**Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию**

**Алтайский Государственный Медицинский Университет**

**Кафедра дерматовенерологии**

**история болезни**

Преподаватель: Михельсон И.В.

Куратор: ст-ка 425гр. Серякова О.В.

Барнаул 2006год

**Паспортная часть**

Ф.И.О.:

Возраст: 19 лет

Место жительства:

Место работы: студент

Дата поступления: 22.05.2006г.

Клинический диагноз: Распространенный бляшечный псориаз.

**Жалобы**

На появление сыпи на лице и теле, зуд и шелушение в местах сыпи.

**Anamnesis morbi**

Больным себя считает 5 месяцев, когда после нервного перенапряжения появилась сыпь розового цвета на лице в виде шелушащихся бляшек различной формы и размеров, начался незначительный зуд. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился. Но бляшки постепенно увеличивались в размерах и количестве и распространились на все тело. В связи с этим месяц назад обратился в поликлинику по месту жительства, где было назначено лечение (мазь Элаком-С, мазь салициловая, таблетки Цетрин) которое не имело положительной динамики. Врачом поликлиники направлен на лечение в дерматовенерологический диспансер.

**Anamnesis vitae**

Родился в 1987году первым ребенком. Рос и развивался нормально. В физическом и умственном развитие от сверстников не отставал. Наличие хронических соматических заболеваний не отмечает. Туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина у себе отрицает. Отец перенес туберкулез легких (1993-1994г.). Дед по отцовской линии страдает псориазом. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузий не было. Проф.вредностей не отмечено. Курит на протяжении 5 лет по 10 сигарет в сутки.

**Status praesens communis**

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован. Положение в постели – активное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Носовое дыхание не затруднено, ровное, ритмичное, ЧД – 17 в мин. Грудная клетка при пальпации безболезненна, резистентная, равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно: везикулярное дыхание по всем точкам, хрипов нет.

При осмотре патологических пульсаций и выпячиваний в области сердца и крупных сосудов нет. Границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд\мин, Ps – 70 уд\мин, АД – 120\90мм.рт.ст. на обеих руках.

Аппетит удовлетворительный, диспепсические расстройства не выявлены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Стул не изменен, регулярный.

Припухлости, болезненности в области почек нет, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Диурез в норме.

**Специальный статус**

*Анатомо-физиологические особенности кожи*

Кожа – нормальная; пото- и салоотделение без патологических изменений. Пигментация кожи не нарушена (очагов депигментации или гиперпигментации не обнаружено). Сосудистая реакция на механические и психические раздражители – в пределах нормы. Мышечно-волосковый рефлекс выражен достаточно.

*Общее описание дерматоза*

Высыпания локализуются по лицу и всему телу, без четкого приоритета. Сыпь располагается не симметрично. Высыпания носят сливной характер. Элементы сыпи мономорфны.

*Детальное описание дерматоза*

Величина высыпаний 1-1.5см в диаметре, овальной формы, с четкими границами, розового цвета, по форме – плоско возвышающиеся, покрыты белыми пластинчатыми чешуйками. Периферический рост – неограниченный. После сыпи рубцов, участков депигментации не остается.

Вторичные морфологические элементы: шелушение элементов сыпи, с легко отделяемыми чешуйками, без образования корок.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб, данных анамнеза жизни и клинической картины можно предположить следующий диагноз: Распространенный бляшечный псориаз.

**Дифференциальный диагноз**

Псориаз необходимо дифференцировать: с красным плоским лишаем, парапсориазом и сифилисом.

Для красного плоского лишая характерны полигональные буровато-синюшного цвета папулы размером 0,2-1,0см. На поверхности папул заметен своеобразный сетчатый рисунок (неравномерное утолщение зернистого слоя эпидермиса). Клиническая картина красного плоского лишая не соответствует таковой у данного больного, таким образом, нет оснований для постановки данного диагноза.

При парапсориазе отсутствует наследственный фактор. Клинические проявления в виде множественных узелков или пятен розовато-бурого цвета с плотно сидящей в центре коричневато-сероватой чешуйкой, которая при снятии имеет вид облатки или геморрагические папулы с кровянистыми корочками и элементами некроза. Данные проявления также не соответствуют клинической картине больного, поэтому парапсориаз можно исключить.

Для исключения сифилиса необходимы серологические исследования – КСР, РИФ, РПГА и др. У больного проведены исследования и диагноз сифилиса не подтвержден.

**Окончательный диагноз**

Таким образом, после проведения более углубленного изучения, дополнительных методов исследования, а также на основании На основании жалоб, данных анамнеза жизни и клинической картины окончательный диагноз: Распространенный бляшковидный псориаз.

**Этиология и патогенез**

Не установлены. Имеются данные о вирусной природе заболевания.

Существует предположение о возникновении псориаза как инфекционно-аллергического заболевания, прослеживается связь развития псориаза с действием микробного фактора у одних больных, генетически обусловленной недостаточностью противоинфекционной защиты, нарушением систем регуляции обмена веществ - у других, что дает основание выделить микробно-средовой и микробно-генетический варианты этиологии и патогенеза. Известно также, что острому каплевидном псориазу, особенно у детей и подростков, часто предшествует развитие острой стрепто- или стафилококковой инфекции верхних дыхательных путей. Общепризнано, что псориаз представляет собой системный процесс, формирующийся у больных не только с иммунными нарушениями, но и выраженными функциоальными и морфологическими изменениями ряда органов и систем (нарушения функций центральной, периферической и вегетативной нервной системы, эндокринных желез, метаболические изменения).

**Лечение**

В данный момент больной получает 30% раствор тиосульфата натрия в/в (для десенсибилизации организма), наружное лечение – 1-2% салициловая мазь, мазь «Элаком-С» (противовоспалительное, противопсориатическое действие).

**Дневник**

22.05.06г.

Больной первый день в стационаре. Множественные пятна розового цвета покрытые белесоватыми чешуйками, с четкими границами на лице и по всему телу. Беспокоит зуд. Назначен план обследований.

23.05.06г.

Больному назначено лечение. Изменений в клинической картине и жалобах нет.

24.05.06г.

Продолжает лечение. Отмечает снижение зуда, некоторая стабилизация размеров и количества пятен. Отношение к заболеванию адекватно, отказываться от лечения не намерян.