ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России

Кафедра кожных и венерических болезней

Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Кунгуров Н.В.

История болезни

г. Екатеринбург, 2011

Паспортные данные

Ф.И.О.:

Возраст: 23 года

Дата рождения: 1988 года рождения

Пол: мужской

Место работы: обучается в 12 классе вечерней школы №44 г. Новоуральск

Национальность: русский

Домашний адрес: г. Новоуральск, улица Корнилова, дом 7, квартира 63

Дата и порядок поступления в УрНИИДВиИ: госпитализирован 21 сентября 2011 г. в плановом порядке

Диагноз при поступлении: псориаз

Жалобы

Жалобы на зудящую, шелушащуюся, сливающуюся сыпь по всему телу, за исключением лица, шеи и груди. Беспокоят коросты и шелушение на волосистой части головы. Жалобы на «отпадывающие» измененные, пожелтевшие ногти, что сопровождается болью. Также жалуется на отеки в коленях и затруднение движения в них: неприятные ощущения, когда пытается сесть; отмечает ограниченность сгибания в коленях. Жалобы на болезненность в дистальных фалангах верхних конечностей и боль при их сгибании, отмечает также тугоподвижность.

Дополнительно предъявляет жалобы на периодическое повышение температуры (как «остаточные явления после простуды»), расстройство сна вследствие умеренного кожного зуда преимущественно на руках.

Со стороны желудочно-кишечного тракта жалобы на периодические запоры.

Anamnesis morbi

Заболевание началось в марте 2011 года. Первые высыпания появились на предплечье левой руки, стали деформироваться ногти. Сыпь, со слов больного, изначально представляла собой «плоские прыщи», сопровождающиеся болезненностью, чрезмерной сухостью и шелушением. Начало болезни пациент связывает с нервным стрессом (т.к. в феврале он расстался с девушкой). До этого с больными микозами людьми и животными контакта не было. У родственников признаков заболевания пациент не отмечал. Общественные бани, душевые, бассейны не посещал. В дальнейшем заболевание распространилось на волосистую часть головы, правую руку (причем площадь высыпаний на руках значительно увеличилась: сыпь распространилась на кисти, локти и плечи), живот, спину, ноги. Развернутая картина заболевания развилась в течение месяца. Первый эпизод заболевания закончился частичным регрессом высыпаний. Ремиссия наступила под влиянием лечения.

На момент обследования обострение отмечалось уже третий раз, начиная с марта. Первое обострение заболевания проявилось в марте, второе - в июне, после которого стойкой ремиссии не наступило, и третье (когда «откладывать уже не имело смысла, так как состояние стало резко ухудшаться») - в конце сентября. Сам же пациент считает, что третье обострение было спровоцировано неправильными действиями врачей в ведении тактики медикаментозного лечения. Длительность обострений составляла 2 - 3 недели. Изменилась выраженность обострений: процесс стал протекать более активно, увеличилась площадь поражения, заболевание стало причинять пациенту значительные неудобства для полноценной жизни. На данный момент при ведении адекватного лечения наблюдается значительный регресс симптомов заболевания.

Пациент впервые обратился за медицинской помощью к дерматологу по поводу данного заболевания в марте 2011 года в поликлинику по месту жительства, когда появились первые высыпания. Первоначально диагностировали себорейный дерматит. Окончательный диагноз был установлен в июне 2011 года в дерматологическом стационаре Новоуральска («больничный городок», дерматологическое отделение). Результатом лечения в стационаре по месту жительства стало значительное ухудшение состояния пациента. При попытке уточнения проводимого лечения не удалось выявить ни одного лекарственного препарата, но больной упоминает только то, что ему ставили «какие-то капельницы». Средняя длительность госпитализаций составила 28 дней.

Пациент в марте проходил амбулаторное лечение по больничному листу по месту жительства один раз в течение 10 дней. После выписки из стационара 7.07.2011г. пациент предпринял попытку самостоятельного «домашнего» лечения - с использованием мази «Дивасан», лекарственных средств, содержащих масло чайного дерева - с целью уменьшить зуд и шелушение, но желаемого результата не достиг, что и послужило причиной для последующего обращения за медицинской помощью.

Данное обострение началось в конце сентября 2011 года. Значительному ухудшению состояния способствовало предпринятое пациентом «самолечение». Возникшие ранее высыпания на коже стали увеличиваться в размерах, сливаться. Сыпь из пятнистой преобразовалась в бляшковидную, образуя единую распространенную папулезную бляшку. Усилились зуд и шелушение. Заболеванием были поражены все ногтевые пластинки на верхних конечностях. В процесс стал вовлекаться опорно-двигательный аппарат: выраженный отек и тугоподвижность в коленных суставах, болезненность и тугоподвижность в дистальных межфаланговых суставах верхних конечностей. На данный момент лечение проходит в ОКВД (УрНИИДВиИ). Проводится медикаментозное и физиотерапевтическое лечение: патогенетическая и симптоматическая терапия. В лечении применяются такие группы препаратов, как синтетические ароматические аналоги ретиноивой кислоты, дезинтоксикационные средства, цитостатики, антигистаминные препараты. Пути введения: наружно, внутривенно и перорально.

«Реамберин» представляет собой прозрачный бесцветный 1,5% раствор для инфузий во флаконах по 100 мл. Капельная инфузия «Реамберина» проводилась однократно на момент поступления в стационар.

«Неотигазон» в капсулах с содержанием действующего вещества 10 - 25 мг в упаковках по 20 - 30 капсул. «Неотигазон» применяется по одной капсуле (10 мг) 1 раз в сутки после еды.

«Трентал» в капсулах. Действующее вещество заключено в кишечно-растворимую оболочку. Применяется в 2 - 3 приема после еды. Максимальная доза составляет 800 - 1200 мг/сут. Начальная доза 600 мг/сут. По мере улучшения состояния больного дозу можно снизить до 300 мг/сут.

«Цетрин» - таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого или почти белого цвета, круглые двояковыпуклые, с риской на одной стороне. Блокатор Н1-гистаминовых рецепторов - противоаллергический препарат. Применяется по 10 мг/сут. (1 таблетка).

«Акридерм» - глюкокортикостероидный крем для наружного применения. Оказывает противовоспалительное, противозудное и сосудосуживающее действие. Используется при симптоматической терапии. Выпускается 0,064% крем в тубах по 15 и 30 г. Применяется 2 раза в сутки.

«Салициловая мазь» относится к антисептическим и дезинфицирующим средствам. Используется в монотерапии в составе комбинированных препаратов при воспалительных и других поражениях кожи. Оказывает противомикробное, противовоспалительное, антипротеолитическое, раноочищающее действие. Выпускается в банках из темного стекла по 100 г.

«Серная мазь» - суспензионная мазь на эмульсионной основе для наружного применения. Относится к антисептическим средствам - оказывает противомикробное и противопаразитарное действие. Обладает кератопластическими свойствами. Применяется 1 - 2 раза в сутки вечером в течение 7 - 10 дней на волосистую часть головы.

«Гидрокортизоновая мазь» - глюкокортикостероидная мазь, обладающая противовоспалительным, противоаллергическим, антиэкссудативным и противозудным действием. Выпускается в тубах по 10 г. Курс лечения 1 - 3 недели.

Помимо медикаментозного лечения применяется физиотерапия, в частности, УФО на пораженные псориатическими высыпаниями участки кожи. Процедура вызывает легкое покалывание.

Лечение данными лекарственными средствами имеет положительный эффект, т.к. значительно улучшилось состояние кожного покрова: прекратились кровоточащие изъязвления, заметно снизились гиперемия и отек, шелушение стало менее выраженным, самочувствие пациента улучшилось. Побочных явлений от медикаментозного лечения не выявлено.

В УрНИИДВиИ был направлен дерматологическим отделением города Новоуральск. Причиной госпитализации послужило значительное ухудшение состояния больного. Диагноз направившего учреждения - псориаз. Пациента госпитализировали с целью достижения ремиссии хронически текущего патологического процесса и улучшения состояния пациента.

Anamnesis vitae

Больной родился в Свердловской области, городе Новоуральск, в семье рабочих. Является вторым ребенком по счету из двух, есть старший брат. Родился в срок от доношенной беременности.

Нервно-психическое развитие соответствовало возрасту, хотя в физическом развитии отставал по массе. В детстве переболел ветряной оспой, периодически по сезонам года переносил простудные заболевания (сам пациент отмечает, что до 10-летнего возраста болел значительно редко, болезни протекали без осложнений).

Во взрослом периоде жизни пациент отрицает наличие у него аллергии к каким-либо медикаментам, продуктам питания, веществам животного или растительного происхождения, веществам бытовой химии, пыли и др. В 18 лет у больного был выявлен туберкулез легких, который после проведения длительной противотуберкулезной терапии прогрессирования не имеет; проходил обследование и лечение во фтизиатрическом диспансере. Операций, гемотрансфузий не было. Наследственная линия по основным и кожным заболеваниям не прослеживается. Онкологических, эндокринных, сердечно-сосудистых, психических и других групп заболеваний не выявлено.

Пациент учится в 12 классе вечерней школы (по какой причине больной посещает вечернюю школу, выяснить не удалось).

Пациент живет в благоустроенной квартире. Материальное положение оценивает как удовлетворительное.

Больной курит с 13 лет. Предпринимал попытку бросить курить, перерыв составил 2 года. В день выкуривает до 10 сигарет. Употребляет алкогольные напитки с 13 лет. Со слов больного, в настоящее время выпивает до 0,5 литра пива в месяц.

Пациент не был женат, детей не имеет.

Status specialis

Визуально непораженные участки кожи имеют нормальные тургор, влажность, жирность. Окраска телесного цвета или несколько бледнее.

Высыпания распространенные, за исключением лица, шеи, груди; симметричные. Преимущественно поражены спина, живот, верхние и нижние конечности. Высыпания образуют скопления, на верхних и нижних конечностях положительный симптом Кебнера. Количество высыпаний нарастает от проксимальных отделов к дистальным. Высыпания мономорфные.

Первичные элементы представлены папулами, выступающими над уровнем кожи. Определяются пальпаторно. Расположены поверхностно. Элементы существуют месяцы. Размер высыпаний варьирует от милиарных, лентикулярных, нумулярных на конечностях до диффузной бляшки на туловище. Очертания неправильные. Форма элемента плоская. Красного цвета с синюшным оттенком, насыщенные. Высыпания умеренной плотности, безболезненны.

Вторичные элементы - чешуйки, выступающие над поверхностью кожи и определяемые пальпаторно, без дефектов поверхности кожи. Являются избытком образования измененного рогового вещества. Чешуйки пластинчатые, не утолщенные, серебристо- белого цвета, множественные, расположенные над всеми папулами.

Ногтевые пластинки желтоватого цвета, непрозрачные, тусклые, выпуклой формы. На поверхности трещины, расщепления, расслоения, присутствует наперсткообразная истыканность. Плотной консистенции. Резко утолщены. Ногтевая пластинка отделена на ограниченных участках от ногтевого ложа. Наблюдаются тотальные изменения в пределах ногтевой пластинки. Степень разрушения составляет 2/3 и более ногтевой пластинки. Луночки на ногтях не определяются. Задний и боковые валики утолщены, гиперемированы, потрескавшиеся. Наблюдается выраженный подногтевой гиперкератоз. Эпонихии отсутствуют, на некоторых ногтях разрыхлены.

У больного норматрихоз. Брови и ресницы густые. Кожа волосистой части головы имеет выраженное шелушение. Распределение волос нормальное, соответствует мужскому типу. Волосы темного цвета, нормальной жесткости. Ломкость и хрупкость волос не отмечается. Волосы вьющиеся. Стержень не изменен. Рост волос не изменен. Прочность прикрепления волоса к подлежащим тканям нормальная.

Функциональные пробы: умеренный красный дермографизм, пиломоторный рефлекс не нарушен. Чувствительность (болевая, температурная, тактильная) сохранена. Диагностические тесты: псориатическая триада (симптом «стеаринового пятна», симптом «терминальной пленки», симптом «кровяной росы»), феномен Кебнера положительные.

Пальпируются подчелюстные лимфоузлы по - одному с обеих сторон, округлой формы, диаметром по 0,7 см, с гладкой поверхностью, эластичные, не спаяны с окружающей тканью и безболезненные. Подмышечные лимфоузлы пальпируются с обеих сторон по - одному, с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Паховые лимфоузлы пальпируются в количестве 1 слева и 2 справа, округлой формы, размером около 1,5 см, с гладкой поверхностью, эластичные, безболезненные, умеренно подвижные, кожа над ними не изменена. Затылочные, шейные, подключичные, надключичные, локтевые, подколенные и лимфатические узлы не пальпируются.

Предварительный диагноз

Распространенный экссудативный псориаз.

Результаты объективного обследования

Внешний вид больного соответствует возрасту. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Голова среднего размера, обычной формы. Лицо овальной формы, выражение лица спокойное, симметричное. Глазные щели неодинаковые (правая глазная щель уже левой, т.к. имеется птоз верхнего века). Нос и ушные раковины без особенностей. Шея обычной длины и формы. Пальпируется перешеек щитовидной железы размером около 3мм, дольки не пальпируются.

Грудная клетка пропорциональная. Соотношение вертикальных размеров грудной клетки и живота - 1:1. Грудные железы симметричны, уплотнений не наблюдается. Длина конечностей пропорциональна туловищу. Телосложение правильное, конституция нормостеническая.

Цвет непораженной кожи физиологичный, влажность умеренная, эластичность и тонус соответствуют возрасту. Температура на ощупь нормальная. Справа на уровне XI - XII ребер имеется дугообразный рубец. Ногти желтоватые, резко деформированы (трещины и расслоения, «наперсткообразная истыканность»), утолщены, некоторые отпадают. Волосы темно-русы, обычной густоты. Видимые слизистые нормальной окраски, без высыпаний.

Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, толщина складки на уровне груди -0,7 см, на уровне пупка - 1 см. Распределена равномерно. Отеков и болезненности подкожной жировой клетчатки нет, ощущения хруста не наблюдается. Подкожные образования (жировики и прочее) не обнаружены.

Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ВВ (внешний вид) | П(подвижность) |
| П. (походка) | + | + |
| Р. (руки) | + | + |
| Н (ноги) | + | + |
| С (спина) | + | + |

Система органов дыхания.

Носовое дыхание не затруднено, выделений из носа нет. Дыхание средней глубины, смешанное.

Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа, симметричная. При пальпации грудная клетка безболезненна. Видимых изменений нет. Грудная клетка пропорциональна, без деформаций. Обе половины грудной клетки активно и симметрично участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной. ЧДД 19 в минуту. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричных участках грудной клетки.

Перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | IV межреберье |
| Срединно-ключичная | VI межреберье | VI межреберье |
| Передняя подмышечная | VII межреберье | VII межреберье |
| Средняя подмышечная | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX межреберье | IX межреберье |
| Лопаточная | X межреберье | X межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток ThXI | остистый отросток ThXI |

## При сравнительной перкуссии в симметричных точках определяется одинаковый, ясный лёгочный звук.

## Аускультация легких: при аускультации над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония в симметричных точках не усилена.

Система кровообращения.

Деформации грудной клетки в области сердца визуально и пальпаторно не определяется. Верхушечный толчок не виден, пальпируется в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии, регулярный, локализованный, умеренной силы и высоты, не резистентный. Сердечный толчок не виден и не пальпируется. Дрожания в области сердца нет. В проекции аорты и легочного ствола пульсации и дрожания нет. Эпигастральная пульсация не видна.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца от срединной линии тела:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберья | Правая граница | Левая граница |
| V | - | 7 см вправо |
| IV | 2,5 см вправо | 5,5 см вправо |
| III | 2,5 см вправо | 2,5 см вправо |

Поперечник относительной тупости составляет 7+2,5 = 9,5см.

Ширина сосудистого пучка во II межреберье составляет 4 см.

Положение и конфигурация сердца нормальные, ось не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца:

1. правая граница определяется в IV межреберье по левому краю грудины
2. левая граница определяется в V межреберье на 1,5см внутри от левой границы относительной тупости сердца
3. верхняя граница определяется по левому краю грудины на уровне нижнего края IV ребра.

Поперечник абсолютной тупости составляет 5см.

Аускультация сердца: ритм сердечной деятельности правильный. Тоны сердца ясные, шумов нет.

Исследование артерий: при осмотре артерий пульсация не обнаруживается. Пальпаторно определяется пульсация общих сонных, плечевых, локтевых артерий, брюшной аорты. При пальпации артерии безболезненны. Пульс на правой и левой лучевой артерии синхронный, одинаков с обеих сторон, ритмичный, 73 уд/мин., среднего напряжения и наполнения, умеренной величины, правильной формы. Артериальное давление на верхних конечностях справа и слева 110/70 мм рт.ст.

Исследование вен: вены туловища, шеи, конечностей не уплотнены и не расширены, при пальпации мягкие и безболезненные, кожа над ними не изменена. Варикозного расширения вен нет. Венный пульс отрицательный.

Система органов пищеварения.

Язык влажный, розовый с белым налетом. Трещин и язв нет. Дёсны бледно-розового цвета, гладкие, блестящие, безболезненные, кровоточивости нет. Слизистые оболочки губ, щёк, нёбных дужек, задней стенки глотки розовые, чистые, гладкие, блестящие.

Живот овальной формы, симметричный, не выступает над уровнем грудной клетки, средних размеров. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Обе половины живота активно принимают участие в акте дыхания. При ориентировочной поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, тонус передней брюшной стенки умеренный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Поджелудочную железу пропальпировать не удалось. При аускультации выслушивается по всем областям живота перистальтика кишечника.

При осмотре и поверхностной пальпации правого и левого подреберья, видимых изменений не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Диафрагмально-инспираторной пальпацией по Образцову печень пропальпировать не удалось. Пальпация в проекции желчного пузыря безболезненна, сам он не пальпируется. Размеры печени по Курлову: 9х7х5 см. Резистентности в левой половине живота не обнаружено. С помощью диафрагмально-инспираторной пальпации селезёнку пропальпировать не удалось.

Система мочеотделения.

Поясничная область при осмотре симметричная, кожа над ними изменена псориатическими высыпаниями. Симптом поколачивания отрицательный. Диафрагмально-инспираторной бимануальной пальпацией в положении лёжа почки не пальпируются.

Дифференциальный диагноз

Клиническая картина данного больного имеет сходство с рядом других заболеваний:

. Красный плоский лишай. Общими признаками являются:

наличие невыявленного провоцирующего этиологического фактора;

первичный морфологический элемент - папула;

распространенность процесса (обширные поражения различных участков тела);

феномен Кебнера;

поражение ногтей.

В то же время отличительными признаками будут:

отсутствие нестерпимого зуда, который характерен для красного плоского лишая;

способность к периферическому росту, когда для красного плоского лишая периферический рост не характерен;

отсутствие, характерной для красного плоского лишая сетки Уикхема;

наличие стеариновой триады, не характерной для красного плоского лишая;

отсутствие в папулах при псориазе в середине пупкообразного вдавления, характерного для красного плоского лишая;

отсутствие фиолетово-красной окраски папул.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз красного плоского лишая отвергается.

. Папулёзный сифилис. Общие признаки:

первичный морфологический элемент-папула;

распространенность поражения;

отсутствие признаков острого воспаления;

волнообразное течение заболевания.

Отличительные признаки:

при сифилисе элементы медно-красного оттенка, плотные и залегают на большой глубине, отсутствие выраженной тенденции к периферическому росту, а при псориазе - розово-красные высыпания с тенденцией к эксцентрическому росту и склонность к бляшкообразованию;

для псориаза характерно наличие псориатической триады;

при сифилисе имеет место положительный результат серологических реакций;

псориатические папулы не контагиозные в отличие от сифилитических папул;

отсутствие увеличения периферических лимфатических узлов;

наличие шелушения.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз папулёзного сифилиса отвергается.

. Себорейная экзема. Схожие симптомы:

поражается волосистая часть головы, лоб, складки кожи за ушными раковинами, верхняя часть груди, межлопаточная область, сгибы конечностей;

характерно образование большого количества серых отрубевидных чешуек;

границы очагов четкие.

Отличительные признаки:

на волосистой части головы на фоне сухой гиперемированной кожи возникает иногда - серозно-гнойные корки, после снятия которых обнажается мокнущая поверхность;

волосы склеены;

в складках кожи отек, гиперемия, мокнутие, глубокие болезненные трещины, по периферии очагов - желтые чешуйки или чешуйко-корки;

на туловище и конечностях появляются желто-розовые шелушащиеся пятна с четкими границами, в центре очагов - иногда мелкоузелковые элементы;

если поражаются конечности, то поражаются сгибательные поверхности в отличие от псориаза;

часто поражаются ногти при псориазе.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз себорейная экзема отвергается.

. Обыкновенный (вульгарный) ихтиоз. Схожие симптомы:

поражение кожи особенно выражено на разгибательных поверхностях верхних конечностей, боковых поверхностях туловища и бедер;

образование на поверхности кожи чешуек беловатого или сероватого цвета.

Отличительные симптомы:

чешуйки в тяжелых случаях приобретают вид коричневых пластин и грубых щитков, плотных на ощупь;

кожа крупных кожных складок и сгибов остается непораженной;

на ладонях и подошвах подчеркнут рисунок кожных линий;

развивается в первые 2-3 года жизни ребенка.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз вульгарного ихтиоза отвергается.

. Розовый лишай. Общие симптомы:

пятнисто-папулезные элементы бледно-розовой окраски, несколько вытянутой формы, имеют резкие границы. В центре элементов окраска менее интенсивная, по периферии - более яркая красная кайма. Поверхность высыпаний покрыта мелкими отрубевидными чешуйками;

иногда для розового лишая характерен зуд.

Отличительные признаки:

заболевание начинается с образования пятна розово-красного цвета овальной формы;

отличительный признак розового лишая - это наличие материнской бляшки;

пятнистые, пятнисто-папулезные, а иногда пятнисто - уртикарные элементы располагаются симметрично на коже туловища и конечностей по линиям Лангера;

кожа лица, волосистой части головы, кистей и стоп обычно не поражается;

после заболевания остаются пигментные пятна.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз розового лишая отвергается.

. Ладонно-подошвенный псориаз (пустулезный псориаз Барбера). Схожие признаки:

обнаруживаются характерные для псориаза папулы и пустулы, которые склонны к образованию крупных элементов.

Отличительные симптомы:

процесс при ладонно-подошвенном псориазе начинается с симметричного поражения ладоней и стоп;

экссудат ссыхается в гнойные корки, появляются глубокие болезненные трещины.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз пустулезного псориаза Барбера отвергается.

. Псориатическая эритродермия. Схожие симптомы:

начинается с едва заметных единичных папул, которые постепенно увеличиваются в размерах.

Отличительные признаки:

у части больных на протяжении многих лет существуют «дежурные бляшки» в области локтевых и коленных суставов или на волосистой части головы;

течение заболевания характеризуется сезонностью - «зимний» или «летний» тип.

Вывод: на основании имеющихся данных диагноз псориатической эритродермии отвергается.

План обследования

. Общий анализ крови

. Общий анализ мочи

. Копрологическое исследование кала

. Биохимия крови

. ИФА (определить концентрацию IG G и IG A)

. RW реакция

псориаз болезнь орган

План лечения

. Режим больного - общий:

не ограничивать себя в водных процедурах, но стараться как можно реже посещать бассейны;

во время приёма душа или ванны исключить грубую травматизацию кожи трением мочалки;

правильно организовать режима обучения и отдыха, распорядок дня в домашних условиях;

максимальное пребывание на свежем воздухе в любое время года, занятие различными видами спорта;

отводить на сон около 8 часов в сутки;

носить одежду из х/б ткани;

исключить переохлаждение, в холодное время года одеваться как можно теплее;

шерстяные вещи одевать на х/б бельё;

в будущем правильно определиться в профессиональной ориентации: не следует выбирать профессии, связанные с постоянной травматизацией кожи, воздействием аллергизирующих факторов, повышенной температуры, влажности и нервно-психических перегрузок;

своевременно лечить очаги хронической инфекции - тонзиллита, гайморита, отита, кариеса зубов и прочих;

в весенне-летний период носить широкополые шляпы, не загорать на солнце.

. Диета:

исключить алкоголь, маринады, острые и соленые продукты, консервов. При этом рацион питания обогатить молочными продуктами, а также овощами, фруктами, ягодами и соками из них.

. Общая медикаментозная терапия:

· Rp.: Methotrexati 0,0025( 0,01).t.d. N. 50 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 4 недель.

· Rp.: Neotigasoni 0,01.t.d. N.50 in caps.. По 1 таблетке 1 раз в день во время еды в течение 6 недель.

· Rp.: Prednisoloni 0,001 (0,005)

D.t.d. N. 50 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в сутки.

· Rp.: Sol. Thymogeni 0,01% - 1ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. Внутримышечно по 1 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней.

· Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml.t.d. N 6 in amp.

S. По 10 мл внутривенно.

· Rp.: Tavegili 0,001

D.t.d. N.20 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в сутки.

· Rp.: Extr. Valerianae 0,02

D.t.d. N 50 in tab.

S. По 1 таблетке 3 раза в сутки.

А также витамины группы B, аскорбиновую кислоту, фолиевую кислоту. Гемодез внутривенно капельно по 200-400 мл через день или 2 раза в неделю. Возможно - гидролизин, реополиглюкин, полиглюкин,. Детоксицирующие процедуры: гемодиализ, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафильтрация и плазмоферез.

. Местная медикаментозная терапия:

· Rp.: Ung. Acidi acetylsalicylici 10% - 15,0.S. Наносить тонким слоем на кожу 2 раза в день.

· Rp.: Ung. Aclometasonae 0,05% - 20,0.S. Наносить тонким слоем на кожу, слегка втирая, 3 раза в день.

. Физиотерапия: УФО, магнитотерапия, лазерная терапия, иглорефлексотерапия.

Клинический диагноз

Распространенный экссудативный псориаз.

Дневник курации

.10.2011: жалобы на умеренно зудящую, выражено шелушащуюся распространенную сыпь, за исключением лица, шеи, груди; болезненность в ногтях; отек и тугоподвижность в коленных и дистальных межфаланговых суставах. Общее состояние удовлетворительное. Динамика состояния жизненно важных органов: артериальное давление 115/90 мм рт.ст.; пульс симметричный, правильный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, несколько учащен - до 93 ударов в минуту; утром повышалась температура до 37,6 градусов; расстройств со стороны других органов и систем не выявлено. Появление новых элементов и регресс ранее имеющихся не наблюдается. Площадь пораженных участков не изменилась. Цвет - красный с синюшным оттенком. Умеренная степень инфильтрации. Шелушение выражено. Прием препаратов и применение физиотерапевтических процедур продолжается: таблетки «Неотигазон», «Трентал», «Цетрин»; мази «Акридерм», салициловая, серная, гидрокортизоновая, крем Унны; УФО. Переносимость препаратов хорошая, аллергические реакции не вызываются.

.10.2011.: отмечается снижение интенсивности гиперемии на руках, уменьшение отека на коленных суставах. Беспокоят преимущественно ночной зуд и выраженное шелушение. Общее состояние удовлетворительное. Динамика состояния жизненно важных органов: артериальное давление 120/80 мм рт.ст., пульс составляет 80 ударов в минуту, жалоб со стороны других органов и систем не выявлено. Наблюдается некоторый регресс сыпи на кистях и предплечьях: они стали несколько бледнее. Умеренная степень инфильтрации. Шелушение выражено. Прием препаратов и применение физиотерапевтических процедур продолжается: таблетки «Неотигазон», «Трентал», «Цетрин»; мази «Акридерм», салициловая, серная, гидрокортизоновая, крем Унны; УФО. Переносимость препаратов хорошая, аллергические реакции не вызываются.

.10.2011.: положительная динамика - гиперемированные участки стали бледнее, зуд перестал беспокоить в дневное время, шелушение выражено на верхних веках и волосистой части головы, отек на коленных суставах заметно регрессировал, объем движений постепенно восстанавливается; утром отмечалось незначительное повышение температуры до 37,1 - 37,2 градусов, стал беспокоить непродолжительный сухой кашель. Общее состояние удовлетворительное. Динамика состояния жизненно важных органов: артериальное давление 115/85 мм рт.ст., пульс 84 удара в минуту, жалоб со стороны других органов и систем не выявлено. Сыпь постепенно регрессирует: становится бледнее, распространенность шелушения уменьшилась. Сохраняется умеренная степень инфильтрации. Прием препаратов и применение физиотерапевтических процедур продолжается: таблетки «Неотигазон», «Трентал», «Цетрин»; мази «Акридерм», салициловая, серная, гидрокортизоновая, крем Унны; УФО. Переносимость препаратов хорошая, аллергические реакции не вызываются.

.10.2011: жалобы на ночной зуд умеренной интенсивности. Возникли жалобы на ощущение дискомфорта на разгибательных поверхностях локтевых суставов - чувство стянутости и шелушение. Беспокоит влажный кашель. Температура не поднималась. Динамика состояния жизненно важных органов: артериальное давление 120/80 мм рт.ст., пульс 72 удара в минуту, жалоб со стороны других органов и систем не выявлено. Сыпь регрессирут: инфильтрация становится менее выраженной, выраженное шелушение беспокоит на верхних веках, волосистой части головы, локтях. Прием препаратов и применение физиотерапевтических процедур продолжается: таблетки «Неотигазон», «Трентал», «Цетрин»; мази «Акридерм», салициловая, серная, гидрокортизоновая, крем Унны; УФО. Переносимость препаратов хорошая, аллергические реакции не вызываются.

.10.2011.: жалобы на локализованный невыраженный ночной зуд (сгибательная поверхность запястья правой руки, медиальная поверхность в области левого локтевого сустава, задняя поверхность бедра, тыльные поверхности в области голеностопных суставов на обеих ногах). Шелушение беспокоит только в области локтевых суставов и на тыле обеих стоп: кожа утолщена, грубая, имеет более интенсивную окраску и инфильтрацию по сравнению с другими пораженными участками кожи. Отек на коленных суставах регрессировал, но, чтобы «садиться на корточки», больной испытывает умеренную болезненность. Сгибание в дистальных межфаланговых суставах левой руки причиняет боль. Динамика состояния жизненно важных органов: температура не повышалась, артериальное давление 120/85 мм рт.ст., пульс 78 ударов в минуту, кашель значительно уменьшился (со слов больного, после приема «Гербиона» и «Лазолвана»). Жалоб со стороны других органов и систем не выявлено. Сыпь регрессирует: границы высыпаний на животе и спине стали менее четкими, инфильтрация уменьшилась; четкие границы и интенсивный красный цвет высыпаний сохраняется на верхних и нижних конечностях, но инфильтрация также стала менее выраженной. Прием препаратов и применение физиотерапевтических процедур продолжается: таблетки «Неотигазон», «Трентал», «Цетрин»; мази «Акридерм», салициловая, серная, гидрокортизоновая, крем Унны; УФО. Переносимость препаратов хорошая, аллергические реакции не вызываются.

Список литературы:

1. Н.Г. Коротких, Н.М. Шарова. Кожные и венерические болезни. Учебник.- М.: «МИА».- 2007 г.-333 с.

. Е.В. Соколовский. Дерматовенерология. Учебник.- М.: Издательский центр «Академия».- 2005 г.-521 с.

. М.И. Курдина. Атлас кожных и венерических болезней.- М.: ОАО «Издательство «Медицина», Издательство « Шико».- 2008 г.-377 с.

. В.А. Милягин. Норма в медицинской практике.- М.: «МЕДпресс-информ».- 2008 г.-143 с.

. М.Д. Машковский. Лекарственные средства.- М.: «Новая волна».- 2010 г.- 1216 с.

. М.Б. Ингерлейб. Рецептурный справочник врача.- М.:АСТ: Астрель.- 2009 г.- 895 с.

. Н.В. Кунгуров, Ю.М. Бочкарев, И.Ф. Вишневская, Т.М. Будумян, М.А. Захаров, Т.А. Сырнев, В.И. Сурганова, М.М. Кохан, О.Н. Курилко. Учебно-методическое пособие для интернов и ординаторов по специальности дерматовенерология. - Екатеринбург, УГМА.- 2002 г.- 32с.