться обильно шелушащиеся высыпания. Пациент начало болезни ни с чем не связывает. Обострение заболевания отмечается в осенне-зимний период ) клинических данных (Высыпания локализованы на коже туловища, шеи, верхних и нижних конечностей, в том числе на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, поражены ладони и подошвы. Сыпь обильная, мономорфная, представлена папулами ярко-розового цвета от 0,5 до 1,5 см в диаметре, на поверхности значительное шелушение. Элементы сыпи имеют чёткую границу с окружающей кожей, по периферии - воспалительный ободок. Бляшки размерами до 10 см и более, розово-красного цвета, плоские. Очертания неправильные, крупнофестончатые, по краям ободок гиперемии. Кожный рисунок усилен. Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно. Изоморфная реакция (феномен Кебнера) положительная. При диаскопии красный цвет папул исчезает. При поскабливании выявляется псориатическая триада (симптомы "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния"). Тактильная, болевая и температурная чувствительность в патологических очагах сохранена.) Пациенту выставлен диагноз: Распространённый псориаз, прогрессирующая стадия.

6. Дифференциальный диагноз

. Красный плоский лишай- в отличие от псориаза папулёзные элементы располагаются преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей по ходу нервных стволов. Папулы имеют полигональную форму, блестящую поверхность и пупкообразное вдавление в центре. Шелушение практически отсутствует, псориатическая триада не вызывается. Характерно наличие сетки Уикхема. Зуд значительный. При гистопатологическом исследовании выявляется выраженный паракератоз и гиперкератоз, акантоз, гранулёз.

. Папулезный сифилид - для сифилиса нехарактерна тенденция к периферическому росту папул и их слиянию с образованием крупных бляшек, а также поверхностное расположение папул; выраженного шелушения нет и псориатическая триада не вызывается. Кроме того, сыпь имеет характерный темно-красный цвет. Положительны серореакции на сифилис(RW), в очагах обнаруживается бледная трепонема.

. Розовый лишай Жибера - не вызывает заметных нарушений общего состояния организма (при псориазе в прогрессирующей стадии может быть повышение температуры тела), может наблюдаться самопроизвольное излечение, после перенесённого заболевания развивается стерильный иммунитет, возможно возникновение групповых заболеваний. Первичные морфологические элементы - не папулы, а пятна, вначале 1, реже 2-3, розово-красного цвета, впоследствии появляются новые. Триада признаков не вызывается. Пребывание больного на солнце может значительно ухудшить течение заболевания вплоть до тяжёлых дерматитов (при псориазе - только летняя форма).

7. Этиология и патогенез

Псориаз - хроническое рецидивирующее заболевание, поражающее кожу, слизистые оболочки, придатки кожи и суставы. Этиология заболевания достаточно не изучена. Существуют следующие теории возникновения псориаза:

.Нейрогенная- подтверждается связью между началом заболевания и тем, что больной переживает сильный стресс (смерть близкого человека, оперативное вмешательство и др.), симметричным расположением высыпаний, эффективностью применения седативных препаратов, использования гипнотерапии, выявлением симптомов невротических состояний более чем у половины больных, нарушением трофики поражённых участков. 2.Инфекционная- заболевание нередко развивается после перенесённых простудных заболеваний (тонзиллиты, бронхиты, пневмонии), на фоне антибиотикотерапии у некоторых больных наступает улучшение;

.Иммунологическая- у больных нарушено соотношение популяций В и Т - лимфоцитов, субпопуляций Т - клеток, возрастает уровень IgA и IgE при нормальном содержании IgM, обнаруживаются антитела к антигенам клеток рогового и зернистого слоёв эпидермиса, отложение иммунных комплексов в очагах.

.Обменных нарушений - применение гиперлипидемических, липотропных и т.п. средств, организация правильного питания, гипоаллергенной диеты выводит больных на ремиссию; у ряда больных выявляются нарушения функции эндокринной системы.

5.Токсико-аллергическая- появления псориазиформной сыпи в ответ на применение определённого лекарственного препарата.

.Генетическая- наличие среди родственников пробанда больных псориазом, характер наследования предположительно аутосомно-доминантный.

Патогенез заболевания включает следующие моменты. При псориазе резко нарушено соотношение эпидермального фактора роста и кейлонов, что приводит к значительному ускорению процесса деления кератиноцитов (вместо 300 часов митотический цикл укорачивается до 30). Митозы обнаруживаются даже в шиповатом слое, а черты клеточного строения и ядерность сохраняются в поверхностных чешуйках. Это свидетельствует о паракератозе. Шиповатый слой утолщается (акантоз). Параллельно наблюдается врастание сосочков дермы в эпидермис с развитием папиломатоза. В очагах поражения нарушается функция кожных желез и придатков кожи (пушковых волос, ногтей), отмечается воспалительная инфильтрация (особенно в прогрессирующую стадию), формируются микроабсцессы Монро.

. Лечение

псориаз заболевание диагноз

Общие принципы, согласно клиническим протоколам:

Антигистаминные лекарственные средства любые на выбор, например, цетиризин 10 мг/сут внутрь, левоцетиризин 5 мг/сут внутрь, лоратадин 10 мг/сут внутрь, клемастин 1 мг 2 раза/сут внутрь, мебгидролин по 0,05-0,2 г 1-2 раза/сут внутрь.

Рутин по 0,05 г внутрь 3 раза/сут - 1 месяц, аскорбиновая кислота 0,1 г внутрь 2-3 раза/сут - 1 месяц, ретинол по 100 тыс. МЕ внутрь 1-2 раза/сут 1 месяц, токоферол - по 0,2 внутрь 1-2 раза/сут 1 месяц.

Седативные препараты (на выбор): экстракт валерианы по 1 капсула 3 раза/сут, глицин 1 таблетка 3 раза/сут, мебикар 300 мг 3 раза/сут.

Метилэтилпиридинол 5,0 мл 3% р-р в/м, ежедневно №10-15.

Пентоксифиллин в дозе до 800-1200 мг/сут внутрь на 2-3 приема.

Препараты никотиновой кислоты: ксантинола никотинат по 0,15 внутрь 3 раза/сут.

% тиосульфат натрия 10,0 мл в/в 1 раз/сут №10 или 5% унитиол 5,0 мл в/м 1 раз/сут - 5-10 дней.

Эссенциальные фосфолипиды внутрь по 1-2 капсуле 2-3 раза в сутки - 2-3 месяца или метионин 0,5-1,5 3-4 раза вдень 10-30 дней.

ФТЛ: УФО №5-10; УФБ-терапия №12-16; УПФТ (311 нм) №18-24; ПУВА-терапия при выраженных распространенных инфильтрационных процессах; ванны (на выбор) с эмоллентами, морской солью, оксидатом торфа, жемчужные.

устекинумаб в дозе 45 мг (при массе тела более 100 кг - 90 мг), п/к, вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель.

Наружно (на выбор):

-5% салициловая мазь; аналоги витамина D в виде лосьонов, мазей и кремов (кальципотриол, такальцитолол, кальцитриол); ТКС любые на выбор

. Лист назначения

. Режим: общебольничный

. Диета: стол Б

. Общее лечение:

· Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25.

D.S. Наружное. Наносить на поражённую кожу 1 раз в день.

· Rp.: Ung. Synaflani 0, 025 % - 15.0 .S. Наносить на ладони ежедневно.

· Rp.:Tab.Cetirizini 10.0 N20

S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день после еды.

· Rp.: Tab. Rutosidi 0,05 N20

D.S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

· Rp.: Tab. Xantinoli nicotinati 0.15 N10 .S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

ФТЛ: УФО №5-10

. Температурный лист

|  |
| --- |
| Владимир 15 лет |
| Дата | 11.12 | 12.12 | 13.12 | 14.12 | 15.12 |
| Сутки | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

. Дневники

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12.12.2013 | Содержание | Назначения |
| ЧСС - 80 ЧД - 20 T - 36,7 | Общее состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Жалуется на зуд в месте высыпаний. Отмечаются высыпания на коже в области боковых поверхностей туловища, верхних и нижних конечностей. Сон и аппетит не нарушены. Тоны сердца громкие, ясные, ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации. Физиологические отправления в норме. | · Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25. D.S. Наружное. Наносить на поражённую кожу 1 раз в день. · Rp.: Ung. Synaflani 0, 025 % - 15.0 D.S. Наносить на ладони ежедневно. · Rp.:Tab.Cetirizini 10.0 N20 S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день после еды. · Rp.: Tab. Rutosidi 0,05 N20 D.S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды. · Rp.: Tab. Xantinoli nicotinati 0.15 N10 D.S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды. . |
| 13.12.2013 | Содержание | Назначения |
| ЧСС - 76 ЧД - 20 T - 36,8 | Общее состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Жалоб не предъявляет. Сон и аппетит не нарушены. Новых высыпаний не отмечается, шелушение заметно снизилось, зуд уменьшился. Тоны сердца громкие, ясные, ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации. Физиологические отправления в норме. | · Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25. D.S. Наружное. Наносить на поражённую кожу 1 раз в день. · Rp.: Ung. Synaflani 0, 025 % - 15.0 D.S. Наносить на ладони ежедневно. · Rp.:Tab.Cetirizini 10.0 N20 S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день после еды. · Rp.: Tab. Rutosidi 0,05 N20 D.S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды. · Rp.: Tab. Xantinoli nicotinati 0.15 N10 D.S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды. . |

. Диагностическая сводка

Владимир 15 лет. Болен с августа 2013 года, когда отметил обильно шелушащиеся высыпания на боковых поверхностях туловища. Госпитализирован 10.12.2013 с диагнозом: Псориаз(L40.0). В стационаре были проведены лабораторные исследования:

v Общий анализ крови

v Общий анализ мочи

v Анализ крови для диагностики сифилиса

v Биохимический анализ крови

На основании жалоб, данных анамнеза, клинических данных был выставлен клинический диагноз: Псориаз, распространённая форма, прогрессирующая стадия. На момент окончания курации состояние больного удовлетворительное. На проводимое лечение реагирует хорошо, достигнута положительная динамика. Появления новых высыпаний не отмечается. Остановлен периферический рост сформировавшихся папул, шелушение необильное, зуд больного не беспокоит. Пациент продолжает лечение в стационаре.

Прогноз

Для жизни - благоприятный: форма заболевания, диагностированная у данного больного, при соответствующем лечении и профилактике рецидивов опасности для жизни не представляет;

Для выздоровления - неблагоприятный: заболевание носит хронический рецидивирующий характер, не поддаётся излечению известными методами;

Для трудоустройства - благоприятный

Профилактика

Ограничение стресса и нервного перенапряжения. В холодное время года избегать ОРИ, переохлаждений. При первых признаках высыпаний обращаться к дерматологу. Не злоупотреблять пищей богатой жирами и углеводами, особенно в период обострения.