

Бавеян С. С.

ПСОРИАЗ. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Шелихов В. Г.

Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии

Кемеровского государственного медицинского университета г. Кемерово

Актуальность. Псориаз является системным заболеванием, патологические изменения могут наблюдаться во внутренних органах и суставах. Псориаз способствует прежде всего развитию ишемической болезни сердца, мозга, почек.

Цель: проанализировать факторы риска летального исхода заболевания пациента, длительно страдавшего псориазом и не проходившего регулярного обследования.

Материалы и методы. История болезни курируемого мною пациента Г., страдавшего артропатическим псориазом и находившегося на лечении в Кемеровской областной клинической больнице скорой медицинской помощи с 23.10.2018 г. по 10.11.2018 г.

Результаты и их обсуждение. Больной Г., 74 –х лет переведен из областного кожно-венерического диспансера вследствие ухудшения состояния больного, появления инспираторной одышки при минимальной физической нагрузке, отечности рук и ног. Псориаз с детства, регулярного лечения не получал, обследования были минимальные.

При осмотре состояние средней степени тяжести, бледные кожные покровы и видимые слизистые, гиперемизированные псориазические поражения кожи головы, туловища, конечностей, местами кровоточащие, имеются буллезные высыпания на спине, петехии, гематомы. Язвенный стоматит. Дыхание ослаблено в нижних отделах, больше слева, ритм сердечной деятельности неправильный, частотой 84 в 1/мин.

Р-логически: застой в малом кругу кровообращения, отек легких. Левосторонний гидроторакс. ЭКГ сидя: синусовый ритм с ЧСС 85 в 1/мин. Редкие одиночные мономорфные желудочковые, редкие одиночные и парные предсердные экстрасистолы. Обменные нарушения миокарда. Эхо-КС на фоне нерегулярного ритма: сократительная способность миокарда умеренно снижена. Диффузная гипокинезия миокарда. Умеренная легочная гипертензия. Гидроперикард. Склероз Ао, АК, МК.

ОАК: Нб – 83 г/л, лейкоц. - $12,1 \times 10^9$ /л, эр - $3,18 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,78; сегментоядерные нейтрофилы – 88%. СОЭ – 55 мм/час, Биохимия крови: глюкоза 8 ммоль/л, общий белок – 62 г/л, мочевины – 13,9 ммоль/л; креатинин 179 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 101%. УЗИ почек: в правой почке конкремент до 6 мм. ФЭГДС: слизистая пищевода с множественными микотическими бляшками. Слизистая желудка анемична, на этом фоне единичные геморрагические эрозии. Привратник зияет, начальные отделы ДПК деформированы, слизистая бледная с множественными поверхностными изъязвлениями, эрозиями, на дне серый налет фибрина. На фоне лечения усилилась энцефалопатия, летальный исход вследствие остановки сердечно-сосудистой деятельности.

Посмертный эпикриз: Псориаз артропатический с поражением кожных покровов, почек. ХБП 3Б стадии. МКБ. Камень правой почки. Хронический пиелонефрит. Внебольничная пневмония, ДН II-III. Отек легких. Эрозивный эзофагогастродуоденит (НПВС ассоциированный). Микоз пищевода. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение легкой степени тяжести. Анемия тяжелой степени тяжести. Энцефалопатия сложного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая, гипоксемическая). ХИГМ 2-3 ст. Атеросклероз церебральных сосудов. Отек головного мозга.

Основными факторами риска летального исхода явились системные сосудистые поражения: сердца, головного мозга, почек. Присоединение на этом фоне пневмонии и развитие ДН II-III степени способствовало наступлению смерти пациента.

Выводы. 1. При ведении больного с псориазом необходимо предусмотреть своевременное проведение углубленного параклинического обследования. 2. При выявлении изменений проводить своевременное лечение с привлечение профильных специалистов.