## Паспортная часть

1. ФИО: x
2. Возраст: 51 год
3. Место работы: столовая номер 2 ,повар.
4. Место жительства : x
5. Время поступления в клинику: 10 марта 1998 года
6. Диагноз при поступлении: обширный псориаз

## Жалобы

Жалобы при поступлении: изменение окраски кожи в области лица, плеч и предплечий.

Со стороны других органов и систем жалоб нет.

## Анамнез заболевания

Считает себя больной с лета 1985 года ,когда она впервые отметила появление высыпаний и изменение окраски кожи в области лица ,верхних отделов рук, сопровождающиеся зудом и жжением. Провоцирующие факторы больная назвать не может. Больная обратилась ко врачу ,который выписал ей мази. Состояние больной улучшилось: высыпания исчезли .Второй рецидив заболевания наблюдался через 3 года зимой, который характеризовался также высыпанием в области лица и верхних отделов верхних конечностей. Больная обратилась к участковому терапевту, который направил ее к дерматовенерологу. Была назначена соотстветствующая терапия ,которая включала в себя мази. Назначенная терапия оказала положительное действие. В дальнейшем отмечались повторные рецидивы заболевания, наблюдающиеся ежегодно поздней осенью и в зимний период времени. Больная проходила амбулаторное лечение.

Последний рецидив заболевания наблюдался зимой 1998 года. Больная связывает развитие данного рецидива с нервными потрясениями. По поводу возникших у нее высыпаний в области лица и верхних отделов верхних конечностей больная обратилась к дерматовенерологу, который предложил больной плановую госпитализацию.10 марта 1998 года больная в плановом порядке была госпитализирована в клинику кожных болезней клинической больницы Петра Великого.

**Анамнез жизни**

Родилась в городе Ленинграде. Росла и развивалась нормально. Окончила среднюю школу. По окончании школы поступила в кулинарный техникум , по окончании которого стала работать поваром. Профессиональные вредности отсутствуют. Материально - бытовые условия хорошие, питается 3 раза в день, принимает горячую пищу.

Перенесенные заболевания и операции: в детстве перенесла скарлатину, вирусный гепатит А в 1979 году.

Привычные интоксикации: курит в течение 30 лет по 1 пачке в день.

Семейная жизнь: за мужем, имеет дочь 21 год.

Акушерско-гинекологический анамнез : менструации с 12 лет, обильные, регулярные, безболезненные. Начала половую жизнь с 21 года, менопауза с 50 лет.

Гинекологические заболевания отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез: благополучный.

Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатиты В, С, тифы, малярию, дизентерию и заболевания ,передающиеся половым путем отрицает. Контакты с ВИЧ - инфицированными не имела, операций по переливанию крови и лихорадок неясного генеза не было. За последние 0,5 года за пределы С - Петербурга и Ленинградской области не выезжала.

Страховой анамнез

Больничный лист с 10 марта 1998.

## Объективные данные

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту. Гиперстенический тип конституции.

Кожные покровы: обычной окраски, чистые, сухие. Тургор сохранен. Потоотделение и салоотделение в норме. Дермографизм не изменен. Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся.

Тип оволосения соответствует полу и возрасту. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Толщина подкожно-жировой складки в области пупка 2 см, в области лопаток 0,6 см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны.

Мышечный корсет развит хорошо ,тонус и сила мышц сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы, суставы правильной формы, движения в них в полном объеме, безболезненны.,

Пульс ритмичный частотой 70 уд в мин., не напряженный. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца чистые ,ясные.

АД 120 / 80.

При перкуссии границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое. Выслушиваются единичные свистящие хрипы.

Слизистая щек, губ, твердого неба розового цвета. Десны розовые, чистые, обычной влажности.

Имеются кариозные зубы.

Слизистая миндалин обычного цвета.

Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется.

Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Психическое состояние без особенностей.

Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковые с обеих сторон.

Кожная чувствительность сохранена.

Патологические рефлексы и тремор конечностей отсутствуют.

### **Дерматологический статус**

Процесс имеет ограниченный характер и четкие границы. Изменения кожи наблюдаются в области лица ,в области разгибательной поверхности в верхних отделах верхних конечностей. Первичные морфологические элементы представлены лентикулярными и милиарными папулами эпидермально - дермального характера розовато-красного цвета с бледным оттенком. Папулы склонны к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек ,несколько выступают над поверхностью кожи, имеют резко очерченные границы. Папулы покрыты серебристо-белыми пластинчатыми чешуйками. При поскабливании папул наблюдается увеличение количества чешуек и выявляется феномен стеаринового пятна.

При дальнейшем поскабливании и удалении чешуек выявляется феномен псориатической пленки, а затем на поверхности пленки проступают капельки крови (феномен кровяной росы). В области высыпаний на месте травмируемой кожи выявляется изоморфная реакция (т. н. феномен Кебнера).

## Дифференциальный диагноз

Проводится с красным плоским лишаем. Первичным элементом при псориазе является плоская папула, преимущественно милиарная, склонная к слиянию и образованию лентикулярных и нумулярных папул и в дальнейшем бляшек. Их поверхность покрыта сухими, легко спадающими серебристо - белыми чешуйками. В начальной стадии заболевания краевая зона папулы остается свободной от шелушения. Определяется триада симптомов, характерная для псориаза (симптом стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы).В стационарном периоде заболевания вокруг папулы определяется псевдоатрофический ободок Воронова.

При красном плоском лишае возникают мономорфные высыпания в виде плоских, чуть возвышающихся над здоровой кожей полигональной формы папул розового цвета. Для папул характерен своеобразный блеск, особенно заметный при боковом освещении .В центре узелков определяется пупкообразное вдавление. Характерен симптом Уиккема серовато - белый сетчатый рисунок на поверхности папулы. Отличием красного плоского лишая от псориаза является отсутствие зуда.

Псориаз отличается от красного плоского лишая локализацией высыпаний: псориатические высыпания обычно бывают распространенными и симметричными. Их излюбленная локализация - разгибательная поверхность конечностей, особенно локтевых и коленных суставов ,волосистая часть головы, особенно по краю роста волос («псориатическая корона»). Кроме того псориатические высыпания не возникают на слизистых. В то же время красный плоский лишай локализуется чаще всего на внутренней поверхности предплечий, в области лучезапястных суставов, голени. Одновременно с поражением кожи может развиваться поражение слизистых оболочек полости рта: на слизистой щек появляются мелкие, белые узелки, которые сливаясь образуют сетку белого цвета.

В отличие от псориаза рецидивы заболевания наблюдаются относительно редко.

## Окончательный диагноз

На основании жалоб больной на изменение окраски в области лица, плечевой области и предплечий, данных анамнеза заболевания (из анамнеза видно, что заболевание носило рецидивирующий, сезонный характер с обострениями в осенне-зимний период), данных дерматологического статуса ( на лице, в области плеч и предплечий определяется наличие симметричных папулезных высыпаний с четкими границами, склонными к группировке и формированию бляшек, положительные симптомы стеаринового пятна, псориатической пленки и кровяной росы, изоморфная реакция Кебнера). Можно поставить диагноз вульгарный псориаз, стационарная стадия.

**Этиология, патогенез**

Этиология и патогенез заболевания неизвестны. Предрасполагающими факторами являются инфекционные заболевания (как микробный фактор, так и генетически детерминированная недостаточность противоинфекционной защиты), нарушения секреции регуляции обмена веществ, стрессовые факторы. Псориаз – системный процесс, который часто возникает у лиц с функциональными и морфологическими изменениями ряда органов и систем (эндокринной системы, вегетативной нервной системы, различными метаболическими нарушениями.

Установлен мультифакториальный тип наследования с неполной пенетрантностью, а также связь с H L A системой.

## Патоморфология

Для псориаза характерно развитие паракератоза, т.е. резкого омолаживания рогового слоя, сопровождающегося сохранением ядер в роговом слое эпидермиса, выраженным процессом шелушения и отсутствием зернистого слоя, что и объясняет появление характерной триады симптомов псориаза (симптом стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения). Кроме того, в эпидермисе определяется сосочковый акантоз.

При исследовании псориатических папул в дерме обнаруживается воспалительный инфильтрат, неравномерный папилломатоз, образование в сосочках дермы сосочков из полнокровных капилляров.

## Индивидуальный план лечения

1. Диета с ограничением животных жиров и углеводов,ислючение острых блюд.
2. Антигистаминные препараты ( Н 1- блокаторы) -супрастин, тавегил, задитен.
3. Витамины В6, В12, А, С.
4. Седативная терапия ( препараты брома, валерианы)
5. Физиотерапия и ПУВА терапия .
6. Неспецифическая иммунотерапия (пирогенал, продигиозан).
7. Наружная терапия: 5-10% нафталановая, эуфилиновая мази, кремы с 0,5% метотриксатом .

#### Библиграфия

1. Кафедральные лекции по кожным и венерическим болезням
2. Ю.К. Скрипкин и другие Кожные и венерические болезни М, Медицина, 1995
3. Кожные и венерические болезни под ред. академика О.К. Шапошникова, М, Медицина, 1985г
4. М. Д. Машковский Лекарственные средства ,пособие для врачей, Харьков, издательство «Торсинг» 1997.