Университет

Кафедра кожных и венерологических заболеваний

Преподаватель:

История болезни

Ф.И.О.

*Клинический диагноз:* Псориатическая эритродермия

*Куратор:.*

город 2010

Дата поступления: …. время 14.20

Дата выписки: время 12.00

Отделение Детское кожное отделение

Аллергический статус: Популяция "Б" (на шерсть животных)

Ф.И. О:

Число, месяц, год рождения: 20.11.1984 возраст лет

Гражданство:

Категория пациента: Работающий. Электрик, сантехник. Бригадир

строительных работ.

Место жительства:

Направление: АДО ДСВД

Диагноз направившего: Псориатическая эритродермия. L.40.8

Учреждения

Диагноз при поступление: Псориатическая эритродермия. L.40.8

Клинический диагноз: Псориатическая эритродермия. L.40.8 дата 16.12.08

## Жалобы

На:

выраженную сухость кожи,

тотальное покраснение,

обильное шелушение,

зуд и чувство жжения в вечерние время суток.

Пятна на голове, и на всем теле.

Лихорадка

Слабость, вялость

## История развития заболевания (ANAMNESIS MORBI)

Со слов пациент страдает данной патологией в течении 12месяцев. Первыми появились высыпания на коже туловища.

Сначала лечился знахарскими методами улучшения не было.

Получает стационарное лечение с 8.01.08. Периодически получает стационарное лечение в фазе обострения. Последние с 13. по 27.12.08.

Физиологический раствор + дексаметазон 8мг,

Преднизалон 11 таб 55 мг

Аспаркам тиосульфат натрия 30%

Хлорпирамин гидрохлорид

Димедрол

Салициловая мазь 8%

Крем Унна+синофлан 0,025%

После лечения отмечалось улучшение.

Последнее обострение в течение месяца обратился за помощью в АДО РКВД и был госпитализирован в детское кожное отделение.

Предполагаемая причина возникновения заболевания: профессиональные, личные нервные переживания.

## История жизни (ANAMNESIS VITAE)

1) Краткие биографические данные:

Родилась 1984 году 20 ноября. Образование средне-специальное

2) Профессиональный анамнез:

Сантехник, электрик. Бригадир строительных работ

3) Бытовой анамнез:

Жилищно-коммунальные условия удовлетворительные

4) Вредные привычки:

Курит с 18 лет по 2 пачке в день.

5) Перенесенные заболевания и травмы:

В Конце августа перенес пневмонию.

6) Аллергологический анамнез:

Популяция "Б" на шерсть животных.

8) Наследственность:

У дяди по линии отца - Псориатическая эритродермия.

## Объективное исследование больного (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

*Общее состояние.*

Общее состояние больного: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение больного: вынужденное

Телосложение: нормастеническое, ближе к астеническому

Температура тела: 36.6

Вес, рост: 56кг, 170см

Кожные покровы: тотальная гиперемия, обильное шелушение, сухость кожи. Тургор тугой,

Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо, равномерно распределена, отеков, пастозности нет.

Тип оволосения: по мужскому типу*.*

Ногти деформированные, гипертрофированные.

Мышечной атрофии нет. Тонус хороший.

Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме

Лимфоузлы не пальпируются, безболезненны

*Органы чувств*

*Глаза: бинокулярное зрение*

*Слух: без особенностей*

*Обоняние: без особенностей*

*Система дыхания*

Осмотр:

Дыхание через нос: свободное

Форма грудной клетки: нормостеническая.

Грудная клетка: цилиндрическая.

Ширина межреберных промежутков умеренная.

Тип дыхания брюшной.

Дыхательные движения симметричны.

Число дыхательных движений в минуту: 19

Ритм правильный

Пальпация:

Безболезненная.

Грудная клетка эластична.

Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

Дыхательная подвижность нижнего края легких:

По средней подмышечной линии: 6-8см справа и слева

По среднеключичной линий: справа 4-6см слева не определяется

По лопаточной линий: 4-6см. справа и слева.

Аускультация: прослушивается везикулярное дыхание, шум трения плевры не определяется.

Топографическая перкуссия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхняя граница | | | |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3-4 см выше ключицы | 3-4 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница | | | |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно - ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По колопозвоночной линии | Остистый отросток Th11 | Остистый отросток Th11 |

## Сердечно-сосудистая система

Осмотр: видимая пульсация артерий и вен в области шеи не прослеживается, видимые выпячивания и пульсация в области сердца так же не обнаружены.

Пальпация:

верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии (нормальной силы, ограниченный).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 - 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии | От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-2см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Аускультация:

Тоны: - ритмичные

число сердечных сокращений - 74

первый тон нормальной звучности

второй тон нормальной звучности

дополнительные тоны не прослушиваются

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, ритмичный, твердый, полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 110/80 мм. рт. ст. ЧСС 74уд/мин.

Пищеварительная система.

Полость рта:

Язык физиологической окраски, сухой.

Состояние зубов: зубы санированы.

Зев желтоват, миндалины не увеличены.

Живот:

Обычной формы

Симметричен.

участвует в акте дыхания

Пупок без видимых повреждений.

Мягкий, безболезненный.

Перкуссия:

тимпанический звук на всем протяжении.

свободной жидкости в брюшной полости нет.

Пальпация:

Поверхностная: живот безболезненный.

Симптом раздражения брюшины отрицательный (симптом Щеткина-Блюмберга)

Глубокая: по методу Образцова - Стражеско:

Сигмовидная кишка: безболезненная, не плотной консистенций с гладкой поверхностью, урчащая, перистальтика не определяется, подвижность 3-4 см, дополнительные образования не обнаружены.

Слепая кишка: безболезненна, упругая, урчащая, подвижность 2-3 см, дополнительные образования не определяются.

Поперечная ободочная кишка: безболезненна, не урчащая, подвижна 2-3 см, дополнительные образования не определяются.

Червеобразный отросток: не пальпируется.

Подвздошная кишка: безболезненная, урчащая.

Аускультация:

выслушиваются слабые кишечные шумы, связанные с перистальтикой кишечника. Шум трения кишечника не прослушивается.

Печень и желчный пузырь.

Перкуссия: границы печени по Курлову:

верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой среднеключичной линии - 6 ребро.

Правая передней подмышечная-8 ребро.

Правая окологрудинная-6 ребро

Нижняя граница абсолютной тупости:

по правой среднеключичной линии - нижний край правой реберной дуги.

По передней срединной линии - на 3-6 см от нижнего края мечевидного отростка. По левой реберной дуге - не заходит за левую окологрудинную линию.

Поколачивание по правой реберной дуге: симптом Грекова - Ортнера не подтвержден.

Пальпация:

Печень: нижняя граница прощупывается по правой среднеключичной линии. Край печени острый, мягкий, безболезненный, Размеры печени не увеличены.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 9-11 см.

по передней срединной линии - 7-9 см.

по левой реберной дуге - 6-8см.

Желчный пузырь: не пальпируется, безболезненный.

Аускультация: шум трения брюшины не прослушивается.

Поджелудочная железа.

При пальпации болезненности, увеличения или уплотнения поджелудочной железы не обнаруживаются.

Селезенка: не прощупывается.

Мочевыделительная система

Количество мочи за сутки в среднем ≈ 1-1.5 л. Жалом на болезненное мочеиспускание нет. При нанесении коротких ударов боковой поверхностью кисти по поясничной области ниже XII ребра боль не возникает - отрицательный Симптом Пастернацкого.

Почки не пальпируются.

Мочевой пузырь без особенностей.

Система половых органов: Жалоб на боли нет. мужской тип оволосения.

Эндокринная система:

Рост, телосложение и пропорциональность частей тела соответствует возрасту.

Размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп соответствуют развитию.

Щитовидная железа мягкой консистенции, не увеличена, безболезненна.

Нервная система:

Память, внимание, сон, сохранены. Настроение - бодрое, оптимистическое.

В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики:

сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.

Интеллект резвый.

Поведение адекватное.

Уравновешен, общителен.

Никаких отклонений не наблюдается

Двигательная сфера: Походка устойчивая, безболезненная.

## Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб, анамнеза болезни - предварительный диагноз:

Псориатическая эритродермия.

План обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Кал.

Микрореакция.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови:

Hb = 121г/л

Эритроциты = 4,0\*1012/л

Цветной показатель=0,9

Лейкоциты = 13,2\*109/л

Нейтрофилы

Сегментоядерные=74%

Эозинофилы=2%

Лимфоциты=25%

СОЭ = 12мм/ч

Результат: Лейкоцитоз со сдвигом вправо.

Обоснование клинического диагноза

На основании жалоб: зуд, сухость

Анамнеза: 12 месяцев.

Объективных данных:

Дерматоз хронический распространенный в стадии обострения.

Выраженная тотальная эритродермия с обильным крупнопластинчатым и мелкопластинчатым шелушением. Сухость и трещины кожи.

Деформация ногтевых пластинок на руках и ногах.

На коже волосистой части головы серебристо белые чешуйки (симптом Ауспица)

DS: Псориатическая эритродермия. L40.8

План лечения:

1) Лератадин 0,01 по 1 таблетке 1раз в день

2) Хлорпирамина гидрохлорид 2% 1,0 в/м на ночь

3) Микстура Павлова по 1столовой ложке 3 раза в день

4) Глюконат кальция 10% 10,0 в/в ежедневно

5) Физ. раствор 200,0+дексаметазон 8мг в/в капельно

6) дексаметазон 8мг в/м

7) Мазь салициловая 5% наружно

8) крем Унна+силофан 0,028%

Дифференцированный диагноз.

Дифференцируют псориаз от:

1) 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.

2) красного плоского лишая: наличие при красном плоском лишае изолированных блестящих полигональных папулезных элементов с пупкообразным вдавлением в центре,

характерного сиреневатого цвета, со слабо выраженным шелушением, частое поражение слизистых оболочек, предпочтительная локализация на сгибательных поверхностях конечностей, в области живота,

3) **себорейной экземы**, поражение кожи на границе с волосистой частью головы ("псориатическая корона"), отсутствие выпадения волос, меньшая склонность к фолликулярному расположению элементов, большая сухость чешуек, редкое возникновение отрубевидного шелушения.

Своеобразны псориатические высыпания на других себорейных участках кожи: лице и в области грудины, особенно у лиц, склонных к себорее. В этих случаях бляшки покрыты наслоениями плотных жирных чешуек, их границы не всегда столь резкие, как при обычных бляшечных формах, более выражена склонность к экссудации.

При дифференциальной диагностике псориатических высыпаний от себорейной экземы следует учитывать цвет элементов, более желтый при себорейной экземе, расплывчатость границ при ней, иногда, особенно при расчесывании, мокнутие или наличие точечных корочек, более частые субъективные расстройства при себорейной экземе (зуд), отсутствие трех феноменов псориаза и то в относительно легкой степени.

4) Экссудативный псориаз характеризуется наслоением желтовато-сероватых чешуйко-корочек, довольно плотно прилегающих к поверхности псориатических элементов, иногда многослойных (psoriasis ostracea, rupioides), появлением пузырей или пузырьков (psoriasis pemphigoides), а также очагов типа микробной экземы на голенях (psoriasis eczematoides).

5) **микробной экземы**, трудность постановки диагноза, осложняеться особенно в тех случаях, когда отсутствуют типичные для псориаза высыпания излюбленной локализации. Учитывают, что микробной экземе обычно предшествуют гнойничковые высыпания. Очаги псориаза более инфильтрированы, четко ограничены от здоровой кожи, вокруг них нет везикулезных элементов, которые часто выявляются при экзематозных поражениях. После удаления пластинчатого шелушения при псориазе обнажается влажная, но без точечного мокнутия поверхность.

6) **кандидоза крупных складок** протекает более остро, поверхность очагов поражения более яркая, границы их менее четкие, нерезко выражено мокнутие, наблюдается отслойка мацерированного рогового слоя по краю очагов. На соседних участках кожи часто обнаруживают многочисленные мелкие очажки пятнисто-везикулезного характера - так называемые отсевы.

7) рубромикоза псориаз складок отличается отсутствием прерывистого валика по периферии очагов, менее частым поражением ногтей на пальцах стоп и несколько иным его характером. Для рубромикоза характерны наличие полос желтого или белого цвета в толще ногтевой пластинки, преимущественно с боковых краев, и почти полное разрушение ногтевой пластинки. При псориазе часто обнаруживают истыканность ногтевых пластинок - симптом наперстка. Псориаз характеризуется также положительными псориатическими феноменами и отсутствием грибов в очаге поражения.

Из особенностей *детского псориаза* следует отметить редкое развитие артропатии и эритродермии, более частое расположение высыпаний в складках, склонность к экссудативным проявлениям.

Особыми формами псориаза у детей являются так называемый пеленочный (napkin-psoriasis) и фолликулярный (psoriasis follicularis) псориаз.

При "пеленочном" псориазе, развивающемся в периоде новорожденности, высыпания обычно возникают на коже в промежности, в редких случаях - в подмышечных впадинах или на затылке в виде отечно-эритематозных и несколько инфильтрированных бляшек, резко отграниченных от нормальной кожи. При диагностике следует иметь в виду прежде всего кандидамикотическое поражение складок.

## Этиология и патогенез

Первичным морфологическим элементом при псориазе является папула розовато-красноватого или насыщенно-красного цвета, покрытая большим количеством рыхлых серебристо-беловатых чешуек, при поскабливании которых обнаруживают диагностически важные феномены: стеаринового пятна, "терминальной пленки" и точечного кровотечения. В начале заболевания высыпаний немного. Постепенно в течение нескольких недель или месяцев, реже лет, количество их увеличивается. Относительно редко сыпь обильная с самого начала (обычно после инфекционных заболеваний, тяжелых нервных потрясений, при лекарственной непереносимости) и занимает обширные участки тела. В этих случаях цвет высыпаний более яркий, они отечные, с менее резкими границами, довольно быстро увеличиваются, нередко сопровождаются зудом, как правило, незначительным.

Для прогрессирующей стадии псориаза характерно появление папул на месте травм, расчесов (феномен Кебнера). Вновь появляющиеся высыпания мелкие (psoriasis punctata, guttata, nummularis), но в результате периферического роста они, в зависимости от остроты болезни, постепенно или довольно быстро сливаются в бляшки различной формы (psoriasis anularis, figurata, gyrata, serpiginosa, geographica), располагающиеся обычно симметрично, реже на одной стороне, в виде линий (psoriasis linearis zosteriformis, unilateralis). В стационарной стадии псориаза интенсивный периферический рост высыпаний прекращается, границы очагов поражения становятся более резкими. При длительном существовании бляшек, обычно ограниченных, может произойти их значительное утолщение (psoriasis inveterata), иногда с папилломатозными и бородавчатыми разрастаниями (psoriasis verrucosa et papillomatosa). Сыпь может располагаться на любом участке тела, но наиболее часто первоначальные элементы появляются на разгибательных поверхностях крупных суставов и на волосистой части головы.

Существует несколько концепций происхождения псориаза. Основные из них вирусная теория, генетическая (генетические механизмы повышенной способности клеток к размножению), нейрогенная (нейрогуморальный механизм предрасположенности), гипотеза врожденной нестабильности лизосом и врожденных структурных дефектов капилляров кожи, первичных нарушений кератинизации и обмена липидов.

Осмотр терапевта

АД 110/80 t◦тела 36.6

В момент осмотра жалоб нет.

Из анамнеза неделю назад перенес абсцесс ягодицы.

Общее состояние больной удовлетворительное.

Со стороны внутренних органов - без патологии.

Status localis: На левой ягодице пальпируется инфильтрат, болезненный

DS: Абсцесс ягодицы слева постинъекционный

Лечение: Ихтиоловая мазь местно

Цефодар 5мг 1 раз в сутки №3

## Дневник

По датам или 1 й день

ЧСС - 74, АД - 120/80 мм. рт. ст. t 36,6°

Состояние больного относительно удовлетворительное.

Жалобы на выраженную сухость кожи, тотальное покраснение, обильное шелушение, зуд и чувство жжения в вечерние время суток. Пятно на голове, и на всем теле. Слабость, вялость. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная

Диурез со слов норме.

2йдень

ЧСС - 74, АД - 120/80 мм. рт. ст. t 36,6°

Состояние больной относительно удовлетворительное.

Жалобы теже. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная

ЧСС - 75, АД - 120/80 мм. рт. ст. t 36,6°

На коже отошли чешуйки. Заметно отхождение ногтевых пластинок. Появился симптом "наперстка"

ЧСС - 74, АД - 120/70 мм. рт. ст. t 36,6°

Кожа постепенно приобретает розовато белый оттенок.

Остается на неопределенное время в стационаре. До полного выздоровления

## Текущий эпикриз

Пациент Ф.И. О

20.11.1984 года рождения находится на стационарном лечении в детском кожном отделении

с клиническим диагнозом: Псориатическая эритродермия

Жалобы при поступление:

выраженная сухость кожи, тотальное покраснение, обильное шелушение, зуд и чувство жжения в вечерние время суток. Пятно на голове, и на всем теле. Лихорадка Слабость, вялость

Анамнез: Со слов страдает данной патологией в течение 12месяцев, часто возникают обострения. С промежутком в 1,5 - 2 месяца. Последние обострение в течение месяца.

Локальный статус: Абсцесс ягодицы слева постинъекционный

Лечение: Ихтиоловая мазь местно

Цефодар 5мг 1 раз в сутки №3

Получает консервативное лечение:

1) Лератадин 0,01 по 1 таблетке 1раз в день

2) Хлорпирамина гидрохлорид 2% 1,0 в/м на ночь

3) Микстура Павлова по 1столовой ложке 3 раза в день

4) Глюконат кальция 10% 10,0 в/в ежедневно

5) Физ. раствор 200,0+дексаметазон 8мг в/в капельно

Капельное вливание препарата перенес нормально

6) дексаметазон 8мг в/м

7) Мазь салициловая 5% наружно

8) крем Унна+силофан 0,028%

Больной в удовлетворительном состоянии находится на стационарном лечении.