ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

# Фамилия, имя, отчество

# Возраст 30 лет.

Профессия: строитель отделочник.

Место жительства:

Дата поступления в стационар 14.11.2000

Клинический диагноз:

1. основное заболевание: Обыкновенный псориаз (Psoriasis vulgaris)
2. осложнения основного заболевания

сопутствующие заболевания: Варикозное расширение вен на левой голени, гастрит.

Жалобы на день курации.

На момент курации жалуется на обильные равномерные высыпания на туловище и конечностях с тенденцией к слиянию на разгибательных поверхностях последних; беспокоит также небольшой зуд в местах локализации высыпаний.

Anamnesis vitae.

Родился в 1970 в пос. московской области в семье трудящихся. Рос и развивался гармонично, от сверстников не отставал, однако относительно часто болел простудными заболеваниями (примерно по 2 раза в год, преимущественно зимой).

В 1989 году женился. Имеет дочь 11 лет.

После школы служил в армии в строительном батальоне, где был занят преимущественно на отделочных работах, контактировал со шпатлевками, красками. Тогда же имел место дебют заболевания.

После армии устроился работать строителем-отделочником. На работе имеет место стрессовый фактор.

Наследственный анамнез: мать и отец живы, заболеваниями кожи не страдают. Двоюродная сестра и двоюродный брат отца страдают псориазом.

Аллергологический анамнез: аллергия на пищевые продукты не отмечалась.

Вредные привычки: употребление алкоголя (примерно раз в 2 недели употребляет 250 г водки.)

Anamnesis morbi.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Считает себя больным с осени 1990 года (служил в это время в армии). Тогда на месте царапины появились высыпания, зуд, шелушение, мокнутия не отмечалось. Высыпания имели тенденцию к распространению. Локализовались в области разгибательной поверхности локтей, коленей, на волосистой части головы. | В 1991 осенью по возвращении из армии обратился в КВД, по направлению которого был госпитализирован в кожно-венерологическое отделение районной больницы. Высыпания преимущественно локализовались на разгибательной поверхности локтей, коленей, кистей. | В 1992 и 1993 зимой наблюдалась подобная симптоматика, которая редуцировалась летом. | | В 1994, 1995 и 1996 схожая симптоматика имела место летом и не проявлялась зимой. | | | В 1997 зимой госпитализировался в МОНИКИ с жалобами на зуд и высыпания на животе, волосистой части головы, на верхних и нижних конечностях, особенно на их разгибательных поверхностях | | В 1998 со слов больного осенью самостоятельно повторил то же лечение и процесс не получил развития. | В 1999 в начале зимы процесс снова развился, причем к высыпаниям на животе, волосистой части головы и конечностях присоединились высыпания на спине. | В 2000 весной и летом течение процесса далее ухудшилось, в связи с чем обратился в нашу клинику. | |
|  | Проводилось лечение, включавшее кварц, салициловую мазь, витаминотерапию. На фоне проведенного лечения процесс удалось стабилизировать и уменьшить его проявления, однако полностью ликвидировать высыпания не удалось.  Больной отмечает, что высыпания проходили летом, особенно после инсоляции. |  |  |  |  |  | | Было проведено лечение с использованием внутривенных вливаний гемодеза и гепарина, тиосульфата натрия, эссенциале. Применялась мазь дипросалик. |  |  | | Здесь ему назначена ПУВА - терапия. | |

Status praesens.

**Общий осмотр.**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, телосложение нормостеническое, походка не изменена ; кожные покровы вне очагов поражения розовые, умеренно сухие, пото и салоотделение в норме. Форма ногтевых пластинок без патологических изменений. Эластичность и тургор кожи соответствуют возрасту и полу.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Толщина подкожно-жировой клетчатки на реберной дуге 1,0см, на плече 0,5см. Отёков нет.

Лимфоузлы не видны; пальпируются подчелюстные лимфатические узлы (размером 5 – 7 мм, мягкой консистенции, не спаяны с окружающими тканями), пальпация в их проекциях безболезненна. Мышечная система развита умеренно. Костно-суставная система без патологических изменений, кости и суставы обычной конфигурации, суставы безболезненны при пальпации, активные и пассивные движения в суставах безболезненны, в полном объеме.

**Исследование органов дыхания.**

Жалоб нет. Дыхание через нос свободное.

Осмотр: форма грудной клетки цилиндрическая; обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Пальпация: грудная клетка не ригидна, болезненность межрёберных промежутков отсутствует на всём протяжении, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания; голосовое дрожание ослаблено во всех областях, одинаковое в симметричных областях.

Перкуссия: сравнительная: перкуторный звук имеет одинаковую силу и характер в симметричных отделах, не ослаблен, нижние границы лёгких в норме. Подвижность нижнего края лёгких по l. axillaris posterior 5(см)

Аускультация: дыхание везикулярное во всех отделах, бронхофония одинаковая над симметричными отделами грудной клетки.

**Исследование органов сердечно-сосудистой системы.**

Жалоб не предъявляет.

Осмотр: верхушечный толчок виден в V-м межреберье на 1 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra; сердечного горба, сердечного толчка, пульсации в эпигастрии нет.

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в V-м межреберье на 1 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra, не расширен, не высокий, не резистентный; сердечного горба, сердечного толчка, пульсации в эпигастрии нет; пульс 70 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, симметричен на обеих лучевых артериях; АД 120/75 мм рт. ст.

Перкуссия: границы сердечной тупости в норме, сосудистый пучок не расширен.

Аускультация:

|  |  |
| --- | --- |
| I-я точка | 1-й тон громче 2-го |
| II-я точка | 2-й тон громче 1-го |
| III-я точка | 2-й тон громче 1-го |
| IV-я точка | 1-й тон громче 2-го |
| V-я точка | Шум на аорте не выслушивается |

Тоны сердца нормальной звучности.

**Органы пищеварения**

Жалоб нет. Аппетит хороший, стул 1 раз в день, оформленный.

Осмотр полости рта: цвет губ , щек, десен, твердого и мягкого неба розовый. Зубная формула:

8 7 *6* 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 *6* 7 8

*Условные обозначения:* 6 – кариозный зуб, 6 – удаленный зуб, *6* – пломбированный зуб, **6** – протезированный зуб.

Язык влажный, обложен беловатым налетом, нормальных размеров. При осмотре зева состояние небных дужек удовлетворительное, миндалины не увеличены в размерах, розового цвета, без налета и гнойных пробок.

Осмотр живота: округлой формы, симметричен, участвует в дыхании... Расхождения прямых мышц живота не наблюдается.

Перкуссия живота: определяется тимпанит различной степени выраженности.

Пальпация живота: живот мягкий, безболезненный, грыжевых выпячиваний не обнаруживается, диастаз прямых мышц отсутствует; при глубокой скользящей пальпации патологических изменений не выявлено.

Аускультация живота: выслушиваются перистальтические шумы. Шум плеска в желудке отсутствует

Границы печени в норме, пальпация безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется, область желчного пузыря безболезненна. Симптомы Василенко, Грекова-Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Захарьина отрицательные. Поджелудочная железа: при пальпации безболезненна. Симптомы Керте, Мейо-Робсона отрицательные. Селезёнка имеет размер 8 см в длину, не пальпируется.

**Исследование органов системы мочевыделения.**

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не обнаруживается. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Эндокринная система.**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля отрицательны.

**Нервно-психическая сфера.**

Жалоб нет. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и в собственной личности. Контактен. Внимание не ослаблено. Поведение адекватное.

Нарушений со стороны болевой, температурной, тактильной чувчтвительности, двигательной сферы, изменения зрения, слуха, обоняния, зрачковых рефлексов, появления рефлексов Бабинского, Россолимо, Гордона, симптомов раздражения мозговых оболочек, скрытой тетании (симптомов Хвостека, Труссо), - не выявляется.

1. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНОГО

|  |  |
| --- | --- |
| План | Образец |
| 1. **Характер поражения кожи** | Поражение кожи хронического воспалительного характера |
| 1. **Количество сыпи** | Сыпь обильная |
| 1. **Локализация** (преимущественная, менее пораженные участки, свободные от сыпи места). | Локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей (а именно на локтях и коленях – там имеют место бляшки), равномерные высыпания в виде папул на коже туловища, бедер (преимущественно спереди), голеней (и спереди, и сзади) свободны от высыпаний ладони и подошвы незначительно поражена кожа головы. |
| 1. **Симметричность (асимметричность) сыпи** | Сыпь симметрична |
| 1. **Мономорфичность сыпи** | Мономорфна |
| 1. **Элементы сыпи** (первичные, вторичные) | Представлена папулами и бляшками, покрытыми серебристо-белыми чешуйками |
| **Размер** (от, до, преимущественный) | Величина папул от горошины до 2-рублевой монеты (преобладают папулы величиной с чечевицу). Величина бляшек преимущественно с ладонь взрослого. |
| **Форма** | Папулы и бляшки имеют плоскую форму. |
| **Очертания** | Округлые и неправильные очертания |
| **Границы** | Резко ограничены от окружающей здоровой кожи. |
| **Цвет** | Цвет папул и бляшек красно-розовый. |
| **Поверхность** | Поверхность шероховатая, покрыта обильными наслоениями среднепластинчатых, рыхлых, серебристо-белых, легко отпадающих чешуек. |
| **Консистенция** | Высыпания имеют плотноватую консистенцию |
| 1. **Взаимное расположение элементов** | Высыпания располагаются довольно равномерно, склонны к слиянию. |
| 1. **Диагностические феномены** | При поскабливании папул и бляшек выявляются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения. |
| 1. **Слизистые оболочки** | Слизистые оболочки без значимых изменений |
| 1. **Волосы** | Волосы без значимых изменений, в волосах отмечаются кожные чешуйки (перхоть). |
| 1. **Ногти** | Ногтевые пластинки рук и ног без значимых изменений . |
| 1. **Субъективные ощущения** | Субъективно: небольшой зуд в местах высыпаний. |

Лабораторные исследования

**Общий анализ крови** (от 15.11.2000)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Величина | Единицы измерения |
| Лейкоциты | 7,38 | 103/мм3 |
| Эритроциты | 4,973 | 106/мм3 |
| Hb | 151,8 | г/л |
| Ht | 45,97 | % |
| MCV | 92,40 | мкм3 |
| MCH | 30,53 | пг |
| MCHC | 33,02 | г/дл |
| Тромбоциты | 363,4 | 103/мм3 |
| Цветной показатель | 0,91 |  |
| СОЭ | 5 | мм/ч |

**Лейкоцитарная формула**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лейкоциты (4 – 9 \*103/мм3) | Миелоциты (-) | Юные (-) | Нейтрофилы | Эозинофилы (2-4%) | Базофилы (0,25-1%) | Лимфоциты (23-40%) | Моноциты (4-8%) |
| 7,38 | - | - | 59,98 | 2,01 | 0,55 | 27,76 | 9,74(Н) |

**Биохимический анализ крови** (от 15.11.2000)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Общ белок | 8,0 | г/дл | 6,0-8,0 |
| Альбумин | 4,9 | г/дл | 3,5-5,0 |
| АЛТ | 20 | ед/л | 0-40 |
| АСТ | 31 | ед/л | 0-40 |
| Глюкоза | 95 | мг/дл | 80-120 |
| Общ биллирубин | 1,1(Н) | мг/дл | 0,2-1,0 |
| Прямой биллирубин | 0,1 | мг/дл | 0,0-0,3 |
| Непрямой билирубин | 1,0 | мг/дл | 0,2-1,0 |

**Результаты исследования серологических реакций:**

|  |  |
| --- | --- |
| Гепатит В (HBs-АТ) | - |
| Гепатит С (анти НС-АТ) | - |
| Сифилис (анти ТР-АТ) | - |
| ВИЧ | - |

**Общий анализ мочи** (от 15.11.2000)

|  |  |
| --- | --- |
| Кол-во | 140 |
| Цвет | Соломенный |
| РН | 5,0 |
| Удельный вес | 1026 |
| Прозрачность | Неполн. |
| Белок | - |
| Сахар | **-** |
| Ацетон | **-** |
| Желчные пигменты | **-** |
| Уробилин | N |
| Эпителиальные клетки полиморфные | Немного |
| Лейкоциты | Единичные в поле зрения |
| Эритроциты | Единичные в поле зрения |
| Цилиндры гиалиновые | До 15 |
| Соли | немного |
| Слизь | много |
| Бактерии | много |

Диагноз и его обоснование

У данного больного имеет место обыкновенный псориаз (psoriasis vulgaris). Диагноз был поставлен в связи с наличием у больного папулезных высыпаний, свойственных обыкновенному псориазу по цвету, форме, и по наличию характерных симптомов (феномен Кебнера, феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, а т.ж. феномен точечных кровотечений на месте поскабливания). Дополнительными данными в пользу этого диагноза являются сведения о длительном хроническом, с сезонной периодичностью, течении, а т.ж. данные о наследственной предрасположенности (псориазом страдают родственники).

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Вульгарный псориаз | Красный плоский лишай | Вторичный период сифилиса |
| течение | Хроническое, рецидивирующее, имеет сезонную зависимость | Возникает остро, течение хроническое | Хроническое, перед появлением признаков вторичного периода сифилиса имеют место продромальный период, сопровождающийся общим недомоганием |
| RW | - | - | Резко положительны |
| Зуд | +/- | ++ | -/+ |
| Полиморфизм высыпаний | Мономорфные | Мономорфные | Полиморфные |
| Элементы | Папулы, бляшки, имеют тенденцию к периферическому росту | Папулы с западением в центре | Сосудистые пятна (розеолы), папулы, пустулы, сифилитическая лейкодерма. Нет тенденции к распространению процесса. |
| Очертания папул | Округлые | Полигональные | Округлые |
| Поверхность папул | Шероховатая | Блестящая | Блестящая и гладкая  При локализации |
| Цвет | Розовый | Фиолетово-красный | Медно-красный, застойный или буроватый |
| Шелушение | Сильновыраженное | Слабовыраженное | Характерное, по типу «воротничка» Биетта |
| Локализация | Чаще (но может на любом участке кожи) разгибательных поверхностях конечностей, на волосистой части головы | На сгибательных поверхностях конечностей  Часто локализуется на слизистых | Обильные беспорядочные высыпания. |
| Сетка Уикхема | - | + | - |
| Феномен Кебнера | + | + | - |
| Феномен стеаринового пятна | + | - | - |
| Феномен терминальной пленки | + | - | - |
| Феномен точечных кровотечений на месте поскабливания | + | - | - |

Лечение

В качестве лечения имеет смысл применить детоксикационную терапию в виде плазмофереза.

Наружно применять мазь псоркутан (активное вещество витамин D3  вызывает дозозависимое торможение пролиферации кератиноцитов, ускоряет их морфологическую дифференцировку; механизм действия связан с влиянием на кальциевый обмен и с коррекцией иммунных процессов в коже).

Кроме того мы назначим больному ПУВА терапию, которую следует проводить на фоне приема фотосенсибилизатора – 5-,8-метоксипсоралена. Механизм действия основан на том, что при УФ облучении усиливается выработка эндогенного кальциферола, который действует так же, как описано выше.

Больному следует избегать злоупотребления алкоголем, рекомендуется гипоаллергенная диета. Избегать стрессовых воздействий.

ПРОГНОЗ для жизни благоприятный, для полного выздоровления – сомнительный.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ: избегать контактов с химическими агентами, например, лаками, красками, могущими вызвать аллергию (рациональное трудоустройство). Придерживаться гипоаллергенной диеты, избегать стрессовых воздействий и злоупотребления алкоголем.