**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

**Фамилия :** x

**Имя :** x

**Отчество :** x

**Пол :**

**Возраст :**

**Домашний адрес :**

**Место работы :** пенсионерка ( ранее - воспитатель детского сада)

**Клинический диагноз :** Красный плоский лишай **lichen ruber planus**

**Основное заболевание :** красный плоский лишай

**Сопутствующие заболевания :** гипертоническая болезнь

ишемическая болезнь сердца , атеросклероз аорты , ограниченное поражение центральной нервной системы сосудистого генеза

**Дата поступления в клинику :** 18 декабря 1996 года

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.**

1. Сильный зуд в местах пораженной кожи - на шее , в области груди и спины , на сгибательных поверхностях предплечий , на тыле стоп . Ощущение жжения и зуд носят постоянный характер , иногда беспокоят по ночам . Зуд несколько стихает после прикладывания к местам поражения влажной марли . Мазями и другими лекарственными средствами зуд не купируется и иногда приобретает нестерпимый характер .
2. Боли в животе , носящие разлитой характер , распространенные от эпигастральной до лобковой области , ноющие , возникающие после приема пищи и проходящие самопроизвольно .Больная связывает их возникновение с перенесенной 2 года назад операцией удаления желчного пузыря .
3. Боли в области сердца , возникающие в горизонтальном положении на левом боку . Боли носят давящий , сжимающий характер и проходят примерно через 5 минут после перемены положения .
4. Отсутствие аппетита .
5. Головная боль , возникающая периодически , без связи с физической или умственной нагрузкой . Боль имеет сжимающий , стягивающий характер , купируется цитрамоном или баралгином .
6. Снижение настроения (в виде периодических приступов депрессии , тоски) .

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ .**

Считает себя больной с конца октября 1996 года , когда на фоне длительно существующей стрессовой ситуации , сопровождающейся бессонницей , появилось ощущение жжения и зуд за ушами , на шее . Примерно через 5 дней эти явления распространились на область груди и в подмышечные впадины . Затем под молочными железами появились небольшие ( до 0.5 см в диаметре ) красные пятна , которые тоже вызывали ощущение зуда . Примерно через неделю после возникновения эти пятна стали шелушиться .

Зуд распространился далее на межпальцевые промежутки на руках и затем- на область предплечий , локтевого сгиба , плеч . Затем процесс перешел на нижние конечности и распространялся по ним сверху вниз , причем на бедрах появилась сыпь , аналогичная той ,что возникла под молочными железами . Эта сыпь впоследствии также начала шелушиться .

Первоначально больная купировала зуд обертываниями влажной тканью , но примерно через месяц после начала заболевания зуд приобрел нестерпимый характер , иногда доводя больную до суицидальных мыслей .

В начале декабря 1996 года больная обратилась к дерматологу кожно-венерологического диспансера , где ей был поставлен диагноз аллергического дерматита и назначена норсульфазоловая мазь . Проведенный курс лечения не дал улучшения состояния . Больная вновь обратилась в диспансер и ей было дано направление на госпитализацию в госпитальные клиники СГМУ , куда больная и была госпитализирована 18 декабря 1996 года .

Влияния внешних факторов ( времени года , питания , погоды ) на течение процесса больная не отмечает .

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО.**

Родилась в Алтайском крае , в селе Дуброво в 1923 году. В Томск переехала в 1946 году .

В детстве часто болела простудными заболеваниями ( до 5-6 раз в год ) и гнойничковыми поражениями ног ( голеней и стоп ) .

Окончила 8 классов сельской школы , затем - колпашевское педагогическое училище .

Вышла замуж в 31 год , с 1978 года - вдова . Беременностей и родов не было .

Отец , мать , брат и сестра больной умерли в пожилом возрасте ( старше 60 лет ) от ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда) .

Со слов больной , кожными заболеваниями никто из ближайших родственников не страдал .

Из аллергических реакций больная отмечает возникновение зуда и появление волдырей после употребления в пищу малины и свежих помидоров . Эти явления развиваются быстро ( за 20 - 30 минут ) и столь же быстро исчезают ( за 2-4 часа ) . После исключения из рациона данных продуктов подобные явления не повторялись .

Наличие вредных привычек ( курение , алкоголь , наркотики) больная отрицает .

Больная проживает одна в полублагоустроенной квартире ( без ванной ). Домашних животных не держит .

Примерно 20 лет больная состоит на учете в психоневрологическом диспансере по поводу периодической депрессии .

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

**Общее состояние :** удовлетворительное

**Положение :** активное

**Поведение :**адекватное

**Телосложение :** нормостеническое

**Соответствие роста и веса :** рост (162 см ) соответствует весу (82 кг ) .

**КОЖА.**

**Цвет :** бледно -розовый

**Жирность :** не повышена

**Влажность :** снижена

**Эластичность :** снижена

**Рисунок кожи :** рельеф кожного рисунка усилен

**Волосы :** депигментированные , тонкие , повышенного выпадения волос не отмечено

**Ногти :** присутствует симптом " полированных ногтей", что характерно для наличия зуда.

**Подкожная клетчатка :** развита умеренно , распределена равномерно . В области поражения отмечен отек и утолщение подкожного жирового слоя .

**Лимфатические узлы :** пальпируются группы заднешейных , подмышечных , кубитальных и паховых лимфатических узлов . Остальные группы не пальпируются , что соответствует норме .

**Тургор тканей :** несколько снижен .

**КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА.**

Видимых деформаций черепа ,грудной клетки , тазовых , длинных трубчатых костей и позвоночника не отмечено. При пальпации кости безболезненны , очагов размягчения нет .

Сила и тонус мышц снижены .

Пассивные движения в суставах - в полном объеме , объем активных движений ограничен .

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.**

При аускультации над поверхностями легких слышен шум везикулярного дыхания . Патологических шумов , хрипов и шума трения плевры не выслушивается.

Голосовое дрожание над симметричными участками проводится одинаково .

При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних , боковых и задних поверхностей легких перкуторный звук одинаковый : ясный , легочной .

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА .**

Границы относительной тупости сердца :

-верхняя : III межреберье слева

-левая : на 1 см кнаружи от срединноключичной линии

-правая : на 1.5 см кнаружи от правого края грудины

При аускультации сердца выявлено некоторое приглушение первого тона на верхушке сердца . Второй тон громче на основании сердца .

АД : 150 / 90 мм рт ст (что соответствует обычному рабочему давлению больной ) .

Пульс : 78 уд/мин , удовлетворительного наполнения и напряжения . Дефицита пульса нет . Эластичность стенки сосуда сохранена .

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА .**

**Зубы** сточены , желтовато-серого цвета . Подвижности зубов и болезненности при накусывании не отмечается. Я**зык**  розовый , влажный , обложен в центре желтоватым налетом . **Миндалины** не выходят за края небных дужек . Задняя стенка глотки не гиперемирована . **Слизистая рта** розово-красная , умеренно влажная, налета и высыпаний не обнаружено .

**Живот** при осмотре имеет форму "распластанного" , не возвышается над краями реберных дуг . На коже живота имеется послеоперационный шрам длиной 13 см (после холецистэктомии).

При поверхностной пальпации обнаружена болезненность в эпигастральной области .

При глубокой пальпации обнаружена болезненность в области поперечной ободочной кишки , сигмовидной кишки.

Нижний край печени не выступает за край реберной дуги. При пальпации нижний край печени неровный , безболезненный .

**МОЧЕ-ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.**

Дизурических явлений нет . Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон .

Наружные половые органы развиты правильно , имеют признаки возрастной инволюции ( гипотрофия половых губ).

Вторичные половые признаки также подвержены возрастной инволюции - волосяной покров в подмышечных впадинах и в области лобка редкий , ткань молочных желез замещена жировой тканью . Менструации отсутствуют .

**ОРГАНЫ ЧУВСТВ.**

Видит , запахи различает . Слышит слабо (пользуется слуховым аппаратом ).

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС.**

Сознание ясное .Настроение тревожное (болную беспокоит зуд) . Сон нормальный ( на фоне назначения нозепама). .Дермографизм белый , появляется сразу , исчезает через 30 секунд .В позе Ромберга больная устойчива , отмечается мелкий тремор пальцев рук .

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ.**

**Дата :** 27.12.96.

**Течение заболевания :** больная предъявляет жалобы на сильный зуд , на коже во многих местах ( в подмышечных впадинах , под молочными железами , на спине ) имеются элементы папулезной сыпи с шелушащейся поверхностью .

Общее состояние удовлетворительное , АД-120/80 мм рт ст ( больная принимает клофеллин ) , сон спокойный , со стороны внутренних органов боспокоят боли в животе .

**Назначения :**

1.Tetracyclini 0,1

по 2 таблетки 4 раза в сутки в течение 7 дней

2.Diazolini 0,1

по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 дней

3.Sol. Magnesii sulfatis 5%

по 50 мл внутрь 3 раза в день после еды

4.Nazepami 0,005

по 1 таблетке утром и вечером в течение 10 дней

5.Clophellini 0,00015

по 1 таблетке 2 раза в сутки через 12 часов

6.Sol. Natrii tiosulfatis 30 %

по 10 мл внутривенно 1 раз в день в течение 10 дней

**Дата :** 28.12.96.

**Течение болезни :** состояние больной улучшилось - зуд почти не беспокоит , боли в животе уменьшились . Характер кожной сыпи не изменился , новых элементов не появилось , имеющиеся морфологические элементы находятся в прежнем состоянии .

Общее состояние удовлетворительное , сон спокойный , настроение уравновешенное .АД- 130/80 мм рт ст , пульс - 48 уд/мин , дыхание везикулярное .

**Дата :** 30.12.96.

**Течение болезни :** больная предъявляет жалобы на сильную боль в животе , распространенную от эпигастральной области до лобкового сочленения, боль носит приступообразный характер . При консультации хирурга подозрение на "острый живот" снято . Рекомендована консультация гинеколога для исключения гинекологической патологии . Со стороны кожи изменений нет .АД-140/90 мм рт ст , пульс 64 уд/мин , дыхание учащено, везикулярное .

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ.**

**Общий анализ мочи : 19.12.96**

**количество** 90 мл

**цвет** салатный

**прозрачность** прозрачная

**удельный вес** 1026

**белок** отрицателен

**сахар** отрицателен

**лейкоциты** 1-3 в поле зрения

**эритроциты** нет

**эпителий** в большом количестве

**Общий анализ крови : 19.12.96.**

**гемоглобин** 160 г/л

**СОЭ** 2 мм/час

**эритроциты** 4.8 Т/л

**лейкоциты** 4.0 Г/л

**эозинофилы** 5%

**лимфоциты** 45%

**моноциты** 12%

**палочкоядерные** 0%

**сегментоядерные** 38 %

**Биохимический анализ крови : 19.12.96.**

**билирубин общий** 12.8 ммоль/л

**прямой** 0

**креатинин** 0.10

**АлАТ** 0.64

**АсАТ** 0.64

**ЭКГ : 19.12.96.**

Электрическая ось сердца расположена горизонтально. На фоне синусовой брадикардии - суправентрикулярные экстрасистолы . ЧСС - 55 уд/мин . Очаговая внутрижелудочковая блокада , гипертрофия левого желудочка с явлениями перегрузки .

**Реакция Вассермана : 21.12.96.**

Результат отрицателен

**Анализ мочи на диастазу : 30.12.96.**

диастаза мочи - 47 г/л

**Эзофагогастродуоденоскопия : 30. 12.96.**

Пищевод , розетка кардии без патологии . Желудок обычных размеров и формы , содержит слизь . Слизистая желудка розового цвета , блестящая , без дефектов и явлений воспаления , равномерно истончена на всем протяжении . Угол не деформирован . Привратник округлой формы , не смыкается . Имеется заброс желчи в просвет желудка . Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров . Слизистая двенадцатиперстной кишки на всем протяжении розовая , блестящая .

Диагноз : диффузная атрофия слизистой желудка.

**КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ .**

**Терапевта : 19.12.96.**

Жалобы на головокружение , слабость , головную боль , сердцебиение , зуд кожи .

Объективно : умеренная бледность , слизистые розовые . Тоны сердца глухие , слышен акцент II тона над аортой. Живот сильно вздут . Печень выступает за край реберной дуги на 1 см , безболезнена , край ее ровный .На ЭКГ - бифасцикулярная блокада .

Заключение : ИБС , бифасцикулярная блокада , атеросклероз аорты , хроническая цереброваскулярная болезнь на фоне артериальной гипертензии , атеросклероз мозговых артерий .

**Хирурга : 30.12.96.**

Состояние удовлетворительное , беспокоят боли в эпигастрии , иррадиирующие в правое подреберье .

В анамнезе - хронический холангиопанкреатит , желчный пузырь убран по поводу калькулезного холоцистита . Печень увеличена за счет левой доли , которая резко уплотнена , болезненна .

Диагноз : хронический панкреатит в стадии обострения , хронический гепатохолангит .

К лечению добавить :

1.Sol . Haemodesi 400 ml в/в капельно 1 раз в день

2.Atropini 0.5 подкожно 2 раза в день в 10.00 и в 22.00

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Данное заболевание необходимо дифференцировать с

**псориазом**

1. **розовым лишаем**
2. **папулезными сифилидами**

**ограниченным нейродермитом**

Элементами сходства данной патологии с **псориазом** являются :

1. Мономорфность сыпи и синхронность ее появления
2. Одновременная регрессия всех элементов сыпи при правильном лечении
3. Наличие шелушения на поверхности папул

Отличия от псориаза :

1.Форма папул при красном плоском лишае полигональная (при псориазе отдельные папулы имеют округлую форму)

2.Шелушение при красном плоском лишае менее выражено

3.Цвет папулезных высыпаний - фиолетово-красноватый (при псориазе - розовый различной интенсивности)

4.При красном плоском лишае в центре папул имеется пупкообразное вдавление

5.Отсутствие трех феноменов псориаза

6.При красном плоском лишае элементы сыпи располагаются преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей

1. При красном плоском лишае на поверхности папул присутствует сетка Уикхема

Сходство с **розовым лишаем Жибера** состоит в :

1. Наличии шелушения на поверхности пятен
2. Наличии зуда в местах поражения кожи

Отличия :

1.Сыпь при розовом лишае имеет морфологическим элементом пятно , а не папулу

2.Элементы сыпи при розовом лишае возникают не синхронно (вначале появляется материнская бляшка , а через 2-3 недели - дочерние)

3.Цвет высыпаний при розовом лишае - бледно-розовый с желтоватым оттенком

4.Форма сыпи при лишае Жибера - овальная и длинным диаметром элементы располагаются по линиям Лангера

Сходство красного плоского лишая с **папулезным сифилидом :**

1.Морфологический элемент сыпи - папула

2.На поверхности папул имеется шелушение

3.Сифилитические папулы , как и папулы красного плоского лишая , оставляют после себя гиперпигментацию кожи

Отличия :

1.Форма сифилитических папул - полушаровидная

2.Папулы красного плоского лишая имеют характерный блеск и сетку Уикхема

3.Папулы красного плоского лишая имеют характерное пупкообразное вдавление в центре

4.Сыпь при красном плоском лишае имеет склонность к образованию бляшек

5.При красном плоском лишае отмечается сильный зуд

6.Цвет сифилитических папул - медно-красный , а папул красного плоского лишая - розово-фиолетовый

7.Сифилитическая сыпь может самопроизвольно регрессировать без лечения

8.Сифилитическая сыпь полиморфна

9.При сифилисе отмечается положительный симтом Ядассона

Сходство с **ограниченным неродермитом** :

1. Сильный мучительный зуд , беспокоящий больных и по ночам
2. Часто вовчечены в процесс сгибательные поверхности крупных суставов
3. Морфологический элемент сыпи - папула
4. Папулезные элементы сыпи склонны к группировке и слиянию

Отличия :

1.Папулы при нейродермите имеют более плотную консистенцию

2.Папулы при нейродермите покрыты отрубевидными чешуйками и имеют шероховатую поверхность

3.На месте папул при нейродермите вторично возникает лихенификация

4.При нейродермите имеется четкое выделение 3 зон : лихенификации , изолированных папул , периферическую зону гиперпигментации

**ЭПИКРИЗ.**

Больная x больна в течение 2 месяцев . В дерматологическую клинику поступила 18 декабря 1996 года с жалобами на сильный зуд по всему телу , носящий нестерпимый характер , беспокоящий в течение всех суток . Зуд не купировался назначенными медикаментозными препаратами .

Установлен диагноз "красный плоский лишай" .

Получала лечение :

1. тетрациклин 0.1 - по 2 таб. 4р/сут.в течение 7 дней
2. диазолин 0.1 - по 1 таб. 2р/сут. в течение 10 дней
3. магния сульфат 5% - по 50 мл внутрь 3р/день
4. назепам 0.005 - по 1 таб 2р/день в течение 10 дней
5. клофелин 0.00015 - по 1 таб 2р/сут утром и вечером
6. натрия тиосульфат 30% - по 10 мл в/в 1р/день

За время курации выявилась положительная динамика в течении кожного заболевания : больную значительно меньше беспокоит зуд , элементы кожной сыпи не прогрессируют .

Общее состояние больной оставалось нормальным , предъявлялись жалобы на боль в животе нерезкого , ноющего характера .При объективном исследовании всех систем значительных отклонений от нормы обнаружено не было .

30 декабря состояние больной резко ухудшилось , боли в животе достигли значительной силы , появилась клиника "острого живота". Больная была проконсультирована хирургом , после чего подозрение на "острый живот" было снято . Рекомендована консультация гинеколога для исключения гинекологической патологии .

**ПРОГНОЗ.**

При условии правильного лечения прогноз можно считать благоприятным .

**РЕКОМЕНДАЦИИ.**

По возможности необходимо избегать стресовых ситуаций, провести санацию очагов хронической инфекции в организме . Нужно соблюдать гипоаллергенную диету , исключить из рациона сенсибилизирующие продукты . Вне обострения заболевания показано санаторно-курортное бальнеологическое лечение (сероводородные , родоновые ванны) .

**ЛИТЕРАТУРА.**

1.Скрипкин Ю.К. "Кожные и венерические болезни".

Москва , "Медицина" , 1980 год

2.Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И., Ильин И.И.

"Кожные и венерические болезни".

Москва , "Медицина" , 1985 год

3.Розыева А.А. "Клинико-морфологические особенности красного плоского лишая и новые методы лечения".

Москва , 1981 год

4.Базыка Д.А. "Динамика клинико-морфологической картины различных форм красного плоского лишая в процессе комплексной терапии больных".

Москва , 1983 год

**ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА.**

На основании жалоб больной ( на высыпания по всему телу , сильный зуд и шелушение) , истории развития заболевания (появилось после перенесенного стресса , началось с появления красных пятен и зуда , затем пятна эволюционировали в папулы , а зуд усилился) , анамнеза (ранее наблюдались аллергические реакции на некоторые пищевые продукты , проявлявшиеся волдырными высыпаниями на коже) и объективного обследования (найдены характерные морфологические элементы в виде папул полигональной формы красно-фиолетового цвета с незначительным шелушением и сеткой Уикхема на поверхности , с пупкообразным вдавлением в центре и отрутствием 3 псориатических феноменов) можно предположить диагноз

**красный плоский лишай.**

Для подтверждения данного диагноза необходимо исключить сходные заболевания .

**ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.**

Процесс носит распространенный характер , поражена кожа спины , груди , подмышечных впадин , складки под молочными железами , сгибательные поверхности конечностей . Наибольшее количество элементов присутствует в складках под молочными железами и на спине . Расположение очагов симметричное . Наиболее типичные очаги представлены папулами , еоторые имеют полигональную форму , размеры до 1х1 см , поверхность папул гладкая ,блестящая ,красноато-фиолетового цвета . На поверхности папул имеется незначительное шелушение , границы очагов четкие . В центре папул имеется пупкообразное вдавление , элементы сыпи склонны к слиянию . При смачивании папул водой на их поверхности определяется симптом "сетки Уикхема".

В подмышечных впадинах на месте регрессировавших папул имееются очаги гиперпигментации .

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ И ПАТОГЕНЕЗ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ .**

Этиология и патогенез данного заболевания не могут считаться окончательно установленными . Авторы , высказывающиеся за инфекционную природу дерматоза , ссылаются на благоприятные результаты лечения антибиотиками , случаи семейного заболевания , а также обнаружение некоторыми исследователями внутриклеточных вирусных включений . Имеется также теория неврогенного генеза заболевания . Она подтверждается нередкими случаями возникновения заболевания после стрессовой ситуации , эффективностью у ряда больных гипноза или рефлекторно-сегментарной терапии, расположением сыпи в некоторых случаях по ходу нервов . В пользу этой теории говорят также наблюдаемые у многих больных функциональные нарушения деятельности нервной системы . Существует еще эндокринная теория возникновения болезни , при которой потологические изменения в коже объясняются гормональными сдвигами и обменными расстройствами в организме .Установлено также наследственное предрасположение к данной патологии , передающееся по аутосомно-доминантному типу наследования .

Общими принципами лечения являются назначение в остром периоде антибиотиков : тетрациклина , хлортетрациклина по 600.000-800.000 ЕД в сутки , олеандомицина по 1.000.000. ЕД в сутки до суммарной дозы 8.000.000-10.000.000 ЕД . Показаны седативные средства : бром , валериана , внутривенные вливания хлорида кальция , инъекции витамина В1 , прием внутрь никотиновой кислоты , которая значительно снижает ощущение зуда . Хороший эффект оказвыают гипнотерапия, электросон . В отдельных случаях эффективна косвенная УВЧ - терапия или диатермия . Рекомендуется назначение препаратов хинолинового ряда , лучше в сочетании с небольшими дозами кортикостероидов (15-20 мг преднизолона) .