Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии

Зав. кафедрой: профессор …

Преподаватель: ассистент …

Куратор: студентка 435 гр. …

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: …

Диагноз:

Распространенный вульгарный псориаз, бляшечный, обычная форма, прогрессирующая стадия, зимний тип, фоточувствительный, редкорецидивирующее течение.

Барнаул 2008

Паспортная часть

Ф.И.О.: …

Возраст: 60 лет

Место жительства: …

Профессия: пенсионерка

Дата курации: 27.03.08. – 03.04.08.

Жалобы

Жалобы на момент курации: на незначительный зуд в области передней поверхности правой голени.

Жалобы на момент поступления: на симметричные высыпания на животе, разгибательных поверхностях локтевых суставов, передних поверхностях голеней, зуд, покраснение и отёк правой голени.

Anamnesis morbi

Считает себя больной уже 25 лет. Причину заболевания отметить затрудняется. Впервые жалобы на подобные высыпания появились в 1983 г. Высыпания были представлены папулами красного цвета, слегка возвышающимися над уровнем кожи в области передних поверхностей голеней, разгибательных поверхностей локтевых суставов. Пациентка обратился в АКП г. Барнаула к дерматологу, где ей был поставлен диагноз "псориаз". Чем лечилась, не помнит. Раз в несколько лет в осенне-зимний период бывают рецидивы, причиной которых пациентка считает сезонность и нервные перенапряжения. Обострение начинается с папулезных высыпаний на передних поверхностях обоих голеней, на туловище, где вследствие разрастания и слияния папул образуются бляшки. Папулы и бляшки покрываются чешуйками серебристо-белого цвета. Высыпания сопровождаются небольшим зудом. Для улучшения состояния больная использует салициловую мазь, проходит санаторно-курортное лечение. Последнее обострение возникло в середине октября 2007г после гибели дочери. Появились высыпания на животе, разгибательных поверхностях локтевых суставах, покраснение и отек правой голени. Обратилась в поликлинику к дерматологу. Была направлена в АККВД для облегчения состояния и подбора адекватной терапии. В стационар поступила 21.03.08. г. Получает УФО, цетрин, тиосульфат натрия в/в, витамины группы В в/м, 2% серно-салициловую мазь. Больная наблюдает улучшение состояния.

Anamnesis vitae

Больная родилась в с…., в полной семье вторым по счету ребенком. Мать умерла своей смертью в 82 года, отец страдал бронхиальной астмой, умер в 65 лет. Сестра, 68 лет, страдает пиелонефритом. Больная росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Сифилис, туберкулез, нервные и психические заболевания отрицает. Кожных и аллергических заболеваний в семье не было. Менструации начались в 13 лет, установились сразу, регулярные, безболезненные. Цикл 29 дней. Беременностей – 10, родов – 2; 8 медабортов, без осложнений. Беременности и роды без осложнений. Больная родила двух дочерей, старшая погибла в автокатастрофе, у младшей – проявления псориаза. Семейное положение – замужем. Проживает в благоустроенном частном доме с мужем и внуком. Работала мастером на керамзитобетонном заводе, затем крановщицей, позже – диспетчером на торговой базе. На данный момент на пенсии. Вредных привычек не имеет.

Общий статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, конституция гиперстеническая, повышенного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Опорно-двигательная система без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=17. 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.

Аппетит сохранен, стул в норме. Осмотр полости рта: язык слегка обложен беловатым налетом, видимые слизистые влажные, миндалины не увеличены. Живот симметричен. Поверхностная пальпация безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Размеры печени по Курлову в норме. Жалоб со стороны мочеполовой системы нет, почки не пальпируются. Состояние эндокринной системы без патологии.

Специальный статус больной

Анатомо-физиологические особенности кожи: кожа сухая, потоотделение снижено в период заболевания, слюноотделение в норме, пигментация кожи не нарушена (очагов депигментации и гиперпигментации не обнаружено). Дермографизм красный, скрытый период 8 секунд, явный около 1 минуты, локализованный, не возвышается над уровнем кожи. Мышечно-волосковый рефлекс выражен достаточно.

Общее описание дерматоза

Процесс распространенный, симметричный. Локализуется на животе, обеих голенях, руках. Расположение сыпи групповое. Характер высыпаний воспалительный. Высыпания мономорфные, представлены папулами и бляшками.

Детальное описание дерматоза

 Найден первичный морфологический элемент – папула, диаметром около 0,5 см, округлых очертаний, резко отграничена, розово-красного цвета, плотноватой консистенции. Папула слегка возвышается над уровнем кожи. После сыпи рубцов, участков депигментации не остается. Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек.

Бляшки размером до 10 см и более, красного цвета, плоские, несколько возвышаются над поверхностью кожи. Очертания неправильные, вокруг ободок гиперемии. Бляшки покрыты рыхлыми чешуйками серебристо-белого цвета. Чешуйки мелкопластинчатые, легко и безболезненно удаляются, без образования корочек. При поскабливании бляшки отмечается дробление чешуек, и поверхность приобретает сходство с каплей застывшего стеарина. При последующем поскабливании и, удалив все чешуйки, обнаруживается тонкая полупрозрачная пленка. Если продолжить поскабливание, на поверхности бляшки проступают мельчайшие капельки крови. Таким образом, выявляется триада псориатических феноменов (симптомы "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния").

Предварительный диагноз

На основании жалоб больной на симметричные высыпания на животе, обеих голенях, разгибательных поверхностях локтевых суставов, незначительный зуд; на основании анамнеза (выявлено, что заболевание имеет длительное течение с редкими рецидивами в осенне-зимний период) и объективного исследования (наличие у больной распространенных высыпаний, первичным элементом которых является папула, а также триады псориатических феноменов) можно предположить, что у больной псориаз. Распространенный (т.к. имеются множество элементов на теле); сыпь типичная, значит это вульгарный псориаз; крупнобляшечный (т.к. имеются изолированные бляшки 15 и более см); тяжесть течения – обычная (нетяжелая форма – поражена 1/3 кожи); прогрессирующая стадия (характерно появление свежих милиарных высыпаний, продолжается рост уже имевшихся папул, яркая окраска); сезонность высыпаний – зимний тип; фоточувствительный (УФ-лучи оказывают положительный эффект, способствуют регрессу элементов); редкорецидивирующий (раз в несколько лет).

План дополнительных методов исследования

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови RW

Сахар крови

Общий анализ мочи

Дифференциальный диагноз

Псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, нейродермитом, микробной экземой, т.к. эти заболевания имеют сходную клиническую картину.

* Псориаз - Красный плоский лишай.

Сходства:

1) Факторы, предшествующие заболеванию (провоцирующие), - стрессовые ситуации: психо-эмоциональное перенапряжение, травмы, острые заболевания.

2) Первичный элемент – папула.

3) Сыпь – мономорфная, распространенная, симметричная.

4) Течение – хроническое, длительное.

5) Наличие изоморфной реакции Кебнера.

Различия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Псориаз | Красный плоский лишай |
| Локализация | Наружная разгибательная поверхность, поясница, волосистая часть головы | Сгибательная поверхность и слизистая полости рта |
| Зуд | Отсутствует | Присутствует |
| Папулы | Шаровидные, круглые. | Полигональные |
| розовые | синюшно-красные  |
| с мелкими серебристыми чешуйками | с гладкой, блестящей поверхностью с продавленным центром за счет гиперкератоза |
| Эволюция папул. | Склонность к периферическому росту бляшки | Склонность к группированию мелких папул (по типу булыжной мостовой), с образованием бляшки |
| Сезонность | есть | нет |
| Генерализация | Образуется псориатическая эритродермия. | Слияние папул не характерно |
| Суставы | Псориатический артрит | Не поражаются |
| Специфические симптомы | Псориатическая триада Ауспитца, стадийность течения, симптом наперстка на ногтях | Сетка Уикхема (неравномерный гранулез), симптом папоротника на слизистой щек. Симптом Бенье - болезненность при граттаже папул красного плоского лишая |
| Прогноз | Неблагоприятный: пожизненное течение | Благоприятный: вылечивается |

* Псориаз - Нейродермит ограниченный.

Сходства:

1) Факторы риска: отрицательные эмоции, длительное физическое и умственное напряжение, неупорядоченный режим жизни.

2) Прослеживается связь заболевания с нейроэндокринными нарушениями, наследственной предрасположенности, имеют значение нерационально питание, интоксикации, болезни органов пищеварения.

3) Первичный элемент – папула.

4) Сыпь - мономорфная.

5) Возможна генерализация процесса до эритродермии ( при переходе в диффузную форму).

6) Хроническое, торпидное течение, с периодами относительной ремиссии.

7) Вариант общей локализации – межягодичная и паховые складки.

Различия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Псориаз | Нейродермит |
| Локализация | Наружная разгибательная поверхность, поясница, волосистая часть головы | Задняя и боковая поверхность шеи, лицо, сгибательная поверхность конечностей (локтевые и коленные сгибы) |
| Зуд и, как следствие, расчесы на коже | Не характерны. | Очень сильный приступообразный зуд. Множественные экскориации, трещины |
| Папулы. Очаг поражения |  Папулы, розовые, округлые, шелушащиеся, склонные к периферическому росту и слиянию с образованием четко отграниченных бляшек (лентикулярных, нуммулярных), с правильными контурами |  Папулы, слабо-розовые (цвета кожи), ромбовидные, гладкие, имеющие тенденцию к слиянию в сплошные зоны инфильтрации с последующей лихенизацией кожи (похоже на увеличенный кожный рисунок). Очаг неправильных очертаний |
| Остальная кожа | Папулы возникают на здоровой коже | Кожа сухая, с сероватым оттенком |
| Распространенность процесса | Более характерна: множественные, диссеминированные, симметричные высыпания | 2 формы: ограниченный, диффузный |
| Ногти | Симптом наперстка  | Блестящие полированные ногти |
| Общее состояние | Удовлетворительное, при не осложненных формах | Нарушен сон, аппетит. Раздражительность, плаксивость, снижение массы тела, гипотония, адинамия, снижение секреции ЖКТ |
| Сезонность | Характерна | Не характерна |
| Специфические симптомы. |  Симптом Кебнера. Триада Ауспитца. Стадийность течения: прогрессирующая, стационарная, регрессирующая стадии | Белый дермографизм. Три зоны очага поражения: центральная - лихенизация кожи, средняя - множество папулезных мелких блестящих высыпаний, периферическая – гиперпигментация |
| Анамнез заболевания | В анамнезе либо дежурные бляшки, либо характерные рецидивы псориаза. | В анамнезе экссудативный диатез, детская экзема, детская почесуха, экзема взрослых, почесуха взрослых. |

* Псориаз - микробная экзема*.*

Сходства:

1)Хроническое заболевание.

2) Нуммулярные очаги (при нуммулярной экземе).

3) Резко ограниченные, крупнофестончатые или округлые очаги, с чешуйками на поверхности.

4) Общая локализация на разгибательных поверхностях конечностей и тыле кистей.

Различия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Псориаз | Экзема. |
| Рецидивы | + | - |
| Сезонность | + | - |
| Связь с наследственность | + | - |
| Островоспалительные явления | - | + |
| Этиология | Мультифакторное заболевание.  | Инфекция. |
| Сыпь | Распространяется по всему телу, симметричная. | Асимметричные высыпания. Длительное время - изолированное поражение вокруг очага инфекции. |
| Первичные элементы сыпи | Мономорфизм: папулы.  | Полиморфизм: эритема, папула, везикула, пустула.  |
| Очаги поражения | Розового цвета, плоские, с серебристыми чешуйками | Синюшно-застойного цвета, с бордюром отслоившегося эпидермиса, мокнутием, чешуйками и корочками подсыхания |
| Стадии | Прогрессирующая, стационарная, регрессирующая. Отличаются появлением и ростом папул, интенсивностью их шелушения, наличием ободка роста или атрофического ободка. | - эритематозная стадия. - ст. папул и микровезикул.- ст. мокнутия. - корки подсыхания. - ст. лихенизации  |
| Прогноз в отношении заболевания | Неблагоприятный | Благоприятный |

Окончательный диагноз:

Таким образом, после проведения более углубленного изучения, дополнительных методов исследования, а также на основании жалоб, данных анамнеза и клинической картины можно поставить окончательный диагноз: Распространенный вульгарный псориаз, бляшечный, обычная форма, прогрессирующая стадия, зимний тип, редкорецидивирующее течение.

Диагноз основывается на следующих данных:

1. Наличие у больного множественных характерных папулезных вы-

сыпаний красного цвета, в том числе в типичных для псориаза

местах (на разгибательных поверхностях локтевых суставов).

2. Наличие патогномоничной для псориаза триады феноменов: "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния".

Это все свидетельствует о наличии у больного псориаза.

3. Длительное течение заболевания с рецидивами раз в несколько лет в

осенне-зимний период.

Значит, это редкорецидивирующее течение, зимний тип.

4. Отсутствие у больного ряда признаков, характерных для атипичных клинических форм псориаза.

Следовательно, это вульгарный псориаз.

5. Тенденция к периферическому росту и слиянию первичных элементов, наличие ободка гиперемии.

Это подтверждает прогрессирующую стадию заболевания.

6. Размеры бляшек более 6-7 см.

Значит, это бляшечный псориаз.

7. Поражение менее 1\3 поверхности тела.

Следовательно, тяжесть течения обычная.

Этиология и патогенез

Псориаз - мультифакторное заболевание. Различают два типа псориаза. Псориаз I типа связан с системой HLA антигенов (HLA Cw6, HLA B13, HLA B 17). Этим типом псориаза страдает 65% больных, дебют заболевания приходится на молодой возраст (18-25 лет). Псориаз II типа не связан с системой HLA антигенов и возникает в более старшем возрасте.

Несомненно, большую роль в патогенезе псориаза играют изменения иммунной системы, обусловленные либо генетически, либо приобретенные под влиянием внешних и внутренних факторов. Провоцирующими моментами могут являться травмы кожи, стресс, применение некоторых медикаментов, злоупотребление алкоголем, инфекционные заболевания (особенно вызванные стрептококком, вирусными болезнями) и др.

 Нарушения иммунной системы выявляются как на клеточном, так и гуморальном уровне и заключаются в изменениях содержания иммуноглобулинов основных классов, циркулирующих иммунных комплексов, пула лимфоцитов в периферической крови, В- и Т- популяций и субпопуляций лимфоцитов, клеток-киллеров, фагоцитарной активности сегментоядерных лейкоцитов.

Считается, что первичные изменения при псориазе происходят как на уровне клеток дермального слоя, так и эпидермиса. Нарушения регуляции в клетках дермы вызывают избыточную пролиферацию в основном нормального эпидермиса.

Гиперпролиферация кератиноцитов приводит к секреции цитокинов и эйкозаноидов, которые обостряют кожное воспаление. В очагах поражения эпидермиса клетки, презентирующие антиген, продуцируют интерлейкин-1. Вероятно, интерлейкин-1 идентичен фактору активации Т-лимфоцитов эпидермиса (ETAF), который продуцируется кератиноцитами и активирует лимфоциты тимуса. Интерлейкин-1 обусловливает хемотаксис Т- лимфоцитов и за счет стимулирования их миграции в эпидермис может отвечать за инфильтрацию эпидермиса этими клетками. Интерлейкины и интерфероны, продуцируемые Т- лимфоцитами, сами могут быть медиаторами в процессах гиперпролиферации кератиноцитов, а также медиаторами воспаления и таким образом способствуют поддержанию порочного круга, который определяет хронический характер псориаза.

Лечение

Лечение псориаза должно быть комплексным. Оно включает общую и местную терапию, физиотерапию, соблюдение режима и диеты. При назначении лечения необходимо учитывать стадию процесса, клиническую форму и тип псориаза.

* Антигистиминные препараты

Цетрин (Cetrin)

Цетрин относится к десенсибилизирующим антигистаминным средствам, проявляет седативные и снотворные свойства.

Rp. Cetrini - 0.01

D.t.d. N.20 in tabulettis.

S.По 1 таблетке утром.

* Десенсибилизирующие

Натрия тиосульфат обладает противотоксическим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действием.

Rp. Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml

D.t.d. N.5. in amp/

S. Внутривенно по 10 мл через день.

* Местная терапия

Серно-салициловая мазь обладает противовоспалительным действием

Rp.: Acidi salicylici - 2.0

Sulfuris praecipitati - 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

D.S. Наружное (2%-серно-салициловая мазь).

* Витаминотерапия

В6, В12, - п/к 1 раз в день

«Аевит» -по 1 драже 2 раза в день

* УФО № 10

Дневник наблюдения

27.03.08г.

Пульс - 73/мин. Частота дыхания - 17/мин. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний не появилось, уже имеющиеся высыпания не изменены.

Назначения:

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

- Sol. Natrii thiosulfati 30% 10 ml внутривенно.

- Cetrini по 1 таблетке утром.

-В6, В12, - п/к 1 раз в день

- 2%-серносалициловая мазь на очаги 2 раза.

- «Аевит» -по 1 драже 2 раза в день. Элементы уплощаются, бледнеют

31.03.08г.

Пульс - 70/мин

Частота дыхания - 18/мин

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет. Исчез венчик гиперемии вокруг бляшек. Элементы уплощаются.

Назначения:

- Cetrini по 1 таблетке утром.

-В6, В12, - п/к 1 раз в день

- «Аевит» -по 1 драже 2 раза в день.

- 2%-серносалициловая мазь на очаги 2 раза.

02.03.08г.

Пульс - 75/мин. Частота дыхания - 17/мин. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Элементы уплощаются, бледнеют.

Назначения:

- Sol. Natrii thiosulfati 30% 10 ml внутривенно.

- Cetrini по 1 таблетке утром.

В6, В12, - п/к 1 раз в день

«Аевит» -по 1 драже 2 раза в день.

- 2%-серносалициловая мазь на очаги 2 раза.

Эпикриз

…, 60 лет, находится на стационарном лечении в АККВД с 21 марта 2008 г с диагнозом: распространенный вульгарный псориаз, бляшечный, обычная форма, прогрессирующая стадия, зимний тип, фоточувствительный, редкорецидивирующее течение. Больная поступила с жалобами на симметричные высыпания на животе, разгибательных поверхностях локтевых суставов, передних поверхностях голеней, зуд, покраснение и отёк правой голени. При объективном обследовании выявлены на коже живота, конечностей обнаружены крупные бляшки и папулы красного цвета, слегка возвышающиеся над уровнем кожи с чешуйками серебристо-белого цвета. По краям элементов - ободок гиперемии. Получена триада псориатических феноменов. Назначено лечение: раствор натрия тиосульфата 30% 10 мл внутривенно через день N.5, цетрин по 1 таблетке утром, эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день, местно - 2%-серно-салициловая мазь 2 раза в день, УФО. Лечение переносится без осложнений. В результате лечения отмечено улучшение состояния: новые элементы не образуются, шелушение старых элементов уменьшилось, элементы бледнеют, уплощаются.

Рекомендовано:

1. Придерживаться молочно-растительной диеты с ограничением углеводов и животных жиров.

2. Избегать стрессовых ситуаций.

3. В домашних условиях применять хвойные и горчичные ванны.

4. Местно применять псориазин, "Бетновейт".

5. Регулярное диспансерное наблюдение.

6. Санаторно-курортное лечение в Пятигорске, Кисловодске, Белокурихе.