**ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ:**

**Ф.И.О.**  \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Пол:** женский

**Возраст:** 28 лет

**Домашний адрес:** г.Томск,

**Место работы:** швейная фабрика «Весна»

**Дата поступления:** 17.03.03.г

**Клинический диагноз:**

**А. Основное заболевание:**

Psoriasis vulgaris, лентикулярно- нумулярный, стационарная стадия, зимне-осенний тип

**Б. Осложнения:** нет

**В. Сопутствующие заболевания:**

Разноцветный лишай.

Хронический антацидный гастрит, стадия ремиссии

 **ЖАЛОБЫ:**

Больная предъявляет жалобы на высыпания в виде папул, некоторые из которых покрыты чешуйками. Также больная пре6дъявляет жалобы на зуд в области высыпаний.

 **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

Впервые высыпания появились, когда больной было 4 года, появилось три пятна розового цвета на ягодице. Родители больной обратились в поликлинику, был сделан соскоб, инструментальные исследования и поставлен диагноз- псориаз. С течением времени при обострениях процесса пятна у больной стали появлятся на разгибательной поверхности конечночтей, на волосистой части головы, в меньшей степени на туловище.

Обострения заболевания возникают каждые 2-3 года, обычно в зимнее время. При обострениях больная проходила курсы лечения либо самостоятельно на дому, при этом она применяла грязевые ванны, деготь, прошла курс иглорефлексотерапии, что приводило к хорошему терапевтическому эффекту; либо проходила курс лечения в условиях стационара- зима 2000г-Кожная клиника.

В конце января 2003г. появились высыпания, причем впервые они появились на лице. 17.03.03.г. больная была госпитализирована в Кожную клинику для прохождения курса лечения, при госпитализации новых высыпаний не было в течение недели.

 **ИСТРОИЯ ЖИЗНИ:**

Родилась в срок, первым ребенком в семье, вскармливалась грудью. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставала. В раннем детстве перенесла гепатит А, ветряную оспу.

В 1978 г поставлен диагноз –Псориаз.

В 1996г поставлен диагноз- Разноцветный лишай.

В 1997г у больной выявили гастрит с пониженной кослотностью.

В 1993г- аппендэктомия.

В 2001г- ЧМТ, сотрясение головного мозга.

Венерические заболевания, туберкулез отрицает.

Профессионально-производственные суловия:

После окончания школы больная поступила в Омский инженерно-технический институт, который закончила. В настоящее время работает на швейной фабрике «Весна» главным конструктором.

Социально- бытовые условия:

Живет в благоустроенной квартире, незамужем. Курит с 1994 г. Алкоголь употребляет умеренно.

Семейный анамнез:

Брат больной также болен псориазом, больше в семье псориазом никто не болен. Среди близких родственников заболеваниями сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем, онкологическими заболеваниями никто не старадает.

Аллергологический анамнез:

Не переносит препараты никотиновой кислоты.

 **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

Общее состояние больной: удовлетворительное.

Положение тела: активное.

Выражение лица: осмысленное.

Состояние сознания: полное, ясное.

Рост: 162 см.

Вес: 58 кг.

Кожа:

Обычной окраски, умеренно влажная , без жирного блеска, эластичная, рисунок кожи сохранен. Волосы густые, темно русые, жирные у корней. Ногти блестящие, ровные, гладкие, розоватого цвета.

Подкожная клетчатка: развита умеренно, симметрично.

Лимфатические узлы: регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Костно- мышечная система:

Видимой деформации костей и суставов не выявленно, движения в полном обьеме. Позвоночник без патологических изгибов. Грудная клетка конической формы. Тонус мышц сохранен.

Органы дыхания: носовые пути проходимы. При пальпации болезненности нет. Голосовое дрожжание проводится одинаково с обеих сторон. Над симметричными участками легких перкуторный звук ясный, легочный, одинаковый с обеих сторон. Дыхание везикулярное, патологических дыхательных шумов нет.

Сердечно-сосудистая система:

При определении границ сердца патологии не обнаружено. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Артериальное давление: 130\80 мм.рт.ст.

Пульс: 68 ударов в минуту, одинаоквый на обеих руках, правильный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Пищеварительная система:

Полость рта: зубы без кариозных изменений.

Язык влажный, розовый, не обложен

Миндалины: розовые, блестящие, тугоэластичные, без налета.

Слизистая полости рта: розовая, влажная, блестящая, без трещин, геморрагий, налетов.

Осмотр живота: форма живота обычная, живот симметричен, в правой подвздошной области послеоперационый рубей 6 см длиной. Живот пассивно участвуетв акте дыхания.

Пальпация живота: тонус брюшных мышц сохранен. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Желудок: нижняя граница на 3 см выше пупка

Кишечник:

Слепая кишка расположена правильно, стенка эластичная, гладкая ,безболезненная, урчание не определяется;

Сигмовидная кишка расположена, стенка гладкая, ровная, безболезненная, определяется в виде тонкого (диаметр карандаша) валика;

Поперечно-ободочная кишка расположена правильно, стенка ровная, гладкая, эластичная, безболезненная.

Поджелудочная железа: в зонах Шарко и Губергрица железа не палпируется, симптом Мейо-Робсона отрицательный.

Печень: верхняя граница печени располагается на 6-ом ребре, нижняя не выступает из-под края правой реберной дуги. Размеры печени по правой срединнключиичной линии 10 см, по срединной линиям 9 см, по левому реберному краю 9 см. При пальпации печень гладкая, край округлый, ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется, пузырный симптомы отрицательные.

Мочеполовая система:

Почки: не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Развитие половых органов и вторичных половых признаков соответственно полу и возрасту.

Органы чувств: зрение и слух сохранены, запахи различает.

Нервно- психический статус:

 Дермографизмкрасный, скрытый период - 10 сек., явный - около 5 сек

 мин., локализованный, не возвышается над уровнем кожи.

 **ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС:**

Процесс локализуется на коже и носит распрострененный характер, но более затронуты следующие области: разгибательные поверхности предплечий и голеней, а также кожа лица. Высыпания располагаются симметрично. Имеется «дежурная» бляшка на правом локте размером 2,5 на 3 см.Морфологический элемент- папулы, выглядят следующим образом: размером от 3-4 до 12-15 мм, несколько возвышающиеся над поверхностью кожи, плотной консистенции, розового цвета, некоторые из них более бледные, не возвышаются над поверхностью кожи, с псевдоатрофическим ободком Воронова. Папулы округлой формы, имеют четкие границы, а некоторые полностью покрыты чешуйками, или имеют их только по периферии. Чешуйки, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно. При поскабливании определяется феномен «стеаринового» пятна, на некоторых элементах выявляется и феномен терминальной пластинки.

 **ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ:**

**ОАК:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Величина** | **Норма** |
| ГЕМОГЛОБИН | 142 г\л | 115-145 г\л |
| ЭРИТРОЦИТЫ | 4,4 Г\л | 3,7-4,7 Г\л |
| ЛЕЙКОЦИТЫ | 4,8\*10 \*9/л | 4,8-7,7\*10\*9\л |
| ЭОЗИНОФИЛЫ | 3% | 0-5% |
| ЛИМФОЦИТЫ | 49% | 19-45% |
| МОНОЦИТЫ | 7% | 4-9% |
| ПАЛОЧКОЯДЕРНЫЕ | 1% | 0-4% |
| СЕГМЕНТОЯДЕРНЫЕ | 40% | 45-72% |
| СОЭ | 3 мм\ч | 1-15 мм\ч |

 **ОАМ:**

Прозрачная, соломенно- желтая, удельный вес 1013, лейкоциты 2-7 в

 поле зрения, эпителий до 6 поле зрения, слизь+.

 **ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА:**

**Диагноз:** Psoriasis vulgaris, лентикулярно- нумулярный, стационарная стадия, зимне-осенний тип. Данный диагноз можно поставить на основании:

1. Данных анамнеза: начало заболевания в 4 года, диагноз –псориаз поставлен в 1978г, прогрессирование заболевания на протяжении жизни., обострения в осенне-зимний период, на момент осмотра новые высынапия не появляются в течение недели;
2. Данных осмотра и объективного исследования: распрастраненные папулы, которые локализуются в большей степени на разгибательной поверхности предплечий и голеней и на лице, розового цвета, рамером от зерна чечевицы до небольшой монеты, покрытые чешуйками, которые легко и безболезненно удаляются, при поскабливании определяются феномены «стеаринового» пятна и терминальной пластинки. Имеются очаги бледно розового цвета, с псевдоатрофическим ободком Воронова.

Простую форму псориаза можно поставит потому, что :

* Высыпания представлены папулами;
* Выяляются псориатические феномены;
* нет ни пустул, характерных для пустулезной формы;
* нет чешуе-корок и экссудата, характерных для экссудативной формы
* нет поражения суставов, как при псориатической артропатии.

Осенне-зимний тип:

* обострения в осенне-зимний период.

Лентикулярно-нумулярная форма:

* размер папул от 3-4 до 10-15 мм.

Стационарная стадия:

* новые элементы не появляются
* имеющиеся бледно розового цвета, некоторые полностью покрыты чешуйками, другие их лишены.
* Зуд больше не беспокоит.

 **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

 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:

 - преимущественная локализация не на сгибательных, а на разгибательных поверхностях крупных суставов;

 - папулы имеют округлые очертания;

 - патогномоничнаые для псориаза феномены: "стеаринового пятна", "терминальной пленки ".

 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.Псориаз и себорейная экзема имеют общие признаки:

-высыпания красного, розового цвета;

* + покрыты чешуйками.

Но при себорейной форме поражаются себорейные участки, у больной есть высыпания на волосистой части головы, но также они есть и на конечностях, на туловище, чего не бывает при себорейной экземе.

Чешуйки при себорейной экземе жирные, желтого цвета, после также образуются корки, а при прсориазе чешуйки тонкие, беловатые, легко удаляются.

 3. С  розовым лишаем Жибера псориаз следует дифференцировать в начальной стадии заболевания, когда псориатические элементы имеют вид пятен без заметного инфильтрата. У больной же дифференциальная диагностика не представляет затруднений, поскольку элементы представлены папулами, а не пятнами, как при розовом лишае, имеется «дежурная» бляшка. К тому же розовый лишай характеризуется сравнительно быстрым регрессом высыпаний, расположением высыпаний по линиям Лангера, наличием материнской бляшки, котороя со временем в центре приобретает вид смятой пергаментной бумаги. Кроме того, у больного имеются нехарактерные для розового лишая высыпания на волосистой части

 головы, а также псориатические феномены.

 4. Общим признаком для псориаза и  папулезного сифилида является папулезный характер сыпи. Однако у больного имеются следующие признаки, нехарактерные для сифилиса:

 - поверхностное расположение папул;

 - выраженное шелушение;

* псориатические феномены;
* папулы при псориазе несколько возвышаются над уровнем кожи;
* кроме того, больную беспокоит невыраженный зуд в месте высыпаний;

 Кроме того, у больного отсутствуют следующие признаки сифилиса:

 - темно-красный цвет папул;

 - увеличение регионарных лимфатических узлов;

 - положительные серореакции (RW).

#####  ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ:

Этиология и патогенез псориаза до настоящего времени полностью не раскрыты, изучению этих вопросов уделяется огромное внимание во всем мире.
Ключевое патологическое явление при псориазе - эпидермальная гиперпролиферация, изучение ее пусковых механизмов является основополагающим моментом в понимании патогенеза и разработке методов терапии.
Клеточным компонентом дермальных инфильтратов являются Т-лимфоциты, В-лимфоциты встречаются в виде единичных клеток в отдельных гистологических препаратах. Большая часть Т-лимфоцитов, инфильтрирующих дерму, относится к субпопуляции Т-хелперных клеток, в инфильтратах дермы обнаружены также клетки моноцитарно-макрофагального ряда и клетки Лангерганса.
Результаты многочисленных исследований показали, что у больных псориазом имеются существенные функциональные нарушения центральной и периферической нервной системы, нарушения обмена веществ (азотистого, водно-солевого, углеводного, белкового, липидного ), нарушения функции печени и поджелудочной железы, снижение глюкокортикоидной функции коры надпочечников.
В сосудах кожи больных псориазом и их кровных родственников обнаружены однотипные ультраструктурные патологические изменения, появляющиеся задолго до клинических проявлений заболевания. Наследственная предрасположенность, отражающая аутосомно-доминантный тип наследования, обычно реализуется при воздействии на организм провоцирующих факторов, таких как травмы, очаги фокальной инфекции (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит), солнечные ожоги, прекращение приема системных кортикостероидов, антималярийная терапия. Описанные факторы способствуют возникновению феномена аутоиммунизации.
Современный уровень знаний позволяет определить псориаз как мультифакторную системную болезнь, в патогенезе которой важную роль играют иммунологические нарушения, т.е. как иммунозависимый дерматоз.

#####  ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ:

При псориазе применяются следующие основные методы лечения:

 **Дезинтоксикационная терапия**
В прогрессирующей стадии назначается 30% р-р тиосульфата натрия внутривенно, гемодез, эссенциале форте, интенсивные методы – гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез.

Rp.: Sol. Natrii tiosulfatis 30%- 10ml D.t.d. № 10 in ampullis S.: вводить внутривенно

Rp.: Hemodezi 400,0 D.t.d. N. 5. S.Внутривенно по 400 мл через день.

 Rp. Essentiale N.50 in capsulis.

 D.S.По 2 капсулы 3 раза в день.

 **PUVA-терапия**
ПУВА-терапия или фотохимиотерапия – это комбинация воздействия длинноволнового УФ-излучения с применением фотосенсибилизаторов (псораленов), показана при тяжелых, распространенных формах заболевания.

**Селективная фототерапия**
Применяется при наличии противопоказаний к ПУВА-терапии (без приема фотосенсибилизаторов), при менее выраженных проявлениях болезни.

**Витаминотерапия**
Для терапии псориаза показаны производные витамина А (синтетические ретиноиды) – тигазон и неотигазон, особенно эффективные при сочетании с ПУВА-терапией. В последнее время большое внимание уделяется пероральному использованию витамина Д3 (оксидевит). В стационарной стадии используются витамины группы В и С.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5%- 2ml D.t.d N10 in ampullis S.: вводить внутримышечно

Rp.: Sol.Thiamini bromidi 6%-1ml D.t.d N 10 in ampullis S.: вводить внутримышечно по нечетным дням.

Rp.: Neotigazone 0,0001 D.t.d. № 50 in capsulis S.: по 3 капсулы в сутки, в течение 7 недель.

 **Иммуносупрессия**
Из специфических иммунодепрессантов показаны метотрексат и циклоспорин А, применяемые при тяжелом течении, резистентном к другим видам терапии. Главным недостатком применения иммунодепрессантов являются тяжелые побочные действия (тромбоцитопения, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, токсический гепатит и др.)

####  Антигостаминовые препараты Применяют такие препараты, как димедрол, супрастин для уменьшения зуда. Rp.: Sol.Dimedroli 1%-1ml D.t.d № 10 in ampullis S.: вводить внутримышечно .

 **Наружное лечение**
Препараты наружного действия имеют при псориазе важное значение. В прогрессирующей стадии применяют 1-2% салициловую мазь. В стационарной и регрессирующей стадии показаны комбинированные мази, содержащие глюкокортикоиды, каменоуголный деготь, салицилаты: локакортен-тар, дипросалик, лоринден А, локасален и др. При локализации очагов поражения на волосистой части головы применяются лосьоны с кортикостероидами (белосалик, дипросалик, латикорт, элоком).
Из негормональных наружных средств при всех формах псориаза эффективны препараты, содержащие активированный цинк-пиритионат (аэрозоль, крем и аэрозоль "Скин-кап"), приводящие к быстрому регрессу высыпаний и обладающие выраженным противорецидивным действием.

Rp.: Unguentum acidi salicylici 25,0 D.S.: смазывать пораженные участки 3 раза в день.

Rp.: Aerosolum “Skin- cap” D.S.: распылять на участки поражения с расстояния 10-15 см, два раза в день.

####  ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДАТА | ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | НАЗНАЧЕНИЯ |
| 17.03.03 19.03.0322.03.03 | Больная принята на курацию. Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный.На коже: папулы , имеющие четкие границы, размером 5-15 мм, округлой формы, располагаются в основном на конечностях и лице. На кистях есть папулы бледно розовые, не возвышающиеся над поверхностью кожи, с ободком. На конечностях есть очаги, покрытые чешуйками, которые безболезненно отделяются. При поскабливании определяется феномены стеаринового пятна и терминальной пластинки.Зуд больную практически не беспокоит. Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный.На коже: после примения мазей папулы в большом количестве начали бледнеть, оседать, чешуек почти нигде нет. Сохраняются множественные элементвы на лице.Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот безболезненный.На коже: папулы на лице стали бледно розового цвета, нем возвышаются над поверхностью кожи ,некоторые из них еле заметны. На голенях и предплечьях много очагов разрешившегося псориаза. На внутренней поверхности бедер еще сохраняется ряд папул размером 10-15 мм, возвышающихся над поверхностью, при поскабливании которых определяется феномен стеаринового пятна и терминальной пленки. | Rp.: Sol. Natrii tiosulfatis 30%- 10ml D.t.d. № 10 in ampullis S.: вводить внутривенноRp.: Sol. Acidi ascorbinici 5%- 2ml D.t.d N10 in ampullis S.: вводить внутримышечноRp.: Sol.Thiamini bromidi 6%-1ml D.t.d N 10 in ampullis S.: вводить внутримышечно по нечетным дням. Rp.: Sol.Pyridoxini 5%-1ml D.t.d N 10 in ampullis S.: вводить внутримышечно по четным днямRp.: Unguentum acidi salicylici 25,0 D.S.: смазывать пораженные участки 3 раза в день.Аутогемотерапия от 3 мл, после довести до 10 мл |

 ЭПИКРИЗ:

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* , 28 лет, больна с 4-х лет, впервые диагноз – псориаз выставлен в 1978 году, когда появились первые высыпания.

В дерматологическую клинику поступила 17 марта 2003 года с жалобами на многочисленные, распространенные папулы и невыраженный зуд в месте высыпаний. Поставлен диагноз: Psoriasis vulgaris, лентикулярно- нумулярный, стационарная стадия, зимне-осенний тип.

Получала следующие лечение:

Rp.: Sol. Natrii tiosulfatis 30%- 10ml D.t.d. № 10 in ampullis S.: вводить внутривенно

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5%- 2ml D.t.d N10 in ampullis S.: вводить внутримышечно

Rp.: Sol.Thiamini bromidi 6%-1ml D.t.d N 10 in ampullis S.: вводить внутримышечно по нечетным дням.

 Rp.: Sol.Pyridoxini 5%-1ml D.t.d N 10 in ampullis S.: вводить внутримышечно по четным дням

Rp.: Unguentum acidi salicylici 25,0 D.S.: смазывать пораженные участки 3 раза в день.

Аутогемотерапия от 3 мл, после довести до 10 мл

За время курации состояное больной заметно улучшилось. Если при поступлении только перестали появляться новые элементы, то в процессе лечения папулы на лице, разгибательных поверхностях конечно ятей стали бледнеть, оседать, рассасываться. На многих очагах нет чешуек. Зуд больше не беспокоит больную. С 25 марта 2003 года должна быть переведена на дневной стационар.

 ПРОГНОЗ:

У больной простая форма псориаза, обострения возникают раз в 2-3 года, поддается традиционной терапи без использования гормональных препаратов, поэтому в данном случае прогноз благоприятный, при условии выполнения больной врачебных рекомендаций и своевременного лечения обострений.

 **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. соблюдать диету, бедную жирами и богатую продуктами, содержащими Калий.

Желательно ограничить количество жиров в диете до 60-80 гр. Предпочтение отдавать растительным жирам, содержащим полиненасыщенные жирные кислоты, которые обладают липотропнным действием. Диету можно разнообразить блюдами из овощей.

Продукты, богатые К:

* бананы
* курага
* инжир
* виноград
* помидоры
* капуста
* печеный картофель
* шпинат и др.
1. Избегать переутомления и нервного перенапряжения,а также других факторов , способных спровоцировать обострение.
2. При обострении проводить адекватную терапию
3. Можно рекомендовать санаторно-курортное лечение ( сероводородные и радоновые ванны) в Кисловодске, Пятигорске, Южном берегу Крыма, Белокурихе.
4. Так как у больной осенне-зимний тип можно рекомендовать солнечные ванны, но вне периода обострения и в небольших количествах.

######  СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кожные и венерические болезни. Ю.К.Скрипкин. М.: Медицина, Москва, 1980г.

2. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для

 врачей /Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницына.- М.:Медици-

 на, 1989.

1. Ресурсы Интернет

4. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х

 т.- Т.2 /Под ред. Ю.К.Скрипкина.- М.:Медицина, 1995,- 544 с.

 5. Курбат Н.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача.-

 Минск: Вышэйшая школа, 1996,- 495 с.

 6. Мордовцев В.Н., Мушет Т.Н., Альбанова В.И. Псориаз (патоге-

 нез, клини ние).- Кишинев: Штиинца.