**Ф.И.О.**

**Возраст**: *53 года*

**Место жительства**:

**Профессия**:

**Дата курации –**

**Диагноз заболевания кожи:** *Psoriasis vulgaris, стационарная стадия, зимняя форма.*

**Сопутствующие заболевания и осложнения:** *Хронический гастрит, хронический бронхит*

***Жалобы на момент курации:*** жалоб нет

***Anamnesis vitae*:** наследственность не отягощена. В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Условия труда и быта – нормальные. Женат.

Перенесенные заболевания – детские инфекции, ОРВИ, грипп.

Вредные привычки – курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет с фильтром в день.

***Анамнез заболевания кожи:***  Считает себя больным с 1980-81 года, когда впервые отметил появление на волосистой части головы шелушащихся пятен розового цвета, без поражения волос. Поражение было очаговым, больше располагалось на затылке и теменной области. Зуда не было. Начало болезни больной ни с чем связать не может. Первоначально был поставлен диагноз себореи, назначено лечение (мазь «Синафлан»), которое на некоторое время привело к ремиссии процесса. Затем вновь наступало обострение (особенно в весенне-осенний период), высыпания узелкового характера с шелушением в центре появились не только на голове, но и на теле, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Летом наступали спонтанные ремиссии. Был поставлен диагноз псориаза. При обострениях больному назначили применять серносалициловую мазь на голову и гель «Флуцинар» на тело, которые оказывали положительный эффект. В качестве физиотерапии применял кварцевое облучение, также с положительным эффектом.

С течением времени начал отмечать учащение обострений до двух раз в год, увеличение площади пораженной поверхности. В связи с этим в 1987 году обратился в клинику кожных и венерических болезней им. И.М. Сеченова, где и наблюдается ежегодно в связи с обострениями процесса.

Настоящее обострение началось около полутора месяцев назад. Проявлялось появлением узелков на теле, некоторые из которых сливались в бляшки больших размеров, без зуда. С какой-либо причиной данное обострение пациент не связывает. 19.03.02 г. был госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней для купирования обострения.

***ОБЩИЙ СТАТУС:***

Общее состояние больного удовлетворительное.

Кожа вне очагов поражения – тургор сохранен, обычной окраски, потоотделение не нарушено, смешанный дермографизм, чувствительность не нарушена, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, лимфатические узлы не пальпируются.

Суставы и кости без патологических изменений. Движения в суставах в полном объеме. Мышечная сила достаточная

***Сердечно-сосудистая система:*** Жалоб нет. Пульс 74 удара в минуту, симметричный, ритмичный, не напряжен, удовлетворительного наполнения,. АД 130/85 мм.рт.ст.

*Пальпация области сердца:* верхушечный толчок определяется в пятом межреберье, на 1-1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, разлитой, резистентный. Надчревная пульсация не наблюдается.

Границы сердца в норме.

*Аускультация сердца*: тоны сердца нормальной звучности, акцент второго тона на легочной артерии. ЧСС = 82 в минуту. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей.

***Дыхательная система:*** Жалоб нет. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 24 в минуту.

Дыхание жесткое. Границы легких в норме.

***Пищеварительная система:*** Жалоб нет. Слизистые оболочки полости рта бледно-розовые, умеренно увлажненные. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, мягкий, б/б. Рубцов, патологических выпячиваний нет. Стул регулярный. Границы печени в норме. Край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется.

***Мочевыделительная система:*** Жалоб нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное.

***Нервная система:***

Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени. Контактен, правильно отвечает на вопросы. Нарушений сна нет. Поведение адекватное.

***Эндокринная система:*** Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна,эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

***ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС:***

Поражение кожи хронического воспалительного характера.

Обильная папулезная сыпь, склонная к слиянию и образованию бляшек на ягодицах, бедрах, голенях.

Скудные высыпания на боковых поверхностях живота.

Единичные высыпания на спине, висках, на лбу.

Свободны от высыпаний – руки, подошвы, волосистая часть головы, шея. Высыпания симметричны.

Отмечается эволюционный полиморфизм сыпи.

Первичные элементы сыпи – папулы, вторичные – чешуйки.

Папулы размером от горошины до пятирублевой монеты. Преимущественно – размером с 50-копеечную монету.

Плоской формы. Мелкие и средние высыпания – округлой формы, крупные очаги – неправильной формы, с резкими границами.

Элементы сыпи в основном розового цвета с фиолетовым оттенком.

Поверхность шероховатая, покрыта серебристо-белыми мелкопластинчатыми чешуйками, которые при соскабливании легко снимаются.

Расположение сыпи неравномерное. Изолированные очаги на спине, голове, боковых поверхностях живота, склонные к слиянию – на ягодицах, бедрах, голенях.

***Диагностические феномены****:*

1. Феномен «стеаринового пятна» – при поскабливании наблюдается обильное шелушение серебристо-белыми чешуйками, напоминающее стеарин
2. Феномен псориатической пленки – после удаления чешуек наблюдается появление влажной блестящей поверхности
3. Феномен Ауспитца – капельное кровотечение, возникающее при дальнейшем соскабливании.

**Слизистые оболочки** без псориатических поражений.

**Волосы** без изменений.

**Ногти** изменены, желтоватого цвета, ломкие.

**Субъективные ощущения отсутствуют.**

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:***

1. Общий анализ мочи.
2. Клинический анализ крови.
3. Биохимический анализ крови.

**Результаты лабораторных исследований:**

***Общий анализ мочи от 20.02.02 г***.

* Кол-во – 210 мл.
* Цвет – желтый
* Реакция – кислая

### Плотность – 1015

* Прозрачность – неполная
* Белок – отр.
* Сахар – отр.
* Ацетон – отр.
* Желчн. пигменты – отр.
* Уробилин – в N
* Эпител.кл.полиморфные – немного
* Лейкоциты – ед. в поле зрения
* Эритроциты – 0-1 в поле зрения
* Слизь – немного
* Бактерии – немного

***Клинический анализ крови от 20.02.02 г.***

* Лейкоциты – 6,67 х 10 /л.
* Эритроциты – 4,797 х 10 /л.
* Гемоглобин – 151,9 г/л.
* Цветной показатель – 0,95
* СОЭ – 9 мм/ч

***Биохимический анализ крови от 20.02.02 г.***

* АЛТ – 14 ед/л. (N= 10-40 )
* АСТ – 20 ед/л. (N= 10-40 )
* Г-ГТ – 15 ед/л. (N= 11-61 )
* Общий белок – 7,4 г/дл. (N= 6-8)
* Альбумин – 4,7 г/дл. (N= 3,5-5)
* Глюкоза – 78 мг/дл. (N= 70-110)
* Общий билирубин – 1,5 мг/дл. (N= 0,2-1,0)
* Прямой билирубин – 0,2 мг/дл. (N= 0-0,3)

***ДИАГНОЗ:***

***Psoriasis vulgaris, стационарная стадия, зимняя форма****.*

**Обоснование диагноза.**

Основанием для постановки диагноза является:

1. Характерная папулезная псориатическая сыпь, располагающаяся симметрично, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Первичным элементом является папула, розовой окраски, плоской формы, с шероховатой поверхностью, покрытая серебристо-белыми мелкопластинчатыми чешуйками, которые при соскабливании легко снимаются. По мере прогрессирования процесса псориатические папулы увеличиваются в размерах, сливаются с образованием бляшек.
2. Положительные диагностические феномены: псориатическая триада:
* Феномен «стеаринового пятна» – при поскабливании наблюдается обильное шелушение серебристо-белыми чешуйками, напоминающее стеарин
* Феномен псориатической пленки – после удаления чешуек наблюдается появление влажной блестящей поверхности
* Феномен Ауспитца – капельное кровотечение, возникающее при дальнейшем соскабливании.
	1. Стационарная стадия – так как свежие элементы не появляются, нет воспалительного венчика вокруг папул (венчика роста), феномен Кебнера не вызывается (т.е. не появляется псориатических высыпаний на участках кожи, подверженных действию механических или химических агентов).
	2. Сезонность обострений и ремиссий (обострения в весенне-осенний период, ремиссии в летнее время) позволяет поставить зимнюю форму псориаза.

Дифференциальный диагноз.

Следует дифференцировать с

**- псориазиформным папулезным сифилидом,** которому присущи более выраженная инфильтрация сыпи, выявление бледных трепонем в райцсеруме, положительные серологические реакции.

**- красным плоским лишаем,** папулы которого имеют не округлые, а полигональные очертания, слабовыраженное шелушение, фиолетово-красноватый цвет, отсутствие псориатических диагностических феноменов, расположение сыпи в основном не на разгибательных, а на сгибательных поверхностях.

***ЛЕЧЕНИЕ:***

**Режим** – общий (активный).

**Диета** – 10 (молочно-растительная).

**Общее:**

1. Иммуномодуляторы («Продигиозан», «Метилурацил») – увеличивают кол-во лимфоцитов, повышается функциональная активность имунокомпетентных клеток, стимулируется антителообразование, улучшаются обменные процессы, микроциркуляции, снижается потенциал воспалительной реакции.
2. Витаминотерапия (наибольшей эффективностью обладают синтетические производные витамина А «Тиганоз» и «Неотигазон») – воздействие на патологически ороговевающий эпидермис, иммунную систему, имеют антинеопластические свойства.
3. Наружная терапия:
* Мазь синафлана 0,025% - оказывает местное противовоспалительное действие.

Rp.: Ung. Synaflani 0.025% - 15 g

D.S. Наружное. Наносить тонким слоем на пораженные участки 2-3 раза в день, слегка втирая в кожу.

Rp.: «Cutivate» 0,05% - 10g

D.S. Наружное. Наносить тонким слоем на пораженные участки

Rp.: Ung. «Celestoderm» – 15 g

D.S. Наружное. Наносить на пораженные участки 2-3 раза в день

Rp.: Ung. Salicylici sulfurati 2% - 25g

D.S. Наружное. Наносить на пораженные участки волосистой части головы 2-3 раза в день

Rp.: «Fridermtar» - 200 ml

D.S. Наружное. Для мытья головы.

**Физиотерапевтическое лечение :**

1. УФ-облучение
2. ПУВА-терапия
3. СФТ (селективная фототерапия)