**Ф.И.О.:**

**Возраст:** 54 года

**Место жительства:**

### **Профессия:**

**Дата курации:**

**Диагноз заболевания кожи:** Красный плоский лишай, типичная форма

**Сопутствующее заболевание:** Аллергический ринит

# ЖАЛОБЫ:

На день курации больная предъявила жалобы на кожные высыпания и незначительный зуд в их области.

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

Родилась в срок, росла и развивалась нормально. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Рахитом не болела. Семья проживала в отдельной квартире, центрального отопления. В школу пошла в возрасте 7 лет, учеба трудностей не вызывала. По окончании школы поступила в МИСИ, по окончании которого начала работать. В период трудовой деятельности с профессиональными вредностями не сталкивалась.

Со слов больной со стороны родителей наследственность не отягощена. У сына наблюдается аллергический ринит.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, гепатит А (1965 год), аппендицит и аппендэктомия по этому поводу (1978 год). В климактерический период были обильные маточные кровотечения (1998-99 гг.) остановленные хирургическим вмешательством; одновременно был поставлен диагноз эндометриоза.

Вредные привычки: курит по одной - две сигареты за 3-4 дня.

**Семейное положение*:*** замужем

**Аллергоанамнез:** весной в период цветения больная отмечает стереотипные проявления аллергического ринита по типу «сенной лихорадки»: насморк, слезотечение, зуд мягкого неба.

**Акушерско-гинекологический анамнез:**первая менструация в 13 лет, в дальнейшем менструации протекали без особенностей и нарушений цикла (29 дней). У больной было 10 беременностей; из них 2 закончились родами, по поводу остальных были произведены 8 абортов. Последняя менструация— в 1999 году. В настоящее время постменопауза.

# АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Со слов больной в 1988 году в ее жизни была стрессовая ситуация, после которой больная отметила незначительное количество высыпаний локализованных на сгибательных поверхностях рук и незначительный зуд в местах высыпаний. Больная, не консультируясь с врачом, воспользовалась мазью «Фторокорт», в результате все элементы и зуд исчезли, и наступил длительный период ремиссии. В апреле 2000 года больная опять испытала сильную стрессовую ситуацию на социально-бытовой почве. В результате после длительного периода ремиссии наступил рецидив заболевания: первый очаг сыпи появился на внутренней поверхности правого бедра, и сопровождался умеренным зудом. Со слов больной по прошествии нескольких дней вокруг первых элементов высыпания появилось еще несколько мелких очагов. Одновременно больная отмечает появление подобных высыпаний на руках, передней поверхности левой голени и в области крестца. Летом больная уезжала отдыхать в Белоруссию, где на фоне лечения беталоном и яблочным уксусом, а также активной инсоляции проявления заболевания регрессировали: зуд исчез, новые высыпания появлялись реже (локализация прежняя), на месте первых элементов остались гиперпигментированные пятна. В середине августа больная вернулась в Москву, где возобновился зуд и вновь стали появляться элементы сыпи на вышеперечисленных местах локализации. Больная обратилась в КВД по месту жительства, где после сбора анамнеза и осмотра ей был поставлен диагноз: «Красный плоский лишай» и она была направлена в клинику кожных и венерических болезней ММА им. Сеченова.

# ОБЩИЙ СТАТУС:

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Кожа вне очагов поражения:** видимо не изменена: тургор нормальный, цвет розоватый, эластичность хорошая, пото- и салоотделение не нарушены. Дермографизм белый. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы не пальпируются.

**Суставы и кости:** На момент осмотра жалоб нет. Изменений при осмотре не выявлено.

**Сердечно-сосудистая система:** На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов ССС, не предъявлялось. Пульс 64 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст.

**Дыхательная система:** На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов дыхания, не предъявлялось. Дыхание через нос свободное. Голос чистый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Кашля нет.

**Пищеварительная система:** На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов пищеварения, не предъявлялось.

Полость рта: запах обычный.

Язык: Красного цвета, на спинке желтый налет. Трещин, язв, отпечатков зубов не отмечается.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без особенностей, розового окраса.

Зубы на момент осмотра санированы.

Десны: розового окраса, гнойных выделений, афт, пигментаций нет.

Зев: слизистая розового цвета, отечности не наблюдается. Миндалины не увеличены, налета не наблюдается.

Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

# СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ:

На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов мочеотделения, не предъявлялось.

Боли в области поясницы и мочевого пузыря отсутствуют. Со слов больной дизурическими расстройствами не страдает.

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:**

На момент осмотра жалоб, указывающих на патологию органов эндокринной системы, не предъявлялось.

Щитовидная железа не пальпируется.

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные.

###### **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА**

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков не отмечалось. Больная правильно ориентирована в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способна сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке.

Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8-9 часов. Засыпает относительно быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее

В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

**STATUS LOCALIS:**

Поражения кожи носят хроническо - воспалительный характер. Высыпания скудные, представлены несколькими очагами папул.

Локализация: преимущественно на передней поверхности левой голени, на разгибательной поверхности предплечий, в области крестца и в области внутренней поверхности правого бедра. Высыпания асимметричны, представлены мономорфными папулезными элементами, которые в некоторых местах сливаются, образуя бляшки (внутренняя поверхность правого бедра). Папулы по своим размерам колеблются от миллиарных до лентикулярных размеров, полушаровидная форма, полигональные очертания, границы резко очерчены, цвет розовато-фиолетовый, поверхность блестящая, по консистенции плотноватые. В центре можно видеть мелкие пупкообразные вдавления.

Большинство элементов располагаются в местах наибольшего контакта и трения с одеждой – феномен Кебнера.

Видимые слизистые чистые, воспалительно не изменены.

Волосы и ногти без видимой патологии.

В местах высыпаний больная испытывет небольшой зуд.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

***Общий анализ крови:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** | **Норма** |
| Гемоглобин | 131,8 г/л | М 130 – 175 г/лЖ 120 – 160 г/л  |
| Эритроциты | 4,486 \* 1012/л | М 4 \* 1012  - 5,6 \* 1012/лЖ 3,4 \* 1012  - 5 \* 1012/л |
| Ретикулоциты |  | 0,2 – 1,2 ‰ |
| Тромбоциты | 313,2 \* 109 /л | 180 \* 109 – 320 \* 109 /л |
| Гематокрит | 38,42 % | М 40 – 54 %Ж 36 – 42 % |
| Лейкоциты | 5,23 \* 109/л | М 4,3 \* 109 – 11,3 \* 109/лЖ 3,2 \* 109 – 10,2 \* 109/л |
| Нейтрофилы: | 55,92% |  |
| Базофилы  | 1,06% | 0-1% |
| Эозинофилы  | 6,46% | 0,5-5% |
| Лимфоциты  | 30,04% | 19-37% |
| Моноциты  | 6,52% | 3-11% |
| СОЭ | 15 мм/ч | М 1-14 мм/час Ж 2-20 мм/час |

**Иммунологические показатели крови:**

Hbs – Ag – отр.

Антитела к ВИЧ не обнаружены

Реакция Вассермена с антигенами бледной трепонемы – отр.

**Биохимический анализ крови:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показаитель | Резуьтат | Ед. Измерения | Норма |
| TP | 7,4 |  | 6.0-8.0 |
| Альбумины | 4,2 |  | 3.5-5.0 |
| Глобулины | 89 |  | 70-100 |
| Креатинин | 0.9 |  | 0.7-1.4 |
| Bun | 12 |  | 10-20 |
| Uric | 5,4 |  | 2.5-7.0 |
| Общий билирубин | 1,3 |  | 0.2-1.0 |
| Прямой билирубин | 0,2 |  | 0.0-0.3 |
| Непрямой билирубин | 1,1 |  |  |
| Bun/crea ratio | 13,3 |  |  |

**Общий анализ мочи:**

кол-во 150мл

цвет светло-желтый

удельный вес 1005

прозрачность полная

реакция рH = 5

Белок нет

Сахар нет

Ацетон нет

Желчные пигменты отр.

Уробилин норма

Эпит. клетки немного

Лейкоциты ед в п/зр

Эритроциты ед в п/зр

Цилиндры гиалиновые нет

 зернистые нет

Почечный эпителий нет

Соли не много

Слизь не много

Бактерии не много

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА:**

**Основное заболевание**: Красный плоский лишай, типичная форма.

**Сопутствующие заболевания**: аллергический ринит.

Из анамнеза заболевания видно, что оба случая появления сыпи непосредственно связаны с сильной стрессовой ситуацией, переживаемой больной. Данное обстоятельство позволяет думать о нервной теории генеза заболевания у данной пациентки, что как правило, является наиболее частой причиной возникновения красного плоского лишая.

Также типичными для данного заболевания являются локализации очагов поражения, а именно: на разгибательной поверхности предплечий, в области крестца, на передней поверхности левой голени и в области внутренней поверхности правого бедра. Характер данных высыпаний также свидетельствует о заболевании больной красным плоским лишаем (высыпания асимметричны, представлены мономорфными, папуллезными элементами, которые в некоторых местах сливаются, образуя бляшки. Диаметр папул составляет 3-5 мм, форма полигональная, границы резко очерчены, цвет розовато-фиолетовый, поверхность блестящая, консистенция плотноватая).

Положительный феномен Кебнера, повышенное число эозинофилов в анализе крови свидетельствует о предрасположенности данной пациентки к аллергическим заболеваниям, что также является благоприятным фактором для возникновения красного плоского лишая.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить только с псориазом и сифилитическими папулами (т. к. отсутствуют высыпания на слизистой оболочке рта) Дифференцировать красный плоский лищай с псориазом помогают характерный цвет высыпаний, их полигонльная форма, отутствие псориатической триады. Дифференциальный диагноз с сифилисом проводят на основании формы и цвета папул, а также на основании реакции Вассермана.

# ЛЕЧЕНИЕ:

# Соблюдение режима, исключающего нервно-эмоциональное перенапряжение.

# Диета: ограничение продуктов, способных вызвать неспецифическую сенсибилизацию (шоколад, малина, куриное мясо и др.).

# Общемедикаментозная терапия:

# анксиолитические средства (клоназепам, буспирон);

# блокаторов Н1-рецепторов (тавегил).

# Физиотерапия:

# ПУВА-терапия;

# электросон.

# Местное лечение:

# «Фторокорт»

# ПРОГНОЗ:

В целом благоприятный. При правильно подобранной терапии и в случае отсутствия в дальнейшем стрессовых ситуаций можно добиться стойкой ремиссии.

# ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ:

Следут избегать психо-эмоциональных перегрузок, стрессовых ситуаций.

**РЕЦЕПТЫ:**

Rp.: Clonazepami 0,5

 D. t. d. N 20 in tabulettis

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

Rp.: Tabulettas “Tavegil” 0,1

 D. t. d. N 20

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

Rp.: Unguentum “Ftorocort” 15,0

 D. S.: наносить на поврежденные участки.