МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Заведующий кафедрой Адаскевич В.П.

Преподаватель Козина Ю.В.

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1982года(29лет)

Диагноз: Распространённый обширный псориаз. Прогрессирующая стадия. Псориаз волосистой части головы.

Даты курации 26.12.11-03.01.12

Куратор:студентка 24 группы

4 курса,леч. Ф-та Филимонцева О.А.

Проверил преподаватель: Козина Ю.В.

Витебск,2011

1.ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О.:

Дата рождения,возраст:28 июля 1982(полных 29 лет)

Место жительства:

Место работы, занимаемая должность: безработный

Дата поступления:12.12.11

Дата выписки:

2.ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

При поступлении: жалобы на появление новых мелких высыпаний ярко-розового цвета на коже туловища, конечностей, на коже

волосистой части головы,сопровождающиеся сильным зудом.

На момент курации: : высыпания на коже туловища, конечностей,на коже волосистой

части головы

3. ANAMNESIS MORBI

Считает себя больным с конца ноября 2010 года,когда впервые заметил у себя на волосистой части головы в области затылка розовые,слегка приподнятые над поверхностью кожи новообразования.Подобные явления наблюдал в височной и теменных областях,симметрично справа и слева. Позже на волосах и коже головы обнаружил крупные белые "пластинки". В этот же период времени появились небольшие розовые образования, покрытые серовато-белым "налетом", на разгибательной поверхности предплечий, особенно выраженные и крупные в области локтевых суставов.В дальнейшем подобные поражения кожи появились в области коленного сустава, на бедрах, несколько бляшек – на животе. В области локтевых суставов бляшки стали укрупняться в результате слияния более мелких. До обращения в стационар ничем не лечился. Возникновение своего заболевания ни с чем не связывает. Сообщает, что перед началом заболевания довольно продолжительное время испытывал отрицательные эмоции, находился во встревоженном, эмоционально нестабильном состоянии. Пройдя курс лечения(какое именно пациент не помнит) было улучшение но не надолго.Через 1,5 мес.появилось всё тоже. На момент поступления больной отмечал появления новых мелких высыпаний ярко-розового цвета, слегка зудящие. Высыпания были на типичных местах локализации. Накануне заболевания больной испытывал негативные эмоции,стресс.

4. ANAMNESIS VITAE

Заболевания в семье (туберкулёз, сифилис, онкологические и кожные заболевания)отрицает.Развитие в перинатальном периоде без отклонений.Рос и развивался нормально. Образование среднее. Семейное положение – разведён. Жилищные условия – нормальные.Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ,ревматизм. Аллергических реакций на медикаменты, химические вещества, пищевые продукты не имеется. Психоэмоциональные переживания – стресс из-за развода с женой. Вредные привычки – курит, алкоголь – умеренно.

5. STATUS PRAESENS

Общее состояние пациента удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Головной боли, головокружения нет. Температура тела нормальная.

Общие свойства кожи:

Видимо здоровые участки кожного покрова розовой окраски, чистые,умеренно влажные и эластичные.Тургор мягких тканей сохранён. Потоотделение и салоотделение умеренные. Чувствительность кожи не нарушена.Подкожно– жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.Дермографизм розовый,скрытый период-10 сек,явный-около 1 мин.,локализованный,не возвышается над уровнем кожи.Мышечно – волосковый рефлекс не вызывается.При обследовании периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, подвижные, не спаянны с кожей.Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.Волосы редкие,чёрные.Оволосенение по мужскому типу.

Исследование по системам

Костно-мышечная система: мышцы хорошо развиты, симметричны, сила достаточная, тонус в пределах нормы, при пальпации уплотнений не обнаружено, безболезнены.

Деформаций костей черепа, конечностей, грудной клетки не обнаружено. При ощупывании и поколачивании болезненности не вызывают. Суставы не утолщены, имеют свойственную конфигурацию, пальпаторно безболезненные, при движении бесшумные. Объем движений характерен для каждой пары суставов.

Органы дыхания: дыхание через нос не затруднено. Голос чистый, громкий. Границы легких в пределах нормы, аускультативно дыхание везикулярное, патологических шумов нет. ЧДД 18 в минуту.

Органы кровообращения: область сердца не изменена. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Аускультативно сердечные тоны не изменены, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 75 в минуту. Пульс 75 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст.

Органы пищеварения: живот не увеличен, пальпаторно бесболезненный, перкуторно над областью живота – тимпанит. Границы печени и селезёнки в пределах нормы. Зубы в хорошем состоянии.

Эндокринная система: щитовидная железа при пальпации мягкой консистенции, не увеличена, безболезненна. Тремора пальцев рук не выявлено. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Нарушения веса (ожирение, истощение) нет. Пигментации кожных покровов, характерных для Аддисоновой болезни не обнаружено.

Нервная система:память, сон не нарушены. Нарушений зрения, слуха, вкуса, обоняния нет.Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая.Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет.Менингеальные симптомы отрицательные.Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

6.STATUS DERMATOLOGICUS

Процесс распространенный, симметричный. Высыпания мономорфные, представлены

папулами и бляшками различного размера, красного цвета,периферический рост элементов с наличием эритематозного бордюра,не покрытого чешуйками.Четко определяется псориатическая триада(феномен стеаринового пятна,феномен псориатической пленки, феномен точечного кровотечения) Локализация высыпаний – волосистая часть головы,туловище, верхние и нижние конечности, в том числе разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов.Первичный морфологический элемент - папула, диаметром до 1,5 см, красного цвета, округлых очертаний, четко отграничена. Папулы возвышаются над уровнем кожи, форма чечевицеподобная, поверхность гладкая, консистенция плотная. Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек на спине, животе, верхних и нижних конечностях, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов. Бляшки размерами до 9 см и более, красного цвета, плоские, возвышаются над уровнем кожи. Очертания неправильные, крупнофестончатые, по краям ободок гиперемии. Кожный рисунок усилен. Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные, мелкопластинчатые, удаляются легко, слегка безболезненно.

Ногтевые пластинки кистей рук не деформированные, утолщенные, нормальной окраски.

Свободный край не ломается. На волосистой части головы определяется положительный симптом псевдоатрофического ободка Воронова. Симптом «облатки»-отр., синдром пурпуры-отр., симптом скрытого шелушения-отр.,феномен Кебнера-положительный, диагностическая триада Auspitz-Полотебнова-положительный, диагностическая триада- положильная.

Результаты специальных методов исследования:

1. При диаскопии красный цвет папул исчезает.

2. При поскабливании выявляется триада псориатических феноменов

(симптомы "стеаринового пятна"(усиление шелушения при легком поскабливании,придающего поверхности папул сходство с растертой каплей стеарина), "терминальной пленки"(возникает после удаления чешуек и проявляется в виде влажной, блестящей поверхности элементов), "точечного кровоизлияния"(появляется после легкого поскабливания терминальной пленки, в виде точечных,не сливающихся капелек крови)).

3. Тактильная, болевая и температурная чувствительность в патологических очагах сохранена.

7. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови 13.12.11

Гемоглобин - 136 г/л

Лейкоциты – 8,3 Г/л

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 1%

Сегментоядерные - 57%

Лимфоциты - 34%

Моноциты - 7%

Эритроциты-4.\*10\*12/л

СОЭ - 2 мм/час

Заключение: без патологии.

Исследование крови на RW 13.12.11

Результат отрицательный.

Исследование мочи 13.12.11

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1015

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар – 3,3

Эпителиальные клетки плоские - 3-4 в поле зрения

Лейкоциты - единичные в поле зрения

Слизь +

Бактерии +

Заключение: без патологии.

Исследование крови на антитела к ВИЧ 13.12.11

Результат отрицательный.

8.КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб пациента(жалобы на высыпания на коже туловища, конечностей, на коже волосистой части головы);анамнеза заболевания (считает себя больным с конца ноября 2010 года,когда впервые заметил у себя на волосистой части головы в области затылка розовые,слегка приподнятые над поверхностью кожи новообразования.Подобные явления наблюдал в височной и теменных областях,симметрично справа и слева. Позже на волосах и коже головы обнаружил крупные белые "пластинки". В этот же период времени появились небольшие розовые образования, покрытые серовато-белым "налетом", на разгибательной поверхности предплечий, особенно выраженные и крупные в области локтевых суставов.В дальнейшем подобные поражения кожи появились в области коленного сустава, на бедрах, несколько бляшек – на животе. В области локтевых суставов бляшки стали укрупняться в результате слияния более мелких);дерматологического статуса(высыпания мономорфные, представлены папулами и бляшками различного размера, красного цвета периферический рост элементов с наличием эритематозного бордюра,не покрытого чешуйками.Четко определяется псориатическая триада(феномен стеаринового пятна,феномен псориатической пленки, феномен точечного кровотечения). Локализация высыпаний – волосистая часть головы,туловище, верхние и нижние конечности, в том числе разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов. Первичный морфологический элемент - папула, диаметром до 1.5 см, красного цвета, округлых очертаний, четко отграничена. Папулы возвышаются над уровнем кожи, форма чечевицеподобная, поверхность гладкая, консистенция плотная. Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек на спине, животе, верхних и нижних конечностях, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов. Бляшки размерами до 9 см и более, красного цвета, плоские, возвышаются над уровнем кожи. Очертания неправильные, крупнофестончатые, по краям ободок гиперемии. Кожный рисунок усилен. Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно); результатов лабораторных данных и специальных методов исследования можно поставить диагноз:Распространнёный обширный псориаз. Прогрессирующая стадия. Псориаз волосистой части головы.

9.Дифференциальный диагноз

Псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, розовым лишаем, папулезным сифилидом, 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, восковидный блеск папул, поражение слизистых оболочек.

2. Общим признаком для псориаза и 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 шелушени, псориатическая триада феноменов

Кроме того, у больного отсутствуют следующие признаки сифилиса:

Темно-красный цвет папул,увеличение периферических лимфатических узлов,положительные серореакции (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.

10.ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Диета с ограничением животных жиров и углеводов,ислючение острых блюд.
2. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил,димедрол,(внутривенно)
3. Витамины В1 , В6, В12, и внутрь или Аевит 1 капсула 2-3 раза в сутки)А(100000МЕ в сутк, С(1г в сутки),фолиевая кислота(0,02 г 3 раза в день)
4. Седативная терапия ( препараты брома, валерианы)
5. Физиотерапия и ПУВА терапия(УФО 320-390 нм+метоксален 0,3-0,6 мг/кг за 1ч. До облучения).
6. Неспецифическая иммунотерапия (пирогенал, продигиозан).
7. Наружная терапия: 5-10% нафталановая, эуфилиновая мази, кремы с 0,5% метотриксатом.1-2% салициловая мазь,крем Унны,кортикостероидние кремы или мази(2-3реза в неделю)
8. Тиосульфат натрия внутривенно по 3-10мл ежедневно№10 или 5% раствор унитола(п/к,в/м),или 10%р-р кальция хлорида в/в,ежедневно №4-5, затем через день №4-5.
9. Препараты никотиновой кислоты,теоникол(1 таблетка 3 раза в сутки); липамид, липоевая кислота,метионин;эссенциале по 5-10 мг.в/в на аутокрови ежедневно №10,затем по 2 капсулы 2-3 раза в день в течение 1-2 месяцев,экстракт солянки холмовой по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 1 месяца;полифепан по 1 десертной ложке натощак ежелневно в течение 2-х недель.
10. Шампуни,содержащие деготь или кетоконазол(низорал).Кортикостероиды в виде лосьонов. При обильном шелушении и толстых корках: 2-10% салициловая кислота в вазелиновом масле на ночь под пластиковую шапочку(1-3 процедуры);0,005% ласьон с кальципотриолом

1)Rp. Tab. Dimedroli 0,05 N.10

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

2)Rp. Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно медленно через день

3)Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

4) R.p. Tincturae Valerianae 25 ml

D.S. по 25 капель на приём 3 раза в день

5 ) Rp.Sol. Prodigiosani 0,005%-0,5ml

D. t. d. N 10 in amp.

S.внутримышечно 2 раза в неделю

6) Rp.: Acidi salicylici - 2.0

Sulfuris praecipitati - 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

D.S. На очаг 2 раза

7)УФО, поддерживающая ПУВА-терапия

Диета: молочно-растительная с ограничением углеводов и животных жиров.

11.ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

12.ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для предупреждения рецидивов следует избегать конфликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений. Целесообразно применять седативные препараты, витамины группы В и С в осенне-зимний период, в стационарной стадии - псориазин, "Бетновейт" местно. Больному необходимо придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением углеводов и животных жиров. Недопустимо употребление алкогольных напитков. В летний период рекомендуется носить легкую открытую одежду, чаще быть на открытом воздухе, солнце. Необходимо поставить больного на диспансерный учет с частотой осмотров не реже 2 раз в год. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

13.ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА БОЛЬНЫМ

26.12.11

Пульс - 75/мин

Частота дыхания - 18/мин

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений.

Назначения:

Диета: молочно-растительная с ограничением углеводов и животных жиров.

1)Rp. Tab. Dimedroli 0,05 N.10

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

2)Rp. Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно медленно через день

3)Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

4) R.p. Tincturae Valerianae 25 ml

D.S. по 25 капель на приём 3 раза в день

5 ) Rp.Sol. Prodigiosani 0,005%-0,5ml

D. t. d. N 10 in amp.

S.внутримышечно 2 раза в неделю

6) Rp.: Acidi salicylici - 2.0

Sulfuris praecipitati - 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

D.S. На очаг 2 раза

7)УФО, поддерживающая ПУВА-терапия

27.12.11

Пульс-73/мин

Частота дыхания – 18/мин

Жалоб нет.Общее состояние удовлетворительное.Новых высыпаний нет,имеющиеся-без изменений.

Назначения:

Диета: молочно-растительная с ограничением углеводов и животных жиров.

1)Rp. Tab. Dimedroli 0,05 N.10

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

2)Rp. Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно медленно через день

3)Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

4) R.p. Tincturae Valerianae 25 ml

D.S. по 25 капель на приём 3 раза в день

5 ) Rp.Sol. Prodigiosani 0,005%-0,5ml

D. t. d. N 10 in amp.

S.внутримышечно 2 раза в неделю

6) Rp.: Acidi salicylici - 2.0

Sulfuris praecipitati - 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

D.S. На очаг 2 раза

7)УФО, поддерживающая ПУВА-терапия

14.ЭПИКРИЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (29 лет)находится на стационарном лечении в УЗ«ВОККВД» с 12 декабря 2011 года с диагнозом: Распространёный обширный псориаз. Прогресирующая стадия.Псориаз волосистой части головы.Пациент поступил с жалобами на высыпания,сопровождавшиеся незначительным зудом. При объективном обследовании на коже туловища, конечностей и волосистой части головы обнаружены крупные бляшки и папулы красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи. По краям элементов - ободок гиперемии. Получена триада псориатических феноменов.

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение:без патологии), общий анализ мочи (заключение: без патологии), анализ крови на RW (результат отрицательный).

Назначено следующее лечение:

1)Rp. Tab. Dimedroli 0,05 N.10

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

2)Rp. Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 10 мл внутривенно медленно через день

3)Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N. 20 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

4) R.p. Tincturae Valerianae 25 ml

D.S. по 25 капель на приём 3 раза в день

5 ) Rp.Sol. Prodigiosani 0,005%-0,5ml

D. t. d. N 10 in amp.

S.внутримышечно 2 раза в неделю

6) Rp.: Acidi salicylici - 2.0

Sulfuris praecipitati - 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

D.S. Наружное (2%-серносалициловая мазь)

7)УФО, поддерживающая ПУВА-терапия

Диета: молочно-растительная с ограничением углеводов и животных жиров.

Рекомендовано:

Избегать конфликтных ситуаций, нервно-психических перенапряжений; применять седативные препараты, витамины группы В и С в осенне-зимний период; придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением углеводов и животных жиров;недопустимо употребление алкогольных напитков;в летний период носить легкую открытую одежду, чаще быть на открытом воздухе, солнце;санаторно-курортное лечение.