Министерство образования Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Кафедра микробиологии, эпидемиологии, инфекции и кожных болезней

**Заведующий кафедрой**

Мельников Виктор Львович

**Заведующий курсом:**

к. м. н. Рыбалкин Сергей Борисович

**Преподаватель:**

ст. преподаватель Пьянова Марина Викторовна

История болезни

**Клинический диагноз**: Распространенный крупноочаговый псориаз прогрессирующая стадия зимняя форма

**Осложнения:** полиартрит 1 степени

**Сопутствующее заболевание**: Гипертоническая болезнь 2 стадия 3 ст. риска, хронический бронхит

**Куратор**: студентка 4 курса группы 05лл 4

Бабенко Татьяна Сергеевна

**Дата начала курации**: 10.11.08г.

**Дата окончания курации**: 17.11.08г.

Пенза 2008 год

**1. Паспортные данные**

1. Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол: мужской

3. Возраст (полных лет): 47 лет

4. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование: среднее

6. Место работы и должность: не работает

7. Диагноз направившего учреждения: Распространенный псориаз прогрессирующая стадия

8. Дата поступления: 23 октября

9. Дата начала курации: 10 ноября

**2. Жалобы**

**Жалобы на день курации:** Наличие плоских воспалительных эпидермально-дермальных папул округлой формы с четкими границами розового цвета диаметром около 5 см, локализуются на груди, верхних конечностях и границе волосистой части головы. На поверхности некоторых папул отмечается шелушение. Окаймляет папулу периферический розовый венчик. Отмечается легкий зуд в местах локализации папул.

Общее состояние больного удовлетворительное. Жалоб со стороны других органов не отмечает.

**3. История заболевания**

Со слов больного, заболевание впервые возникло зимой 1993 года из-за перенесенного стресса и переохлаждения. Первые высыпания появились на локтях и границе волосистой части головы в виде мелких розовых папул диаметром 1-2 мм. В последующем папулы увеличивались в размерах и наблюдалась тенденция к их распространению. Обратился к врачу через 3 года после начала заболевания и сразу был направлен в стационар вследствие распространенности процесса и его прогрессирования. Наблюдает сезонность ремиссий. Болен уже 11 лет, в периоды обострения получает лечение в стационаре. В клинику поступил 23 октября 2008 года с жалобами на многочисленные папулы розового цвета диаметром около 5-7 см с четкими границами и выраженным периферическим венчиком, на поверхности папул отмечались серебристо-белые чешуйки. Были назначены такие препараты как: дермовейт, аэвит, флюстерон, кальций глюконат. Лечение оказалось эффективным. Переносимость на день курации удовлетворительная.

**4. История жизни**

Родился в г. Пенза в 1961 году, развивался нормально, физическое развитие согласно возрасту. Закончил 11 классов средней общеобразовательной школы. В данное время не женат. Условия жизни удовлетворительные. Питание нормальное. Перенес воспаление легких. В 1983 ломал ногу, по поводу чего проводился остеосинтез. Родственники кожными заболеваниями не болели. Из вредных привычек курение, употребляет алкоголь, наркотики не принимает. Непереносимость медикаментов и пищевых продуктов отсутствует. Переливание крови не проводилось.

**5. Настоящее состояние (Status praesens)**

**Общее состояние**: удовлетворительное, обслуживает себя сам, стремится к общению. Все функции организма находятся в стадии относительной компенсации.

**Сознание**: ясное

**Положение:** активное, самостоятельно передвигается. Хорошее самочувствие.

**Конституциональный тип телосложения**: нормостенический

**Внешние покровы (кожа, видимые слизистые, ногти)**

**Цвет кожи**: бледно-розовый

**Трофические изменения**: язвы, пролежни отсутствуют. Тургор кожных покровов нормальный, т.к. собранная в складку кожа быстро расправляется. Сало- и потоотделение в норме.

**Влажность кожи:** нормальная. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.

Состояние волос удовлетворительное, мужской тип оволосенения. Ногтевые пластинки кистей рук деформированные, утолщенные, желтоватой окраски. Отмечается поперечная исчерченность, точечные вдавления (симптом "наперстка"). Свободный край легко ломается.

**Подкожно – жировая клетчатка**: развитие подкожно – жировой клетчатки умеренное. Отеков не наблюдается. Толщина подкожно - жирового слоя у нижнего угла лопатки составляет 1 см.

**Лимфатические узлы**: лимфоузлы не визуализируются. При пальпировании подчелюстных, задних шейных, передних шейных, затылочных, надключичных, подмышечных, локтевых и паховых лимфатических узлов выявлено, что величина и форма их не изменена, болезненности нет, изменений состояния кожи над лимфоузлами не наблюдается. Не спаены с окружающими тканями.

**Мышцы**: выраженность развития удовлетворительное, тонус сохранен, сила мышц сохранена.

**Суставы**: суставы деформированы, кожа над суставами гиперемирована, отечна, температура не повышена, состояние околосуставных тканей не изменено, объем движений в суставах незначительно ограничен.

**Система органов дыхания.**

**Форма грудной клетки**: нормостеническая, мышцы развиты умеренно, плечи покатые, эпигастральный угол прямой ( около 90 градусов) . Ребра идут косо, межреберные промежутки примерно 1 см. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Симметричная грудная клетка. Выпячивание и западение не наблюдается. Окружность грудной клетки 110см при обычном дыхании, экскурсия грудной клетки на вдохе 113см, экскурсия грудной клетки на выдохе 108см. Экскурсия легких составляет 5 см.

**Тип дыхания**: брюшной

**Симметричность дыхания**: симметричное.. Глубина дыхания нормальная.

**Ритм дыхания**: ритмичное. Соотношение вдоха и выдоха составляет 3:1. ЧДД – 22 в минуту. Одышки не наблюдается.

**Пальпация.** При пальпации грудной клетки болезненных участков не выявляется. Резистентность грудной клетки в норме. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

**Перкуссия легких.** Сравнительная перкуссия: перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки ясный легочный, что указывает на отсутствие выраженных изменений легочной паренхимы.

**Аускультация:**

**Основные дыхательные шумы**: Дыхание жесткое.

**Побочные дыхательные шумы**: влажные мелкопузырчатые хрипы.

**Бронхофония**: бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинаковая с обеих сторон.

**Система органов кровообращения**

**Осмотр головы и шеи**: Кожные покровы бледно-розовые, не гиперемированы.

Сосуды шеи не изменены, пульсация, набухание яремных вен, пульсация сонных артерий не наблюдается. Симптом Мюссе не выявляется. Воротник Стокса не выявлен.

**Пальпация:**

**Верхушечный толчок**: определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от срединноключичной линии, умеренной силы, площадь верхушечного толчка неразлитая.

Сердечный толчок: не определяется

**Перкуссия:**

По данным перкуссии изменений не выявлено.

**Границы абсолютной тупости сердца:**

Правая: левый край грудины

Левая: 2 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца

Верхняя: на уровне 4 ребра

**Аускультация:**

**Тоны**: приглушены, ритмичные

**Число сердечных сокращений** – 70уд/мин.

**Первый тон**:

усилен, расщепление или раздвоения первого тона не выслушивается. Первый тон выслушивается на верхушке сердца в пятом межреберье в области верхушечного толчка на 1 см кнаружи от срединноключичной линии

**Второй тон**:

патологических изменений не выявлено.

**Дополнительные тоны (экстратоны) сердца**:

пресистолический (4 тон) и протодиастолический (3 тон) не выслушиваются. Ритм галопа, ритм перепела, внутрисистолический щелчок не выявляются при выслушивании.

**Шумы**: не выслушиваются

**Шум трения перикарда**: не выявляются при аускультации

**Исследование сосудов**

**Исследование артерий**:

При осмотре и пальпации височных, сонных, лучевых, подколенных артерий, артерий тыла стопы определена нормальная пульсация, нормальная ригидность артерий, извитости артерий не выявлено. Пульсация аорты в яремной ямке слегка усилена.

**Артериальный пульс**

На правой и левой руках, на лучевых артериях пульс одинаковый. Определяется пульс 70 ударов в минуту. Пульс ритмичный, одинакового наполнения. Дефицита пульса, аритмий , парадоксального пульса не выявлено.

**Артериальное давление**

Измерение артериального давления проведено по методу Короткого на обеих руках: 120/70мм.рт.ст.

**Исследование вен**

При пальпации шейных вен изменений не обнаружено. При выслушивании яремной вены «шум волчка» не выслушивается. Расширение вен грудной клетки и брюшной стенке не выявлено. При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

**Система органов пищеварения**

Желудочно–кишечный тракт

**Полость рта**:

**Язык**: розовый, влажный без налетов. Трещин и язв не наблюдается. Псориатических высыпаний нет.

**Состояние зубов**: десны в норме, не кровоточат. Мягкое и твердое небо розоватого цвета, без видимого налета, геморрагии изъязвления не выявлены.

**Живот**:

**Форма живот**: живот симметричен. Равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика желудка и кишечника не выявлена. Видимые венозные коллатерали, рубцы отсутствуют. Окружность живота на уровне пупка 100см.

**Перкуссия.** При перкуссии живота определяется тимпанический перкуторный звук. Наличие жидкости в брюшной полости не выявлено.

**Пальпация.** Поверхностная ориентировочная пальпация: при поверхностной пальпации болезненность и напряжение брюшной стенки не выявлено. Расхождение прямых мышц живота и наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи, пиретонеальных симптомов и симптома Щеткина - Блюмберга не выявлено. Поверхностно расположенных опухолевидных образований не обнаружено.

**Методическая глубокая пальпация по Образцову – Стражеско**

При пальпации сигмовидной кишки определили, что орган представляет собой цилиндр гладкий, плотный, безболезненный легко смещаемый, размером около 3 см, при его пальпации урчания не определяется. При пальпации слепой кишки определили, что орган мягкий, эластической консистенции, безболезненный, размером 3см, поверхность гладкая, при пальпации урчания не наблюдалось. При пальпации поперечной ободочной кишки определили ,что орган мягкий, эластической консистенции, безболезненный, легко смещается, не урчит, размер 5 см. При пальпации нисходящей и восходящей ободочной кишки определили, что органы в виде толстого, эластического, безболезненного цилиндра, размером около 4 см, урчание отсутствует. При пальпации большой кривизны желудка определили, что орган мягкий, гладкий, в виде эластического валика, практически безболезненный. При пальпации привратника (с предварительным определением нижней границы желудка методом перкуссии, перкуторной пальпации – определение шума плеска, а также методом аускультативной перкуссии) определили, что привратник пальпируется в виде эластического, косо расположенного, безболезненного цилиндра, размером 2 см. Наличие опухолевых образований не обнаружено.

**Аускультация:** Выслушивается периодическая перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен. Сосудистые шумы не выслушиваются.

**Печень и желчный пузырь.** Втягивания в области правого подреберья и ограничения дыхания не наблюдается.

**Перкуссия:**

**Границы печени по Курлову**

Верхняя граница абсолютной тупости: по правой срединно – ключичной линии 6 ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

По правой срединно – ключичной линии: на уровне реберной дуги

По передней срединной линии: на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка

По левой реберной дуге: на уровне левой парастернальной линии

**Размеры печени по Курлову**:

По правой срединно – ключичной линии - 9см

По передней срединной линии – 8 см

По левой реберной дуге – 7см

**Пальпация**

**Печень**:

Нижняя граница печени по срединно–ключичной линии – на уровне правой реберной дуги

По передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка.

Характеристика нижнего края печени: безболезненный, эластический, острый

Характеристика поверхности печени: гладкая, безболезненная

**Желчный пузырь**: не прощупывается, симптом Керра, френикус – симптом и симптом Ортнера отрицательны. Симптомы Мерфи, Лепене и Мюсси отрицательны.

**Аускультация:**

Шум трения брюшины в области правого подреберья не выслушивается.

**Селезенка.** Ограниченное выпячивание в области левого подреберья и ограничение этой области в дыхании не наблюдается.

**Перкуссия**

Длинник селезенки составляет 6см

Поперечник составляет 4 см

**Пальпация**

При пальпации селезенка не прощупывается

**Аускультация**

Шум трения брюшины в области левого подреберья не выслушивается.

**Поджелудочная железа.** Увеличение и уплотнение поджелудочной железы не выявляется. При пальпации безболезненная.

**Клиника поражения кожи**

Процесс распространенный, симметричный. Высыпания мономорфные, представлены папулами и бляшками различного размера, красного цвета. В основании элементов - хроническая воспалительная инфильтрация. Локализация высыпаний - волосистая часть головы, туловище, верхние конечности и грудь.

Первичный морфологический элемент - папула, диаметром от 0,5 см, красного цвета, округлых очертаний, четко отграничена. Папулы возвышаются над уровнем кожи, поверхность гладкая, консистенция плотная. Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек на груди и верхних конечностях.

Бляшки размерами до 10 см и более, красного цвета, плоские, возвышаются над уровнем кожи. Очертания неправильные, крупно-фестончатые, по краям ободок гиперемии. Кожный рисунок усилен.

Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные, мелко-пластинчатые, удаляются легко, безболезненно.

Ногтевые пластинки кистей рук деформированные, утолщенные, желтоватой окраски. Отмечается поперечная исчерченность, точечные вдавления (симптом "наперстка"). Свободный край легко ломается.

Результаты специальных методов исследования:

1. При диаскопии красный цвет папул исчезает.

2. При поскабливании выявляется триада псориатических феноменов (симптомы "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния").

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

Также присутствует феномен Кебнера – при механическом раздражении пораженных участков кожи вокруг появляются новые очаги. Слизистые оболочки не поражены.

**6. Предварительный диагноз**

Псориаз вульгарный

**7. План обследования**

1. ОАК, ОАМ.
2. Анализ кала на я/глист
3. Биохимический анализ крови
4. Реакция на сифилис, ВИЧ.
5. УЗИ брюшной полости.

6. Специальный метод для выявления триады Ауспитца

7. ЭКГ

**8. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

**Анализ крови: от 30.10.08.**

Гемоглобин 139 г/л

Эритроциты 4,22

Тромбоциты 299

Лейкоциты 8,1

Нейтрофилы:

палочкоядерные 5

сегментоядерные 41

эозинофилы 2

базофилы -

Лимфоциты 45

Моноциты 7

СОЭ 3 мм/ ч

Гематокрит 41%

**Анализ крови: от 05.11.08.**

Гемоглобин 125 г/л

Эритроциты 5,38

Тромбоциты 216

Лейкоциты 7,9

Гематокрит 52%

**Анализ крови: от 11.11.08.**

Гемоглобин 142 г/л

Эритроциты 4,31

Тромбоциты 241

Лейкоциты 11,6

Нейтрофилы:

палочкоядерные 1

сегментоядерные 79

эозинофилы 3

базофилы -

Лимфоциты 13

Моноциты 4

СОЭ 4 мм/ ч

Гематокрит 42%

**Анализ крови: от 23.10.08.**

Гемоглобин 147 г/л

Эритроциты 4,57

Тромбоциты 128

Лейкоциты 7,4

Нейтрофилы:

палочкоядерные 7

сегментоядерные 39

эозинофилы 2

базофилы -

Лимфоциты 13

Моноциты 8

СОЭ 3 мм/ ч

Гематокрит 44%

**Анализ мочи от 23.10.08.**

Глюкоза не обнаружена

Прозрачность прозрачная

Реакция кислая

Цвет соломенно-желтая

Белок \_\_

Лейкоциты 1-2 в поле зрения

Реакции на сифилис, ВИЧ и анализ кала на яйца глист отрицательные.

**9. Дифференциальная диагностика**

* Экзематозный процесс – часто развивается мокнутие, нет четких границ, процесс сопровождается сильным зудом, что не характерно для псориаза.
* Микроспории – выпадение волос или они обламываются на уровне 4-6 см от уровня кожи. Псориаз не поражает волосы. При поражении волосистой части головы волосы становятся сухими и тусклыми.
* Красный плоский лишай – папулы синюшно-красного цвета, полигональной формы с пупкообразным вдавлением, перламутровый блеск и сильный зуд. Сетчатый рисунок на поверхности папул.
* Нейродермит – сопровождается сильным зудом, лихенификацией, белым дермографизмом.

**10. Клинический диагноз и его обоснование**

На основе собранного анамнеза и выявленной клиники, осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований, проведенной дифференциальной диагностики и проведенных специальных методах обследования можно поставить диагноз – распространенный крупноочаговый псориаз прогрессирующая стадия зимняя форма. Такой диагноз можно выставить на основании физикального обследования: наличия розовых папул с венчиком роста; данных опроса о процессе развития заболевания: заболевание началось с появления розовых папул на волосистой части головы и на верхних конечностях. Также для постановки диагноза использовались диагностические пробы, такие как метод механического раздражения пораженных участков с целью получения феномена Кебнера, а также метод отшелушивания с выявлением триады Ауспитца. Оба симптома положительны, что также указывает на поставленный диагноз.

**11. Лечение**

Общее лечение:

1. Диета с ограничением животных жиров, обогащенная белками и витаминами, стол №1
2. Патогенетическая терапия, направленная на устранение хронической инфекции.
	* Индометацин – противовоспалительное и болеутоляющее действие

Rp.: Indometacini 0,025

D.t.d. №20 in capsulis

S. По 1 капсуле 2 раза в день.

1. Седативные средства – валериана, пустырник, реланиум.
2. Дезинтоксикационная терапия – Гемодез 400 ml в/в капельно №3 через день.
3. Антигистаминные препараты – Димедрол

Rp.: Tab. Dimedroli 0,05 №10

D.S.По 1 таблетке 2 раза в день.

1. Тиамина хлорид

Rp.: Thiamini chloridi 0,01

D.t.d. №20 in tab.

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

1. Циклоферон в ампулах по 2 ml через день
2. Системный антимикотик – Флуконазол

Rp.: Flyconasoli 0,15

D.t.d. №20 in caps.

S. По 1 капсуле в день.

1. Местное лечение:

2% салициловая мазь

Rp.: Acidi salicylici 2,0

Sulfuris praecipitati 2,0

Lanolini ad 100

M.f. unguentum

D.S. Наружно наносить на пораженные участки кожи.

**12. Прогноз и рекомендации**

Прогноз для выздоровления удовлетворительный, необходимо диспансерное наблюдение дважды в год. При обострении обращаться к дерматологу и выполнять лабораторные исследования, такие как ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови.