**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Клинический диагноз:**

*Основное заболевания:* Распространенный экссудативный монетовидно-бляшечный псориаз, прогрессирующая стадия.

*Осложнения основного заболевания:* нет

*Сопутствующие заболевания*: Язва луковицы двенадцатипёрстной кишки.

**Паспортная часть (формальные данные)**

1. ФИО: Б.Ь.О.

2. Возраст: 45 года

3. Пол: мужской

4. Профессия: инженер технического надзора

5. Семейное положение: женат

6. Домашний адрес:

7. Номер телефона: 8-9\*\*-\*\*\*-\*\*-\*\*

8. Время поступления в больницу:

**Анамнестические данные**

***Жалобы на момент поступления:*** высыпания на груди, спине, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, волосистой части головы, которые сопровождаются сильным зудом.

***Жалобы на момент курации:*** высыпания по всему телу, сопровождающиеся сильным зудом.

**История развития настоящего заболевания   
(Anamnesis morbi)**

Заболевание началось в 2011 году в возрасте 38 лет, впервые высыпания появились в области груди. Высыпания сопровождались зудом, что послужило пациента обратиться за помощью к врачу дерматовенерологу в .......………... Врачом был поставлен диагноз псориаз. Лечился салициловой мазью, затем мазью Белосалик. Лечение дало положительную динамику, высыпания полностью разрешались. Спустя пол года высыпания стали появляться на волосистой части головы, задней поверхности шеи, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, на груди, ладонной и подошвенной поверхности рук и ног. Обострение заболевания 1-2 раза в год. В 2018 г обострение проявилось в конце сентября, появились новые высыпания, имеющиеся бляшки стали увеличиваться в размерах. Обострение заболевания связывает со стрессом. Из ..........….....…... направили в АККВД для лечения.

**История жизни больного  
( Anamnesis vitae)**

Родился ……….. в Северодвинске в полной семье, единственным по счёту ребёнком. От сверстников в развитии не отличался, в умственном и физическом развитии соответствовал возрасту. В школу пошел в возрасте 7 лет. Закончил 11 классов. Получил высшее образование в ………..……..

*Трудовой анамнез*: Работает инженером технического надзора.

*Бытовой анамнез:* Жилищные условия со всеми удобствами, материально обеспечен. Проживает с женой и двумя детьми.

*Перенесенные заболевания:* детские инфекции, гепатит А, острые кишечные инфекции отрицает; гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. ОРВИ и простудными заболеваниями болеет 1-2 раза в год.

*Эпидемиологический анамнез:* Контакты с инфекционными больными за последний месяц отрицает.

*Хронические заболевания:* Язва луковицы двенадцатипёрстной кишки

*Наследственный анамнез: Н*е отягощён.

*Аллергологический анамнез:* Отрицает.

*Вредные привычки*: Курение с 18 лет, употребление крепких спиртных напитков 1-2 раза в неделю (периодически).

*Перенесенные операции:* Остеосинтез большеберцовой кости левой ноги, ампутация 4 и 5 пальца, дистальные фаланги 3-го пальца правой руки.

*Физические травмы:* Производственная травма в 2001 году, в результате которой ампутировали 4 и 5 пальцы и дистального фаланга 3 пальца правой руки, закрытый перелом большеберцовой кости правой ноги в 14 лет (1987 г.), открытый перелом большеберцовой кости со смещением, левой ноги в 2001 году (38 лет).

**Настоящее состояние больного  
(Status praesens)**

**Общий осмотр.**

Общее состояние: удовлетворительное.

Положение: активное

Состояние сознания: ясное

Настроение: бодрое

Телосложение – нормостеническое.

Рост- 170 см.

Вес- 71 кг.

ИМТ= 24,5

Температура тела - 36,8

Степень развития подкожно - жировой клетчатки – умеренное. Отеков нет.

Мышечная система: мышцы, без признаков местной или общей атрофии. Контрактур нет, мышечный тонус в норме. При пальпации мышцы безболезненны.

Костно-суставная система: конечности симметричны, правильной формы. Видимые дефекты — отсутствие фаланг 4 и 5 пальцев, отсутствие дистальных фаланг 3-го пальца правой руки. Пальпаторно безболезненны.

Суставы правильной конфигурации. Симметричны, безболезненны при постукивании и движениях. Объем активных и пассивных движений – полный.

**Осмотр по системам органов**

**Дыхательная система.**

Осмотр: нормальная форма грудной клетки, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Тип грудной клетки – нормостенический.

ЧДД – 17 уд/мин. Ритм правильный.

При пальпации болевые точки безболезнены. Грудная клетка эластична.

Перкуссия:  
Топографическая

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Верхушка легкого спереди | 4 см над ключицей | 4 см над ключицей |
| Верхушка л сзади | на уровне остистого отростка 7 ш.п. | |
| Ширина полей Кренинга | 5 см | 5 см |
| Нижняя граница легких | | |
| l. parasternalis | 5 mr | - |
| l. medioclavicularis | 6 r | - |
| l.axillaris anterior | 7 r | 7 r |
| l. axillaris media | 8 r | 8 r |
| l. axillaris posterior | 9 r | 9 r |
| l. scapularis | 10 r | 10r |
| l paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | |

Подвижность легочного края справа и слева примерно 5 см.

Сравнительная перкуссия. Перкуторный звук одинаковый над симметричными участками. Звук ясный легочный. Изменений перкуторного звука не обнаружено

Аускультация: над поверхностью легочной ткани везикулярное дыхание. Над гортанью – ларинго-трахеальное дыхание. Побочных дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония – отрицательная.

**Сердечно-сосудистая система.**

Осмотр: сердечный горб не выявлен, определяется верхушечный толчок, сердечный толчок отсутствует, эпигастральная пульсация слабовыраженная, пульсация печени отсутствует.

Симптом «червячка» отрицательный, набухание и пульсация вен не отмечается.

Пальпация: верхушечный толчок присутствует локальный по средней ключичной линии на уровне 5 межреберья кнутри на 1,5 см, умеренной силы и высоты, резистентный, сердечный толчок, эпигастральная пульсация и феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательны.

Пульс на лучевой артерии симметричный, ритмичный, 72 уд\мин, полного наполнения, мягкой напряженности, оптимальной величины, форма нормальная. пульс на височной, сонной, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой артериях и арте­рии тыла стопы, совпадает с лучевой 72 уд\мин. Пульс Квинке отсутствует.

Перкуссия сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| *Показатель* | *Локализация* |
| Правая граница ОСТ | В 4 межреберье справ, на 1 см латеральное края грудины |
| Верхняя граница ОСТ | На уровне 3 ребра по левой парастернальной линии |
| Левая граница ОСТ | В 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Правая граница АСТ | В 4 межреберье по левому краю грудины |
| Верхняя граница АСТ | На уровне 4 ребра по левой парастернальной линии |
| Левая граница АСТ | В 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от левой границы ОСТ |
| Сосудистый пучок | Во 2 межреберье, совпадает с границами грудины |

Аускультация сердца:

Ритм сердца правильный, ЧСС – 72, 1 тон более продолжительный и низкий, лучше выслушивается в 1 аускултативной точке, совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий, 2 тон более продолжительный и менее высокий, выслушивается лучше в 2 точке, 3 и 4 тон не выслушиваются. Сердечные шумы не выявлены. Артериальное давление составило 125\85 мм рт. ст. Давление оптимальное. Пульсовое давление равно 55.

**Пищеварительная система**

Осмотр полости рта и живота: слизистые оболочки полости рта, дёсен, зева, миндалин чистые, бледно- розового цвета, влажные, без патологического изменения. Язык чистый, влажный, розового цвета. Глотание не нарушено.

Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Грыжевые выпячивания отсутствуют. Расширения венозной сети передней брюшной стенки нет, пупок втянут, перистальтика визуально не определяется.

Пальпация: При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При глубокой пальпации сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области.

Печень не выходит из-под реберной дуги, край печени пальпируется, ровный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка в положении лёжа на спине и в положении на правом боку не пальпируется. Болезненности при пальпации в левом подреберье нет.

Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. «Шум плеска» не определяется.

Перкуссия: над поверхностью живота определяется тимпанический перкуторный звук.

Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии — 11см, по передней срединной линии — 10м, по левой рёберной дуге — 8 см.

Стул коричневого цвета, отхождения газов в норме.

**Мочевыделительная система.**

Акт мочеиспускания свободный, безболезненный, 5-6 раз в день.

Осмотр: при осмотре поясничной области выбуханий, изменения цвета кожи не обнаружено.

Пальпация почек: почки не пальпируются. Болевые точки не определяются.

Перкуссия: симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон.

Исследование мочевого пузыря: выбуханий в области мочевого пузыря нет, не пальпируется, перкуторно в этой области определяется тимпанический звук.

**Эндокринная система.**

Осмотр: Рост 170 см. масса 71 кг. Размер и соотношение отдельных частей тела правильное. Вторичные половые признаки выражены умеренно. ИМТ=24,5. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Осмотр и пальпация щитовидной железы: железа не увеличена, мягкой консистенции, узловых изменений не выявляется.

**Нервная система.**

Пациент контактный. Настроение бодрое. Сон не нарушен, около 7-8 часов в сутки. Нервно-психические реакции на окружающее в норме. Судороги, тремор, парезы, параличи, атрофия мышц не отмечаются. Органы чувств без изменений.

**Status localis**

Патологический процесс носит распространенный характер. Локализован в области волосистой части головы, в области лба по линии роста волос, в области верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхностях, в области спины и груди, представлен мономорфизмом высыпаний в виде миллиарных, лентикулярных, нумулярных папул, некоторые из которых сгруппированы в бляшки ярко-красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуекорками, не доходящими до края папул.

При поскабливании папулы выявляется псориатическая триада, последовательно возникает обильное шелушение в виде серебристо — белых чешуек (феномен «стеаринового пятна»), после удаления чешуек остается влажной блестящая поверхность (феномен терминальной или псориатической пленки), при дальнейшем поскабливании возникает капельное кровотечение (феномен точечного кровотечения или «кровяной росы»).

**Данные лабораторных исследований**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *ОАК от 03.10.18* Эритроциты=5,3x10^12  Цветной показатель=0,9  Гемоглобин=160 г/л  Ht=0,46%  Тромбоциты=290x10^9  Лейкоциты=9,7x10^9  Эозинофилы=5%  Нейтрофилы палочкоядерные=1%  Нейтрофилы сегментоядерные=64%  Лимфоциты=27%  Моноциты=3%  СОЭ=8 мм/час  Заключение: показатели в пределах нормы.  *Биохимический анализ крови от 03.10.18* Билирубин общий=10,8 мкмоль/л  Общий белок сыворотки=69 г/л  АСТ=27 Ед/л  АЛТ= 29 Ед/л  Cахар (натощак)= 4,75 Заключение: показатели в пределах нормы.   *ОАМ от 03.10.18* Цвет — соломенного  Прозрачность -прозрачная  Реакция – кислая  Относительная плотность = 1014  Белок – отр.  Глюкоза – отр.  Плоский эпителий=единичные Лейкоциты=единичные в поле зрения  Заключение: показатели в пределах нормы.   *РПР от 03.10.18*  Заключение: анализ отрицательный |  |  |

**Дифференциальная диагностика**

Основной симптом – мономорфно-папулезная сыпь, представленная папулами, которая характерна для

1) Вторичного периода сифилиса

2)КПЛ

3)Псориаза

1) Предположим, что у нашего пациента папулезный сифилис.

При папулезном сифилисе, как и у нашего пациента, кожный процесс носит распространенный характер, представленный милиарными, лентикулярными и нумулярными папулами. При папулезном сифилисе окраска папул темно – красного цвета, папулы более плотные вследствие большой инфильтрации, более или менее одинаковой величины. Характерно шелушение по периферии элементов в виде «воротничка Биетта». Чего не наблюдается у нашего пациента, т.к. у него имеются папулы яркой окраски, расположенные на поверхности, обильное шелушение, склонность папул к периферическому росту и слиянию в бляшки, наличие трёх характерных псориатических феномена (стеариновое пятно, терминальная пленка, точечное кровотечение). При сифилисе РПР положительный, а у пациента отрицательный. Следовательно, диагноз папулёзный сифилис отвергается.

2) Предположим, что у нашего пациента красный плоский лишай.

При красном плоском лишае, как и у нашего пациента, кожный процесс носит распространенный характер, представленный милиарными, лентикулярными и нумулярными папулами, кроме того присутствует зуд. Папулы красного плоского лишая имеют синюшно – красный цвет, полигональную форму, пупкообразное вдавление. Так же положительный феномен Кёбнера (появление новых элементов на месте травм кожи). Чего не наблюдается у нашего пациента, т.к. у него есть папулы красно – синюшного цвета, покрытые чешуйками. Следовательно, диагноз красный плоский лишай отвергается.

3) Предположим, что у больного псориаз.

При псориазе, как и у нашего пациента, кожный процесс носит распространенный характер, представленный, в случае развития ладонно-подошвенной формы, милиарными, лентикулярными и нумулярными папулами яркой окраски. Имеется зуд, обильное шелушение, склонность папул к периферическому росту, наличие трёх характерных псориатических феномена (стеариновое пятно, терминальная пленка, точечное кровотечение). Следовательно, можно сделать вывод, что у нашего пациента псориаз.

**Обоснование клинического диагноза**

Клинический диагноз: Распространенный экссудативный монетовидно-бляшечный псориаз, прогрессирующая стадия.  
Диагноз поставлен:

На основаниижалоб, на высыпания по всему телу, сопровождающиеся зудом. На основании анамнеза заболевания. Заболевание началось с 2011 года , впервые проявилось высыпаниями на груди. Обратился за помощью к дерматовенерологу в Северодвинске , был поставлен диагноз псориаз. Лечился мазями, высыпания полностью разрешались, но вскоре появились снова, обострение 1-2 раз в год. В 2018 году обострение проявилось в конце сентября, появились новые высыпания, имеющиеся бляшки стали увеличиваться в размерах. Из Северодвинска направили в АККВД для лечения.  
 На основании объективного обследования - Патологический процесс носит распространенный характер. Локализован в области волосистой части головы, задней поверхности шеи, в области верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхностях, в области спины и груди ,представлен мономорфизмом высыпаний в виде миллиарных, лентикулярных, нумулярных папул, некоторые из которых сгруппированы в бляшки ярко-красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуекорками, не доходящими до края папул.

При поскабливании папулы выявляется псориатическая триада, последовательно возникает обильное шелушение в виде серебристо — белых чешуек (феномен «стеаринового пятна»), после удаления чешуек остается влажной блестящая поверхность (феномен терминальной или псориатической пленки), при дальнейшем поскабливании возникает капельное кровотечение (феномен точечного кровотечения или «кровяной росы»).

**Лечение**

Режим общий, стол ОВД

1)Антигистаминные препараты

Rp.: Tabl. Suprastini 0,025

D.t.d № 28

Signa: по 1 таблетке 2 раза в день во время еды, 14 дней.

#

2)Десенсибилизирующая терапия

Rp.: Sol. Calcii Gluconatis 10%-10 ml

D.t.d № 14 in ampullis

Signa: по 1 ампуле 1 раз в день в течение 14 дней в/м.

#  
3) Седативные препараты

Rp.: Tincturae Leonuris 15 ml

D.t.d № 1

Signa: по 30 капель 1 раз перед сном, в течение 14 дней

#

4) Витаминотерапия  
Rp.: Thiamini bromidi 5% - 1 ml  
 Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S.: вводить в/м ежедневно, чередуя между собой.

#

Rp.: Sol. Retinoli palmitabi 3 ml  
 D.t.d № 1

Signa: 1 раз в день вечером на кусочек черного хлеба (99 капель).

#

5) Местная терапия

Rp.: Ung. Salicylici 5%  
 Ung. Dermatoli 5%   
D.t.d № 1

Signa: наносить на пораженные участки кожи по средам и выходным, утром и вечером.

#

Rp.: Ung. Acriderm SK   
 D.t.d № 1

Signa: наносить на пораженные участки кожи по средам, вечером.

**Дневник курации**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Состояни |
|  | На момент осмотра жалобы на высыпания по всему телу. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8. Дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 16. ЧСС 68 в мин. АД 125/85. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный, необложен. Живот не вздут, мягкий, безболезненный.  Патологический процесс носит распространенный характер. Локализован в области волосистой части головы, задней поверхности шеи, в области верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхностях, в области спины и груди, на ладоной и подошвенной поверхности, представлен мономорфизмом высыпаний в виде миллиарных, лентикулярных, нумулярных папул, некоторые из которых сгруппированы в бляшки ярко-красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуекорками, не доходящими до края папул. При поскабливании папулы выявляется псориатическая триада.  Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, между собой не спаяны, кожа над ними не изменена. |
|  | На момент осмотра жалуется на высыпания. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6. Дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 16. ЧСС 68 в мин. АД 125/80. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный.  Патологический процесс носит распространенный характер. Локализован в области волосистой части головы, задней поверхности шеи, в области верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхностях, в области спины и груди ,представлен мономорфизмом высыпаний в виде лентикулярных, нумулярных папул, некоторые из которых сгруппированы в бляшки красного цвета, серебристо-белых чешуекорок практически нет. Чешуекорки отмечаются только на разгибательной поверхности нижней конечности, ладоней и стоп.  *Пациент отмечает снижение зуда и бляшки изменили цвет, стали менее яркими, слегка уменьшились в размере, новых высыпаний не выявленно.*  Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, между собой не спаяны, кожа над ними не изменена. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6. Дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧД 17. ЧСС 75 в мин. АД 120/80. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный.  Патологический процесс носит распространенный характер. Локализован в области задней поверхности шеи, в области верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхностях, в области спины, представлен мономорфизмом высыпаний в виде лентикулярных, нумулярных папул, некоторые из которых сгруппированы в бляшки бледно-красного цвета, серебристо-белых чешуекорок практически нет, отмечаются только на разгибательной поверхности ног, ладонях и подошвах. Шелушения значительно уменьшились. Новых высыпаний не появилось.  Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, между собой не спаяны, кожа над ними не изменена. |

**Список литературы:**

1. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального медицинского образования/ Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских и др.; под редакцией Е.В. Соколовского.-Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017.-687 с.: цв.ил.
2. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 544 с.: ил.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней/Б.А.Беренбейн, А.А.Студницин и др.; Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницина. – 2-е изд.,перераб. и доп. – М.:Медицина. 1989. – 672 с.; ил.: (4) л. ил. (0,5) – ISBN 5-225-00051-7
4. Бутов Ю.С., Скрипкин Ю.К., Иванов О.Л. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.