**Саратовский Государственный Медицинский Университет**

**Кафедра кожных и венерических заболеваний**

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф. Слесаренко Н.А.

Руководитель группы: ассистент Игонина И.А.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Основной диагноз:** Псориаз диссеминированный, папулезно-бляшечный, с поражением волосистой части головы и ногтевых пластинок, фаза прогрессирования, средней степени тяжести.

**Куратор:** Посохова Нина Викторовна

студентка педиатрического факультета

IV курса 1 группы.

**Сроки курации**: 13.02.2009 года

**I Паспортная часть**

**Ф.И.О.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст**: 50 лет

**Место жительства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Профессия:** водитель

**Дата курации:** 13.02.09г.

**Диагноз основной:** Псориаз диссеминированный, папулезно-бляшечный, с поражением волосистой части головы и ногтевых пластинок, фаза прогрессирования, средней степени тяжести.

**Сопутствующие заболевания и их осложнения**: нет.

**II Жалобы**

На высыпания в области лица, волосистой части головы, а также на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, умеренный зуд.

**Ш Анамнез заболевания**

Считает себя больным с 1995 года, когда летом впервые отметил высыпания на коже лица и волосистой части головы, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания пациент ни с чем не связывает. Обращался в поликлинику к дерматологу, где ему был поставлен диагноз "псориаз", лечился амбулаторно мазью «Белосалик» и 1-2% салициловой мазью с эффектом. В сентябре 2000 года появились высыпания на лице, волосистой части головы, груди и спине, для лечения которых использовал те же самые мази, которые на этот раз не дали положительного эффекта, в связи с чем больной обратился в клинику кожных и венерических заболеваний. Были назначены инъекции, витамины, УФВ, ПУВА-терапия и мазь «Планолип» с положительным эффектом. Ежегодно в летне-зимний период бывают обострения, которые начинаются с папулезных высыпаний на волосистой части головы, затем процесс переходит на разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов и на туловище, где вследствие разрастания и слияния папул образуются бляшки. Папулы и бляшки покрываются белесоватыми чешуйками. Высыпания сопровождаются небольшим зудом, иногда - чувством стягивания кожи. Последнее обострение началось в январе 2009 года, когда появились высыпания в области лица, волосистой части головы, а также на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом по поводу чего 26.02.09 был госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней.

**IV Анамнез жизни**

Наследственность: туберкулез, венерические, психические, системные, злокачественные заболевания родственников отрицает;

Перенесенные заболевания: ОРВИ два раза в год; в детстве часто болел простудными заболеваниями, перенес детские инфекции (какие – не помнит), операций и травм не было;

Сопутствующие заболевания: нет;

Непереносимость лекарств: нет;

Семейный анамнез: женат, имеет одного ребенка.

Вредные привычки: курит с 11 лет сигареты «Петр I легкие» по одной пачке в день, не злоупотребляет спиртными напитками;

Условия труда и быта: проживает в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Работает водителем, работа связана с холодом, частыми стрессовыми ситуациями.

Длительность больничного листа за последние 12 месяцев: больничный не брал.

**V Настоящее состояние**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Кожа вне очагов поражения розовая, эластичная, тургор мягких тканей сохранен, умеренной влажности, кожный рисунок не усилен, чувствительность не нарушена. Тип оволосения мужской, волосы редкие, светлые, мягкие. Ногти желтоватой окраски, утолщенные, поперечно исчерченные, с точечными вдавлениями. Видимых опухолей нет, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные, миндалины не увеличены.

**Органы дыхания***:* дыхание свободное, через нос, ощущения сухости в носу нет. Грудная клетка конической формы, без деформаций. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 20 в минуту, тип дыхания преимущественно брюшной. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится одинаково. При аускультации над всеми полями легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов и крепитации нет;

**Органы кровообращения**: при аускультации - тоны ясные, ритмичные, АД – 120/80 мм. рт. ст., пульс синхронный, ритмичный, умеренного напряжения, полный, с частотой 68 ударов в минуту;

**Органы пищеварения**: язык влажный, обложен белым налетом. Акты жевания, глотания, прохождения пищи по пищеварительному тракту не нарушены. Стул не изменен;

**Мочеполовая система**: болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена. Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**VI Описание очага поражения**

Характер поражения диссеминированный. Сыпь обильная, локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, лице, волосистой части головы. Сыпь симметрична, мономорфна, представлена первичным морфологическим элементом – папулой, также имеются бляшки, покрытые чешуйками. Преобладают лентикулярные папулы в диаметре до 6мм, размер бляшек до 7см. Папулы и бляшки имеют плоскую форму, округлые и неправильные очертания, по краям ободок гиперемии, возвышаются над уровнем кожи, резко отграничены от окружающей здоровой кожи. Цвет папул и бляшек на лице розоватый, на конечностях - ярко-красный. Поверхность шероховатая, покрыта обильными наслоениями серебристо-белых, рыхлых, легко отпадающих чешуек. Кожный рисунок усилен. Высыпания имеют плотноватую консистенцию, располагаются довольно равномерно, склонны к слиянию. При поскабливании папул и бляшек выявляются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и кровяной росы. Тактильная, болевая и температурная чувствительность в патологических очагах сохранена.

Слизистые оболочки и волосы не поражены.

Ногтевые пластинки рук и ног утолщенные, желтоватого цвета, с поперечной исчерченностью, имеют многочисленные точечные углубления, напоминающие поверхность наперстка.

Субъективно: умеренный зуд, не зависящий от времени суток.

**VII Предварительный диагноз**

Диагноз: псориаз диссеминированный, папулезно-бляшечный, с поражением волосистой части головы и ногтевых пластинок, фаза прогрессирования, средней степени тяжести поставлен на основании:

1) жалоб больного на высыпания в области лица, волосистой части головы, а также на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, умеренный зуд;

2) данных анамнеза заболевания: считает себя больным с 1995 года, когда летом впервые отметил высыпания на коже лица и волосистой части головы, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания пациент ни с чем не связывает. Ежегодно в летне-зимний период бывают обострения, которые начинаются с папулезных высыпаний на волосистой части головы, затем процесс переходит на разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов и на туловище, где вследствие разрастания и слияния папул образуются бляшки. Папулы и бляшки покрываются белесоватыми чешуйками. Высыпания сопровождаются небольшим зудом, иногда - чувством стягивания кожи. Последнее обострение началось в январе 2009 года, когда появились высыпания в области лица, волосистой части головы, а также на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом по поводу чего 26.02.09 был госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней;

3) данных локального статуса: локализация сыпи преимущественно на разгибательных поверхностях конечностях, лице, волосистой части головы, симметричность сыпи, мономорфность сыпи, элементами сыпи являются плоские папулы, склонные к слиянию в крупные бляшки розово-красного цвета, поверхность которых покрыта обильными наслоениями рыхлых, серебристо-белых, легко отпадающих чешуек;

на основе наличия диагностические феноменов (псориатической триады):

- феномен стеаринового пятна;

- феномен терминальной пленки;

- феномен точечного кровотечения;

- ногтевые пластинки рук и ног напоминают поверхность наперстка;

- умеренный зуд, не зависящий от времени суток.

**VIII Лабораторные методы обследования**

1. Общий анализ крови от 27.01.09г.

Гемоглобин - 140 г/л

Лейкоциты - 4,1 Г/л

Эозинофилы - 1%

Палочкоядерные - 2%

Сегментоядерные - 68%

Лимфоциты - 22%

Моноциты - 5%

СОЭ - 4 мм/час

Заключение: показатели общего анализа крови находятся в пределах нормы.

2. Исследование крови на RW от 27.01.09г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 27.01.09г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1016

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 2-4 в поле зрения

Лейкоциты - единичные в поле зрения

Слизь ++

Бактерии +

Заключение: показатели общего анализа мочи находятся в пределах нормы.

**IX Дифференциальный диагноз**

Псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, розовым лишаем, вторичным сифилисом, поскольку данные заболевания имеют сходную клиническую картину.

1) Псориаз и красный плоский лишай имеют следующие общие признаки:

- первичным морфологическим элементом является папула;

- наличие шелушения;

- распространенность поражения.

Вместе с тем у больного обнаружены нехарактерные для красного плоского лишая признаки, а именно:

- тенденция к периферическому росту папул и их слиянию с образованием крупных бляшек;

- преимущественная локализация не на сгибательных, а на разгибательных поверхностях крупных суставов;

- папулы имеют округлые очертания;

- патогномоничная для псориаза триада феноменов: "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния".

К тому же у больного отсутствуют такие характерные для красного плоского лишая признаки, как:

- интенсивный зуд;

- полигональная форма папул;

- пупкообразное вдавление в центре папул;

- фиолетово-красный цвет папул;

- поражение слизистых оболочек.

2. Общим признаком для псориаза и вторичного сифилиса (папулезного сифилида) является папулезный характер сыпи. Однако у больного имеются следующие признаки, нехарактерные для сифилиса:

- тенденция к периферическому росту папул и их слиянию с образованием крупных бляшек;

- поверхностное расположение папул;

- выраженное шелушение;

- псориатическая триада феноменов.

Кроме того, у больного отсутствуют следующие признаки сифилиса:

- темно-красный цвет папул;

- увеличение периферических лимфатических узлов;

- положительные серологические реакции (RW).

3. С розовым лишаем псориаз следует дифференцировать в начальной стадии заболевания, когда псориатические элементы имеют вид пятен без заметного инфильтрата. У больного же дифференциальная диагностика не представляет затруднений, поскольку элементы представлены папулами и бляшками, а не пятнами, как при розовом лишае. К тому же розовый лишай характеризуется сравнительно быстрым регрессом высыпаний. Кроме того, у больного имеются нехарактерные для розового лишая высыпания на волосистой части головы, а также псориатическая триада феноменов.

**X Окончательный диагноз**

Диагноз: псориаз диссеминированный, папулезно-бляшечный, с поражением волосистой части головы и ногтевых пластинок, фаза прогрессирования, средней степени тяжести поставлен на основании:

1) жалоб больного на высыпания в области лица, волосистой части головы, а также на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, умеренный зуд;

2) данных анамнеза заболевания: считает себя больным с 1995 года, когда летом впервые отметил высыпания на коже лица и волосистой части головы, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания пациент ни с чем не связывает. Ежегодно в летне-зимний период бывают обострения, которые начинаются с папулезных высыпаний на волосистой части головы, затем процесс переходит на разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов и на туловище, где вследствие разрастания и слияния папул образуются бляшки. Папулы и бляшки покрываются белесоватыми чешуйками. Высыпания сопровождаются небольшим зудом, иногда - чувством стягивания кожи. Последнее обострение началось в январе 2009 года, когда появились высыпания в области лица, волосистой части головы, а также на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом по поводу чего 26.02.09 был госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней;

3) данных локального статуса: локализация сыпи преимущественно на разгибательных поверхностях конечностях, лице, волосистой части головы, симметричность сыпи, мономорфность сыпи, элементами сыпи являются плоские папулы, склонные к слиянию в крупные бляшки розово-красного цвета, поверхность которых покрыта обильными наслоениями рыхлых, серебристо-белых, легко отпадающих чешуек;

на основе наличия диагностические феноменов (псориатической триады):

- феномен стеаринового пятна;

- феномен терминальной пленки;

- феномен точечного кровотечения;

- ногтевые пластинки рук и ног напоминают поверхность наперстка;

- умеренный зуд, не зависящий от времени суток.

**XI План лечебных мероприятий и режима питания**

1. Соблюдение режима:

- продолжительность сна не менее 9-10 часов в сутки,

- активный двигательный режим,

- профилактика простудных заболеваний, охлаждений,

- проведение закаливающих процедур,

- щадящее мытье без мочалки и мыла (рекомендуется использование хлопчатобумажной марли и геля для душа),

- запрещается использование белья из синтетических, шерстяных и шелковых тканей, которые могут усиливать зуд и воспалительные явления,

1. Соблюдение диеты:

диета молочно-растительная с ограничением животных жиров, углеводов сахар, картофель, белый хлеб), рекомендуются продукты, богатые витаминами А, В, С, творог, растительное масло;

3) Общая терапия:

- препараты кальция (хлорид, глюконат), натрия тиосульфат;

Rp. Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml

D.t.d. N.5.

S. Внутривенно по 10 мл через день.

- антигистаминные средства первого поколения (тавегил) и второго поколения (зиртек, эриус);

- детоксикационные средства (гемодез), энтеросорбенты (активированный уголь, гепатопротекторы (эссенциале);

Rp. Haemodesi 400 ml

D.t.d. N. 5.

S.Внутривенно по 400 мл через день.

Rp. Essentiale N.50 in capsulis.

D.S.По 2 капсулы 3 раза в день.

-ароматические ретиноиды (неотигазон), цитостатические иммунодепрессанты (метотрексат);

4) Местная терапия:

- нестероидные противовоспалительные препараты (серно-салициловая мазь);

5) Физиотерапия:

- УФ облучение и ПУВА-терапия (для стимуляции восстановительных процессов, бактерицидного действия, рассасывания инфильтрации, обезболивания).

**XII Этиология и патогенез заболевания**

Причина возникновения псориаза остается до конца не выясненной. На различных этапах изучения предлагались разнообразные теории происхождения псориаза, включающие в себя инфекционную, нейроэндокринную, обменную, вирусную, однако ни одна из предложенных этиологических концепций не раскрывает в достаточно полной мере истинных причин проявления псориатических высыпаний на коже. В настоящее время данный дерматоз рассматривают как заболевание мультифакториальной природы с участием генетических, средовых иммунных факторов. Различают два типа псориаза: I и II типа. Псориаз I типа связан с системой HLA антигенов. Этим типом псориаза страдают 60-65% больных, причем заболевание начинается чаще в молодом возрасте 20-25 лет. Псориаз II типа не связан с системой HLA антигенов и возникает одинаково часто у мужчин и женщин в среднем и пожилом возрасте.

В реализации генотипических нарушений при псориазе немаловажную роль играют определенные разрешающие факторы: повышение транскрипционной активности ряда протоонкогенов, воздействие бактериальных антигенов, стресс, алкогольная и никотиновая сенсибилизация, прием некоторых медикаментов, ВИЧ-инфекция, травмы и чрезмерная инсоляция.

Иммунологическим нарушениям отведено одно из ведущих мест в развитии псориаза, что характеризует данный дерматоз как аутоиммунное заболевание, опосредованное Т-лимфоцитарной инфильтрацией эпидермиса. Формирование псориатических высыпаний – динамический процесс, который включает комплекс взаимодействия между Т-хелперами 1 типа и Т-супрессорами 1 типа, а также между Т-лимфоцитами и кератиноцитами. Дальнейшее развитие воспалительных иммунопатологических процессов в коже определяется постоянным возбуждением Т-лимфоцитов как в результате представления антигена/суперантигена антигенпредставляющими клетками, так и в результате аутореактивности. Данные изменения приводят к синтезу и секреции Т-клетками и кератиноцитами ряда цитокинов (факторов некроза опухоли-А, интерлейкинов 1,2,4,6,8, интерферонов). Исходом таких сдвигов являются гиперпролиферация кератиноцитов и нарушение кератинизации в эпидермисе.