**1) ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 34 года
3. Место работы:
4. Место жительства:
5. Время поступления в клинику:
6. Диагноз при поступлении: обширный псориаз
7. Дата курации

**2) ЖАЛОБЫ**

Жалобы при поступлении: изменение окраски кожи в области лица, живота, плеч и предплечий и легкий зуд. Наступившие 2 недели назад.

Со стороны других органов и систем жалоб нет.

**3)ANAMNES MORBI**

Пациент считает себя больным с 18 лет, когда у него впервые появились высыпания на волосистой части головы, а затем на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов. Высыпания были представлены папулами красного цвета, возвышающимися над уровнем кожи. Пациент обратился в больницу к дерматологу, где ему был поставлен диагноз "псориаз". Ежегодно в осенне-зимний период бывают обострения. Единственной причиной рецидивов пациент считает сезонность. Обострение начинается с папулезных высыпаний на волосистой части головы, затем процесс переходит на разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов и на туловище, где вследствие разрастания и слияния папул образуются бляшки. Папулы и бляшки покрываются белесоватыми чешуйками. Высыпания сопровождаются небольшим зудом, иногда - чувством стягивания кожи. Пациент лечился в Нефтекамском КВД, затем был направлен в город. Лечение перенес без осложнений, выписан со значительным улучшением. Со слов пациента, наилучший эффект оказывает эссенциале. После лечения период ремиссии длится около 5 месяцев. Последнее обострение возникло в конце октября 2005г. Пациент ничем не лечился, после обращения к дерматологу был направлен в стационар РКВД, поступил 9/ХI 2005г.

**4)ANAMNES VITAE**

Пациент родился в рабочей семье, 1-м ребенком 17 ноября 1971года. Рос и развивался соответственно возрасту. Окончил 10 классов. Затем уехал в Пермскую область, обучаться на сварщика. Кем и работает с 1994 года

В настоящее время неженат. Проживает в благоустроенном доме, один. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Свободное время проводит на приусадебном участке или отдыхает дома. Не курит, выпивает очень редко, так как это провоцирует рецидив заболевания.

Кровь не переливалась, донором был. Аллергических реакций у себя и родственников не отмечает. Экссудативный диатез, кожные заболевания в детстве, вирусный гепатит, туберкулез отрицает

Наследственный анамнез: отягощён: отец страдает псориазом с 20 лет (но последние 4 года обострений не наблюдается), мать больна сахарным диабетом.

**5)НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Положение больного активное. Патологических изменений головы и лица нет. Температура тела 36,6.

Телосложение нормостеничное, осанка-прямая, рост-172 см, масса тела- 70 кг.

Видимо здоровые участки кожного покрова розовой окраски, чистые, умеренно влажные и эластичные, рисунок не усилен, кровенаполнение достаточное. Кожа теплая. Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Толщина кожной складки на передней поверхности живота 3 см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет. Кожные фолликулы не изменены. Отмечаются отдельные пигментные невусы. Патологических элементов нет. Волосы густые, черные, мягкие, эластичные. Оволосение по мужскому типу. Ногти желтоватой окраски, утолщенные, поперечно исчерченные, с точечными вдавлениями. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо: 1,5-2 см.

Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет. Передние шейные, подмышечные и паховые узлы при пальпации безболезненные, эластичные, подвижные, размеры - до 1 см. Остальные группы узлов не пальпируются. Развитие мышц туловища и конечностей хорошее. Одноименные группы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Тонус сгибателей и разгибателей конечностей сохранен. Парезов и параличей нет. Мышечная сила выраженная, болезненность при пальпации отсутствует. Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый, телосложение правильное. Болезненность при пальпации грудины, трубчатых костей, позвоночника отсутствует. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отеков нет. Болезненности при пальпации суставов нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.Деформации со стороны костной системы отсутствуют.

Суставы безболезненны, объём активных и пассивных движений в норме.

6)Со стороны дыхательной системы жалоб не отмечается. Боли, одышки, кашля, мокроты, кровохаркания, удушья не наблюдается.

При осмотре форма носа не изменена, дыхание через нос – свободное. Носовых кровотечений нет.

В области гортани изменений нет, голос - громкий.

Грудная клетка в виде усечённого конуса направленного основанием вверх, подключичные ямки запавшие, расстояния между рёбрами – умеренные, угол между рёберными дугами примерно равен 90 градусам. Лопатки, ключицы выступают умеренно, боковой размер грудной клетки преобладает над переднезадним. Грудная клетка симметрична. Искривления позвоночника не обнаружено.

Тип дыхания брюшной. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям. Дыхательные движения симметричны. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Число дыхания 20 в минуту. Глубокое, ритмичное дыхание. Признаков затруднения дыхания не выявлено.

При пальпации болезненных участков не выявлено. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание симметрично.

При сравнительной перкуссии слышен ясный лёгочный звук. При топографической перкуссии определены *границы лёгких:*

Величина полей Кренига справа-5см слева-6 см.

*Верхняя граница справа слева*

Спереди на 3 см выше ключицы на 4 см выше ключицы

Сзади на уровне 7 шейного позвонка

Нижняя граница:

Окологрудинная линия 5 межреберье -

Среднеключичная линия 6 ребро -

Передняя подмышечная линия 7 ребро 7 ребро

Средняя подмышечная линия 8 ребро 8 ребро

Задняя подмышечная линия 9 ребро 9 ребро

Лопаточная линия 10 ребро 10 ребро

Околопозвоночная линия остистые отростки 11 грудного позвонка

*Дыхательная экскурсия нижнего края лёгких*:

Среднеключичная линия 5см -

Средняя подмышечная линия 7см 7 см

Лопаточная 5см 5см

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов не наблюдается. Бронхофония симметрична с обеих сторон.

В) Заболеваний сердечно-сосудистой системы не наблюдается, жалобы отсутствуют. При осмотре не видно пульсации сонных артерий, вен. Верхушечный толчок не пальпируется.

Перкусиия:

*Границы относительной тупости сердца*:

Правая на 1 см правее от окологрудинной линии

Левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя на уровне 3 ребра на 1,5 см от окологрудинной линии

Поперечник сердца = 11 см

Ширина сосудистого пучка 5 см

*Границы абсолютной тупости сердца*

Правая по левой окологрудинной линии

Левая на 1 см от линии относительной тупости сердца.

Верхняя 4 ребро.

При аускультации сердечные сокращения ритмичные. Первый тон ослаблен, второй тон нормальной звучности, патологические шумы не выслушиваются. Пульс одинаковый, синхронный, умеренного напряжения, полный, ритмичный; артерии эластичные, артериальная стенка - гладкая. Пульс равен 75 ударам в минуту. Артериальное давление- 110/80. Дефицита пульса не отмечается.

Г) При осмотре полости рта язык красный, влажный, выраженность сосочкового слоя плохая, есть трещины.

Состояние зубов – настоящих 10, на обеих челюстях коронки; десны, мягкое и твердое небо, зев обычной окраски.

Миндалины не увеличены, без налетов. Аппетит сохранён, стул 1-2 раза в сутки, умеренный, оформленный, коричневого или желто-коричневого цвета. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта не наблюдалось.

Пальпация

Поверхностная:

Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая:

Нисходящая ободочная кишка при пальпации безболезненна, сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде поперечно расположенного цилиндра, умеренно-плотной консистенции диаметром 3-4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. Большая кривизна желудка пальпируется на протяжении 10-12 см в виде валика. Привратник не пальпируется.

При перкуссии органов брюшной полости выслушивается тимпанический звук. Жидкость не обнаруживается.

При аускультации выслушиваются периодически возникающие звуки перистальтики кишечника в виде урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины отсутствует.

Д) болезненность в правом и левом подреберьях отсутствует, симптом поколачивания (Ортнера) отрицательный, также и в области поджелудочной железы, симптомы Василенко и Керра-Гаумена – отрицательные. Печень, Нижний край печени пальпируется на уровне реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая желчный пузырь не пальпируются.

*При перкуссии по Курлову определены границы печени:*

Верхняя граница абсолютной тупости печени

Нижняя граница печени: рёберная дуга

Правая срединоключичная линия -10см

Передняя срединная линия -9 см

Левая рёберная дуга- 8 см

Размеры селезёнки при перкуссии 15 см на 7 см.

Е) жалоб на мочевыделительные органы нет. Моча соломенно-желтого цвета, полиурия, отёков нет.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный

Ж) жалоб на систему половых органов не было. Мужской тип оволосения, голос низкий.

З) щитовидная железа не увеличена, пальпируется перешеек щитовидной железы. Ожирения по “буйволовому” типу не обнаружено. Сосудистая микроангиопатия нижних конечностей.

И) Жалоб на головные боли, головокружение нет. Работоспособность, память, внимание, сон в норме. Настроение хорошее, нераздражителен, общается, распространенно отвечает на вопросы. Слабости, дрожания, судорог, непроизвольных движений, а также нарушений кожной чувствительности, болей по ходу нервных стволов не наблюдается

Сознание ясное, ориентировка в месте, времени и ситуации адекватная. Интеллект соответствует уровню развития, ослабления интеллектуальных функций (внимания, снижения памяти, нарушения критики, снижения круга интересов) не прослеживается. Больной в клинике активен, общителен и уравновешен.

Острота зрения в норме, двоения в глазах нет, объём движений глазных яблок полный, реакция зрачков на свет положительная. Носогубные складки при оскале зубов симметричны. Расстройств глотания, дисфонии нет.

Двигательная сфера нарушена в виду ампутации обеих ног по верхнюю треть голени. Пальценосовая и коленно-пяточные пробы положительны. Объём движений и сила в конечностях умеренная. Роговичный, глоточный и сухожильные (коленный, ахиллов) рефлексы положительны. Патологические рефлексы (симптомы Бабинского и Россолимо) отрицательные.

**6) STATUS LOCALIS**

Процесс распространенный, симметричный. Высыпания мономорфные, представлены папулами и бляшками различного размера, красного цвета. В основании элементов - хроническая воспалительная инфильтрация. Локализация высыпаний - волосистая часть головы, лицо, туловище, верхние и нижние конечности, в том числе разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов. Первичный морфологический элемент - папула, диаметром до 0,5 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 35-40 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, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно. На спине, также в области бедер и голеней имеются очаги разрешившегося псориаза, представленные кольцевидными образованиями диаметром 5-10 см, с уплощением и гипопигментацией в центре.

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

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.

**7) ДИАГНОЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Распространенный псориаз, зимний тип, прогрессирующая стадия. Повод так судить дают следующие факты:

**1**. Наличие у больного распространенных высыпаний, в том числе в типичных местах (разгибательная поверхность локтевых и коленных суставов), первичным морфологическим элементом которых является папула.

**2**. Наличие триады псориатических феноменов.

**3.** Поражение ногтевых пластинок по типу "наперстка".

**4**. Длительное течение заболевания с ежегодными рецидивами в осенне-зимний период.

**5**. Наличие ободка гиперемии вокруг морфологических элементов.

**8) ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

* ОАК, ОАМ
* Биохимический анализ крови

**9)ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛНЫХ МЕТОДОВ ИСЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Анализ мочи от 10.11.05

Цвет светло-желтый

Белок отрицательно

Прозрачная

Эпителий 1-0-1

Реакция кислая

Уд. Вес 1019

Клинический анализ крови от 10.11.05.

Эритроциты 4.2\*1012

Нв 130

ЦП 0,93

Лейкоциты 4,0\*109

Нейтрофилы 7

Палочкоядерные 0

Сегментоядерные 61

Лимфоциты 29

Моноциты 3

СОЭ 10 мм/ч

Биохимический анализ крови от 16.03.05.

Общ. белок 74 г/л

Билирубин общ. 19,4 мкмоль/л

Креатинин 0,08 мкмоль

Тимоловая проба 2,0 Ед

АСТ 14,8 ед/л

АЛТ 21,6 ед/л

**10) КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Клинический диагноз:

Диссеминированный псориаз, осеннее-зимний тип, прогрессирующая стадия.

Диагноз основывается на следующих данных:

**1.** Наличие у больного множественных характерных папулезных высыпаний красного цвета, в том числе в типичных для псориаза местах (на разгибательных поверхностях крупных суставов).

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

**3**. Длительное течение заболевания с ежегодными рецидивами в осенне-зимний период.

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

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

Пункты 1 и 2 свидетельствуют о наличии у больного псориаза.

Пункт 3 говорит о зимнем типе заболевания.

Из пункта 4 видно, что это обычная форма псориаза.

Пункт 5, а также пункт 2 говорят о прогрессирующей стадии заболевания

**11) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

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 шелушение;

- 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 не характерные для розового лишая высыпания на волосистой части головы, а также псориатическая триада феноменов.

**12)ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Псориаз - одно из самых распространенных хронических, часто рецидивирующих заболеваний кожи. Существует множество теорий происхождения псориаза, но ни одна из них не получила признания, так как почти все теории являются не этиологическими, а патогенетическими. Многие теории в настоящее время имеют лишь историческое значение (туберкулезная, сифилитическая, грибковая, микрококковая и другие паразитарные).

Современные достижения вирусологии, генетики, электронно-микроскопических исследований, иммунологии, биохимии и других наук позволили значительно расширить представления об этиологии и патогенезе псориаза, но и сейчас этиология этого заболевания остается "дерматологической тайной" (Ю.К.Скрипкин).

Установлена значительная роль генетических факторов., на что указывает семейная концентрация больных, превышающая в несколько раз популяционную, и более высокая конкордантность монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными.

Сегрегационный анализ распределения больных в семьях свидетельствует о том, что в целом псориаз наследуется мультифакториально, с долей генетической компоненты, равной 60-70%, и средовой - 30-40% .

Это не исключает существование генетических факторов, определяющих иные типы наследования в отдельных родословных. Структура наследственного предрасположения пока не расшифрована, не определено значение конкретных нарушений, выявляемых у больных псориазом. Одной из причин этого является отсутствие генетического анализа их, очень важного, ибо, исходя из мультифакториальной гипотезы, псориаз представляет собой гетерогенное заболевание, что подтверждается и различиями в разных популяциях ассоциаций псориаза с генетическими маркерами, прежде всего с антигенами тканевой совместимости (система HLA). Имеются данные о возможной патогенетической значимости таких систем генетических маркеров, как Lewis, MN, Ss, Duffy, Hp, их роли в определении типа течения псориаза. Установлена генетическая детерминация нарушений липидного и в меньшей мере углеводного обмена у больных псориазом.

Высказывалось мнение о роли инфекций, прежде всего вирусной, но вирусы не обнаружены. Тем не менее, вирусная теория считается наиболее вероятной, так как ее сторонники располагают достаточно серьезными доводами: в пораженных тканях обнаруживаются элементарные тельца и тельца-включения; существуют специфические антитела; у лабораторных животных имеется восприимчивость к экспериментальному "заражению". Кроме того, ряд авторов обосновывают предположение о наличии специфического возбудителя системным характером процесса, а также некоторыми особенностями клиники: рост очагов от центра к периферии, разрешение элементов с центра; поражение костей и суставов по типу ревматоидного полиартрита; поражение волосистой части головы и ногтей; иногда острый, внезапный характер высыпаний с повышением температуры.

Имеются указания о возможном значении ретровирусов, которые могут обусловить генетические изменения. Некоторыми авторами обнаружена повышенная экспрессия ряда протоонкогенов в псориатических очагах.

У больных псориазом выявлены различные эпидермо-дермальные и общие нарушения (иммунные, нейро-эндокринные, обменные), однако их этиопатогенетическая значимость пока не решена. Например, обнаружены разнообразные отклонения в иммунном статусе больных: количественные и функциональные изменения иммунокомпетентных клеток, нарушение не специфических факторов защиты , наличие бактериальной, реже микотической сенсибилизации, признаков активации комплемента, циркулирующих сывороточных иммунных комплексов. Эти и другие факты легли в основу \_инфекционно-аллергической теории. (Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я.). Эта теория, в частности, базируется на общеизвестных наблюдениях возникновения псориаза после хронического тонзиллита, гриппа, ангины, пневмонии, обострения очагов фокальной инфекции или на фоне скрытого очага инфекции. Сторонники этой теории предполагают, что псориаз представляет собой проявление аллергической тканевой реакции на сложную структуру вирусов или микробных клеток стафилококков и стрептококков, либо на продукты их жизнедеятельности.

Авторы данной теории не исключают возможность того, что через ослабленный хронической инфекцией носоглоточный барьер легче проходят фильтрующийся вирус псориаза (если его существование будет окончательно доказано), стафилококки, стрептококки и их токсины, вызывающие сенсибилизацию, а затем аутосенсибилизацию организма и ослабляющие его сопротивляемость в отношении псориатического вируса. С этих позиций инфекционно-аллергическая теория имеет скорее патогенетическое, а не этиологическое значение.

Теория нарушения обмена веществ. основывается на установленной связи возникновения и течения псориаза с нарушениями обмена белков, углеводов и особенно холестерина и липидов на фоне баланса микроэлементов и электролитов, что способствует возникновению основных изменений в эпидермисе при псориазе - нарушению рогообразования и усилению эпидермопоэза. Специфические изменения в пораженной коже не происходят изолированно, а сочетаются с нарушениями метаболизма всего организма.

Большое значение в патогенезе псориаза отводится нарушениям в системе циклических нуклеотидов. Имеются данные о снижении содержания циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) в очаге псориаза, не подтвержденные работами, обнаруживших нормальный и даже повышенный уровень цАМФ; о сниженной активности аденилатциклазы, участвующей в синтезе цАМФ и повышенной - фосфодиэстеразы, разрушающей цАМФ, сниженной чувствительности аденилатциклазы к таким стимуляторам, как катехоламины, простагландины группы Е; о повышении содержания циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) и отсюда дисбалансе цАМФ/цГМФ. О тесной взаимосвязи различных звеньев в системе клеточного деления свидетельствуют данные о снижении содержания кейлонов и цАМФ с одновременным нарастанием гистамина .

При псориазе нарушены и другие регуляторные механизмы клеточной пролиферации: повышен уровень полиаминов, содержание простагландинов, экспрессия кальмодулина, активность протеиназ , фосфолипазы А 42 0, содержание арахидоновой кислоты и ее, количество рецепторов к фактору эпидермального роста, однако их взаимоотношение пока не выяснено. Значительное место в нарушении пролиферации кератиноцитов отводится фагоцитарной системе и прежде всего нейтрофилам. Экзоцитоз нейтрофильных гранулоцитов является одним из характерных гистоморфологических признаков псориаза. Он обусловлен как наличием в эпидермисе хемоаттрактантов, так и активацией самих нейтрофилов. Среди хемоаттрактантов - метабо литы арахидоновой кислоты и лейкотриены, эпидермальный тимоцитактивирующий фактор , активированные фракции комплемента, иммунные комплексы, активация эпидермальной протеинкиназы. Об активации нейтрофилов свидетельствуют повышение фагоцитарной и хемотактической активности, выработки супероксида, обладающего способностью к повреждению тканей и хемоаттракции, изменение цитоплазматических мембран, в связи с чем увеличивается сцепление с эндотелиоцитами, облегчающее переход клеток из крови в ткани. Иммунные на рушения хотя и рассматриваются как вторичные, тем не менее играют важную роль в развитии воспаления и поддержании патологического процесса. Им же, видимо, принадлежит и определенная роль в повреждении микроциркуляторного русла.

Большое значение в развитии воспаления имеют медиаторы, выделяемые различными клетками. Так, повышение проницаемости сосудистой стенки связано в первую очередь с гистамином и гистаминоподобными веществами, выделяемыми при дегрануляции тучных клеток, а также гидролазами, освобождающимися из нейтрофильных гранулоцитов. Активными медиаторами воспаления при псориазе являются простагландины, лейкотриены и другие производные арахидоновой кислоты. Повышенная локальная продукция метаболитов арахидоновой кислоты может быть вызвана цитокинами, высвобождаемыми моноцитами или кератиноцитами. Поддерживать воспаление при псориазе могут сниженная активность ингибитора эпидермальной тиолпротеиназы, нарушения в системепротеазы - антипротеазы. Возрождается интерес к \_неврогенной гипотезе . развития псориаза. Неврогенная концепция подчеркивает значение нервно-психических факторов в происхождении псориаза. А.Г. Полотебнов считал псориаз одним из проявлений вазомоторного невроза, развивающегося на фоне функциональной слабости нервной системы, которая нередко передается по наследству. Псориаз часто возникает после психической травмы, умственного перенапряжения, длительных отрицательных эмоций, что приводит к развитию в коже нарушений секреторно-иннервационного характера. У ряда больных псориазом наблюдаются выраженные симптомы заболевания различных отделов центральной нервной системы. При исследованиях функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы выявлены разнообразные нарушения у большинства больных псориазом. Однако, остается неясным основной вопрос: являются ли изменения нервной системы у больных псориазом причиной болезни или ее следствием.

На основании вышеизложенного можно определить псориаз как мульифакториальный дерматоз с доминирующим значением в развитии генетических факторов. Другими патогенными факторами являются изменения ферментного, липидного обмена, эндокринные дисфункции и функциональные аномалии промежуточного мозга, сдвиги аминокислотного метаболизма, нередко сочетание с очагами фокальной инфекции. На генетический аппарат клеток могут оказывать патогенное влияние фильтрующиеся вирусы, что влечет за собой нарушения контроля биохимических процессов (вирусно-генетическая гипотеза.).

Что касается больного, то из анамнеза явно прослеживается наследственная природа дерматоза.

**13)ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Режим больного - общий.

Медикаментозная терапия носит патогенетический и симптоматический характер, поскольку вопрос об этиологии заболевания окончательно не решен.

Основываясь на имеющихся данных, больному следует назначить детоксикационную и десенсибилизирующую терапию, а также препараты, нормализующие жировой и углеводный обмен.

Местно следует использовать противовоспалительные, кератолитические, разрешающие средства.

Общая терапия.

1.Димедрол (Dimedroli)

Димедрол имеет специфический антагонизм с гистамином (по отношению к Н1-рецепторам) и оказывает выраженный противоаллергический эффект. Для димедрола характерны выраженные седативный и гипнотический эффекты. Кроме того, у димедрола есть отчетливое ганглиоблокирующее влияние и умеренный спазмолитический эффект. У димедрола, как и у всех препаратов этой группы, есть анестезирующее свойство, противорвотное действие. Длительность действия димедрола - 4-6 часов.

Применяют препараты группы димедрола и димедрол в частности при различных аллергических состояниях, особенно при задействовании кожи и слизистых, при : - крапивнице; - кожном зуде; - псориазе.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. в/в 1 мл

2. Цианкобаламин (Cyancobalaminum)

В качестве витаминотерапии.

Rp.: Sol.Cyancobalamini 0,01% - 1 ml

D.t.d. № 10 in amp.

S. Вводить по 1 мл внутримышечно 1 раз в два дня.

3. Натрия тиосульфат (Natrii thiosulfas)

Натрия тиосульфат обладает противотоксическим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действием. Применяется в прогрессирующей стадии псориаза.

Rp. Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10 ml

D.t.d. N.5.

S. Внутривенно по 10 мл через день.

4. Эссенциале (Essentiale)

Эссенциале оказывает нормализующее действие на метаболизм жиров, белков и на детоксицирующую функцию печени. Содержит витамины группы В, Е, фосфолипиды, никотинамид. Применяется в прогрессирующей стадии псориаза.

Rp. Essentiale N.50 in capsulis.

D.S.По 2 капсулы 3 раза в день.

В дальнейшем при переходе заболевания в стационарную стадию следует назначить витамины группы В и С, пирогенал, АТФ, УФО. Данная терапия направлена на стимуляцию собственного иммунитета, ускорение репаративных процессов, коррекцию тканевой регуляции.

На этапе долечивания можно рекомендовать прием глицерама, бефунгина. Эти препараты нормализуют липидный обмен, сосудистый тонус; обладают противовоспалительным и антиаллергическим действием.

Для длительного приема в период ремиссии следует назначить витамины, алоэ, препараты группы адаптогенов (сапарал, элеуторококк), которые нормализуют состояние центральной нервной системы, а также системы адаптации.

Местная терапия.

В качестве лекарственной формы для наружной терапии следует использовать мазь, так как данная форма наилучшим образом соответствует характеру процесса: хроническое воспаление, сопровождающееся застойной гиперемией, инфильтрацией, гипер- и паракератозом. Противопоказания к применению мази (наличие мокнутия) отсутствуют.

Механизм действия мази заключается в усилении кровообращения за счет уменьшения теплоотдачи и согревания кожи, что способствует разрешению инфильтрата. Под слоем мази происходит накопление влаги, что способствует разрыхлению рогового слоя эпидермиса и более глубокому проникновению лекарственных веществ. Кроме того, мазевая основа размягчает чешуйки и способствует их удалению.

В прогрессирующей стадии следует применять нераздражающие мази.

В такую мазь необходимо ввести следующие активнодействующие вещества:

*- сера.*

Обладает противовоспалительным и разрешающим действием. За счет расширения сосудов, усиления кровотока и оживления обменных процессов в пораженных тканях способствует разрешению инфильтрата.

*- салициловая кислота.*

Обладает кератолитическим действием. В малых концентрациях вызывает отшелушивание рогового слоя, в больших - мацерацию.

Rp.: Acidi salicylici - 2.0

Sulfuris praecipitati - 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

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

При переходе заболевания в стационарную стадию в мазь в качестве разрешающего средства можно ввести деготь (3-5%). Однако, деготь необходимо применять осторожно, так как у больного распространенные и обширные очаги поражения, что увеличивает площадь всасывания дегтя, в связи с чем велик риск развития побочных эффектов (раздражение кожи, явления общей интоксикации, поражение почек).

В стационарной стадии также можно применять псориазин, антипсориатикум.

Во всех стадиях процесса показаны мази с кортикостероидами ("Локакортен", "Флуцинар", "Бетновейт"), так как они обладают противовоспалительным и десенсибилизирующим действием.

**15) ДНЕВНИК**

22/ХI 05г.

1. Пульс - 60/мин

Частота дыхания - 20/мин

2 опрос и клиническое обследование больного.

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

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

- Essentiale по 2 капсулы 3 раза.

23/ХI 05г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 20/мин

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Плохо спал. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

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

- Essentiale по 2 капсулы 3 раза.

24/ХI 05г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 20/мин

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Элементы уплощаются.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

- Essentiale по 2 капсулы 3 раза.

25/ХI 05г.

1. Пульс - 76/мин

Частота дыхания - 24/мин

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалобы на лёгкую тошноту после принятия Эссенциале. Общее состояние удовлетворительное. Элементы уплощаются, бледнеют.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

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

- Essentiale по 2 капсулы 3 раза.

28/ХI 05г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 20/мин

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалобы на лёгкую тошноту после принятия Эссенциале. Общее состояние удовлетворительное. Элементы уплощаются, бледнеют, но сохраняется незначительное шелушение. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

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

- Essentiale по 2 таблетки 3 раза.

**16)Лист основных показателей состояния больного**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  | |  | | 22 | | 23 | | 24 | | 25 | | 26 | | 27 | | 28 | | 29 | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**17) Прогноз**

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный. 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 в Пятигорске, Кисловодске.

**18) Выписной Эпикриз**

ФИО, 34 года, находится на стационарном лечении в РКВД с 9 ноября 2005 года по поводу распространенного псориаза, прогрессирующей стадии.

Больной 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, слегка шелушащиеся. По краям элементов - ободок гиперемии. Получена триада псориатических феноменов. В области голеней, бедер, на спине очаги разрешившегося псориаза.

Ногтевые пластинки поражены по типу "наперстка".

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

Назначено следующее лечение: Димедрол 1% 1 мл в/в, Цианкобаламин 0,01% по 1 мл внутримышечно 1 раз в два дня,, раствор натрия тиосульфата 30% 10 мл внутривенно через день N.5, эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день, местно - 2%-серносалициловая мазь 2 раза в день. Лечение переносится без осложнений, только на таблетки Эссенциале появляется иногда лёгкая тошнота.

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. Регулярное диспансерное наблюдение.

5. Санаторно-курортное лечение в Пятигорске, Кисловодске.

**19) Список литературы**

1. Лекционный материал по кожным и венерическим болезням
2. Учебник. Кожные и венерические болезни. Ю. К. Скрипкин, А. Л. Машкиллейсон, Г. Я. Шарапова, М., 1995 год
3. Атлас по кожным и венерическим болезням. В. В. Владимиров, Б. И. Зудин, М., 1980 год
4. Учебное пособие для студентов лечебного факультета по основам дерматологии и венерологии, Уфа 1999 год.
5. Лекарственные средства. М. Д. Машковский в 2-х томах.