Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Ярославская государственная медицинская академия

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

**Кафедра кожных и венерических болезней**

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Клинический диагноз:**

Основной: Псориаз бляшечный, распространенный, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма. Осложнения основного: нет. Сопутствующий: нет

Куратор:

студентка10 группы IV курса

лечебного факультета

Шулёва Т.В.

Ярославль-2016

**Паспортная часть**

1. Пол: женский

. Возраст: 15 лет

. Национальность: русская

. Диагноз при поступлении: псориаз обыкновенный

. Клинический диагноз

основной: псориаз бляшечный, распространенный, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма

сопутствующий: нет

осложнения основного: нет

. Непереносимость лекарственных препаратов: не отмечает

**Жалобы больного**

На наличие множественных высыпаний на коже живота, груди, конечностей, волосистой части головы, постоянный зуд в области высыпаний, небольшой интенсивности, усиливающийся в вечернее время и ночью.

**Anamnesis morbi**

Больным себя считает с возраста 10 лет, когда впервые на волосистой части головы, на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, на коже спины, груди, живота появились высыпания, которые были представлены папулами и бляшками розово - красного цвета. Поверхность их была покрыта мелкими белесоватыми чешуйками. Высыпания сопровождались небольшим зудом в течение всего дня. Пациентка обратилась за помощью к дерматологу поликлиники №1. После проведенного обследования ей был поставлен диагноз распространенный псориаз. Лечение проводилось амбулаторно мазью и лосьоном “Белосалик”, экстрактом валерианы, таблетками “Атаракс”. Обострения отмечает в холодное время года. Была на стационарном лечении в 1 отделении ЯОКВД в августе 2015 года. Настоящее обострение началось около 1 месяца назад, лечилась дома самостоятельно мазью “Белосалик”, но без улучшений. 15 февраля дерматологом поликлиники с диагнозом псориаз направлена на стационарное лечение в 1 отделение ЯОКВД.

В настоящее время больная находится на стационарном лечении, за это время состояние его улучшилось: прекратился рост старых и появление новых папул, уменьшилось шелушение, меньше беспокоит зуд.

**Anamnesis Vitae**

Козловская Полина Игоревна родилась в г. Ярославле 30 июня 2000 года. В детские годы росла и развивалась нормально. Обучается в 9 классе школы №39.

В настоящее время проживает в квартире с родителями, материально-бытовые условия оценивает как хорошие.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие случаи ОРЗ и ОРВИ. Вредные привычки отрицает. Дерматологическая наследственность: у отца псориаз. Гинекологический статус: менструации с 12 лет, по 6 дней, через 24 дня, болезненные, регулярные, последняя менструация была 08.02.16. Беременностей, родов и абортов не было. Туберкулез, венерические, онкологические, психические заболевания у себя и ближайших родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Аллергических реакций на приём лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечает.

**Status praesens. Общее состояние больной**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное, нормостенического типа. Рост - 165 см, масса - 55 кг. Индекс массы тела равен 20,2 - норма. Температура тела в подмышечной впадине 36.7˚. Кожа и слизистые чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дермографизм розовый, нестойкий.

**Мышцы.**

Мышцы развиты равномерно. Сила мышц сохранена. Тонус мышц сохранён. Болезненности и уплотнений в мышцах не обнаружено.

**Кости.**

Искривления и утолщений костей нет. Пальпация и поколачивание костей безболезненны. Части скелета пропорциональны, деформаций нет.

**Суставы.**

Конфигурация суставов не изменена, они не воспалены, болезненности при ощупывании нет. Хруста и других патологических шумов при движениях суставов нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Жидкость в суставах не определяется. Позвоночник не изменен и движения в шейном, грудном и поясничном отделах его совершаются в должном объеме. Патологических искривлений позвоночника нет.

**Система дыхания.**

### А. Состояние верхних дыхательных путей

Дыхание через нос свободное. Болезненности при пальпации и перкуссии придаточных пазух носа не выявлено.

#### Б. Осмотр грудной клетки

Грудная клетка нормостеническая, симметричная. Над- и подключичные ямки не изменены. Ширина межреберных промежутков 1,5см. Направление ребер умеренно-косое. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания грудной. Движения грудной клетки при дыхании равномерные. Число дыхательных движений 18 в минуту. Одышки не наблюдается.

#### В. Пальпация грудной клетки

Грудная клетка при пальпации безболезненна, ригидна. Голосовое дрожание одинаково проводится в симметричные отделы обоих легких.

#### Г. Перкуссия легких

При сравнительной перкуссии над поверхностью обоих легких выслушивается ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки. При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких спереди на 4см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига 6 см с обеих сторон.

#### Д. Аускультация легких

При аускультации над поверхностью обоих легких выслушивается везикулярное дыхание, дыхательных шумов и шума трения плевры нет. Бронхофония обоих легких одинаковая.

**Сердечно-сосудистая система**

#### А. Исследование артерий и вен

При осмотре сонных артерий «пляски каротид», пульсации в яремной ямке и симптома «червячка» не выявлено; шейные вены не набухшие, видимая пульсация отсутствует. При пальпации артерии умеренной плотности. Артериальный пульс на лучевых артериях обеих рук 72 в минуту симметричный, правильный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и хорошего напряжения. Дефицита пульса нет. Артериальное давление на плечевых артериях: систолическое - 110 мм. рт. ст., диастолическое - 76 мм.рт.ст., D=S.

#### Б. Осмотр и пальпация области сердца

Патологические изменения грудной клетки в области сердца отсутствуют. Видимой пульсации в области верхушечного толчка нет. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок так же не пальпируется. Пульсации в эпигастрии нет.

Конфигурация сердца нормальная.

#### Г. Аускультация сердца

Тоны сердца ясные, ритмичные. Ритм сердечных сокращений правильный. Раздвоения и расщепления тонов, шумы отсутствуют. Патологические шумы не выявлены. Шум трения перикарда не выслушивается. При аускультации частота сердечных сокращений 72 ударов в минуту.

**Система органов пищеварения**

#### А. Осмотр полости рта

Губы влажные, розового цвета. Язык влажный, не обложен. Запаха изо рта нет. Слизистые полости рта бледно-розовые, влажные.

Десны бледно-розовые, чистые, безболезненные, не кровоточат. Мягкое и твердое нёбо розового цвета, без налётов, геморрагий и изъявлений. Задняя стенка глотки розового цвета, без налета, влажная. Миндалины в размерах не увеличены, розовые, без налета. Акт глотания не нарушен. Аппетит сохранен.

#### Б. Исследование живота

При осмотре живота - брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Пупок втянут, живот правильной формы, симметричный. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяется.

При поверхностной (ориентировочной) пальпации живота, брюшная стенка не напряжена. Живот мягкий, безболезненный. Болезненность в пузырной, пилорической, панкреатической точках, а также в точке Мюсси и аппендикулярных точках Ланца и Мак-Бурнея отсутствует. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга и симптом Менделя отрицательные. Расхождение прямых мышц живота не определяется, грыжи белой линии живота отсутствуют.

Методическая, глубокая, скользящая пальпация по В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка цилиндрической формы, толщиной 2 см, подвижная, безболезненная.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде цилиндра толщиной 3 см, подвижна, безболезненна.

Методами аускультаторной перкуссии и аускультаторной аффрикции нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка. При пальпации большая кривизна желудка безболезненна. Привратник и поджелудочная железа не пальпируются.

При перкуссии живота определяется тимпанит различной степени выраженности. Скопления жидкости в брюшной полости не отмечается. Шум плеска отсутствует.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические шумы. Шумы плеска и трения брюшины отсутствуют.

Стул регулярный (один раз в сутки), оформленный.

#### В. Исследование печени и селезенки

При осмотре области печени и селезенки увеличения органов не наблюдается, пульсации печени нет.

При пальпации нижний край печени и желчный пузырь не определяются. Пальпация в точке желчного пузыря безболезненная. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи отрицательные.

Размеры печени по М.Г. Курлову: 11-10-9.

Селезенка не пальпируется.

**Система мочеотделения**

Поясничная область не изменена. Сглаживания контуров, выбухания области почек нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный, мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание 3-4 раза в сутки безболезненное, свободное. Моча светлая, прозрачная.

**Эндокринная система**

Увеличение щитовидной железы не отмечается. Доли щитовидной железы не пальпируются. Вторичные половые признаки развиты по женскому типу.

**Нервно-психический статус**

Пациентка правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Умственное развитие соответствует возрасту, нормальное: активно и логично мыслит. Контактна, правильно отвечает на вопросы. Нарушений сна и памяти нет. Обоняние и вкус не нарушены. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Слух сохранен, речь не изменена. Глазные щели нормальной величены, косоглазия нет, зрачки нормальной величины, круглой формы (D=S), реакция на свет не нарушена. В позе Ромберга устойчива.

## **Дерматологический статус**

Кожа бледно-розовой окраски, эластичность сохранена, влажность умеренная; вторичных гиперпигментаций и депигментаций, рубцов на коже нет. Тургор тканей не изменен. Волосы темные, густые, имеют нормальный блеск; ногти обычной формы, не утолщены, ломкости, исчерченности, точечных вдавлений, деформаций ногтей, гиперемии кожи вокруг ногтевого ложа нет.

Видимые слизистые губ, рта розовые, влажные, без высыпаний; склеры не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка выражена нормально. При пальпации безболезненна. Пастозности и отеков не выявляется.

Периферические лимфоузлы: затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, передние шейные, задние шейные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые, подколенные - не пальпируются, кожа над ними не изменена.

**Status localis**

Диссеминированные множественные высыпания расположены на коже живота, груди, конечностях, волосистой части головы; склонны к слиянию за счет периферического роста и многочисленности. Высыпания мономорфные, представлены папулами, сливающимися в бляшки различного размера, покрытыми чешуйками. В основании элементов - хроническая воспалительная инфильтрация.

Первичные морфологические элементы представлены папулами, размером до 5 мм, эпидермально-дермального характера, розовато-красного цвета с бледным оттенком, округлых очертаний с четкими границами. Папулы слегка возвышаются над уровнем кожи, имеют чечевицеобразную форму, поверхность их гладкая, консистенция плотная. Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек на животе. Бляшки красного цвета, плоской формы, с правильными округлыми или овальными очертаниями, с четкими границами, плотно-эластической консистенции, с мелкопластинчатой шелушащейся поверхностью.

Папулы обильно шелушатся, покрыты серебристо-белыми чешуйками. Чешуйки мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно.

Гиперпигментации, депигментации, атрофии кожи, эрозий, язв, рубцов, трещин, вегетации не выявлено.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больной на наличие высыпаний на коже живота, груди, конечностей, волосистой части головы; постоянный зуд в области высыпаний, небольшой интенсивности, усиливающийся в вечернее время и ночью, уменьшающийся под действием лекарственных препаратов (салициловая кислота); на основании анамнеза

дерматологическая наследственность - у отца также псориаз

начало заболевания в возрасте 10 лет когда впервые на волосистой части головы, на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, на коже спины, груди, живота появились высыпания, которые были представлены папулами и бляшками розово

красного цвета, поверхность была покрыта мелкими белесоватыми чешуйками, высыпания сопровождались небольшим зудом в течение всего дня - последнее обострение заболевания около 1 месяца назад, что проявилось в виде характерных папулезных высыпаний розово - красного цвета, сопровождавшихся небольшим зудом в области поражения.

на основании локального статуса - наличие у больного распространенных высыпаний, в том числе в типичных местах (разгибательная поверхность конечностей, локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы), первичным морфологическим элементом которых является папула, мономорфность высыпаний, присутствие вторичного морфологического элемента - чешуйки

ставлю предварительный клинический диагноз:

* основной: псориаз бляшечный, распространенный, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма
* сопутствующие заболевания: нет
* осложнения: хронический гастродуоденит(стадия ремиссии)

**Лабораторные исследования**

**. Клинический анализ крови:**

|  |  |
| --- | --- |
| WBC: | 5,2 ґ 109 / l |
| RBC: | 4,42 ґ 1012 / l |
| HGB: | 137 g / l |
| HCT: | 0,35 l / l |
| PLT: | 214 ґ 109 / l |
| PCT: | 0,17 ґ 1012 / l |
| MCV: | 66,3 fl |
| MCH: | 31,0 pg |
| MCHC: | 357 g/l |
| RDW: | 13,9 % |
| MPV: | 8,4 fl |
| PDW: | 13,6 % |

|  |  |
| --- | --- |
| Базофилы | - |
| Эозинофилы | 3 |
| Нейтрофилы |  |
| -миелоциты |  |
| -юные |  |
| -палочкоядерные |  |
| сегментоядерные | 57 |
| Лимфоциты | 33,7 |
| Моноциты | 6 |

**Заключение:** патологических изменений нет

**. Биохимический анализ крови:**

|  |  |
| --- | --- |
| АСТ | 9 ед/л |
| АЛТ | 14 ед/л |
| Билирубин | 12,8 ммоль/л |
| Общий белок | 67 г/л |
| Щелочная фосфатаза | 79 ед/л |

**СОЭ -** 3 мм/ч, глюкоза- 4,5 ммоль/л

**3. Общий анализ мочи:**

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 100 мл |
| Цвет | светло-желтый |
| Прозрачность | Полная |
| Реакция | Кислая |
| Удельный вес | 1,019 |
| Белок | Нет |
| Сахар | N |

**Заключение:** патологических изменений нет

**4. Исследование кала на яйца гельминтов:** результат отрицательный

**. Смыв на энтеробиоз:** отрицательный

**. Серологическое исследование крови на сифилис и на ВИЧ:** результат отрицательный

**. Флюорография органов грудной клетки:** изменений не выявлено

**. Псориатические феномены:** положительны

**Дифференциальный диагноз**

1. **С красным плоским лишаем:**

|  |  |
| --- | --- |
| Сходства | Различия |
| Первичный морфологический элемент папула | Форма папул: при псориазе - чаще округлая или овальная, при лишае - полигональная |
| Хроническое течение | Цвет папул: при псориазе - розово-красный, при лишае - синюшно-красный |
| Симптом Кебнера | Поверхность папул: псориаз - обильно покрыта чешуйками серебристо-белого цвета, лишай - гладкая, блестящая |
| Вторичная пигментация | Размер папул: псориаз - от лентикулярных, милиарных до бляшек, лишай - одинаковый, лентикулярный |
| Зуд | Излюбленная локализация: псориаз - разгибательная поверхность конечностей, особенно коленных и локтевых суставов, волосистая часть головы, лишай - сгибательная поверхность кистей предплечий,голеней,область лучезапястных суставов, крестца, половые органы |
|  | Склонность папул к периферическому росту характерна для псориаза |
|  | Триада симптомов: стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы; симптом наперстка в виде мелких ямок на ногтевых пластинках характерны только для псориаза |
|  | Сеточка Уикхема, центральное вдавление характерны для лишая |
|  | Наследственная отягощенность при псориазе |
|  | Рецидивы: при псориазе - частые, связаны со временем года, при лишае - редкие |

**2.С розовым лишаем:**

|  |  |
| --- | --- |
| Сходства | Отличия |
| Характер высыпаний распространенный | Первичный морфологический элемент: псориаз- папула, лишай- пятно |
| Форма элементов округлая или овальная | Размер элементов: псориаз- от лентикулярных, милиарных до бляшек, лишай - одинаковые, до нумулярных, лентикулярных |
| Сезонность заболевания | Цвет элементов: псориаз - ярко-розовый, лишай- вначале розовый, затем бурый |
|  | Преимущественная локализация: псориаз -разгибательная поверхность конечностей, особенно коленных и локтевых суставов, волосистая часть головы, лишай- туловище, бедра, плечи, шея |
|  | Расположение сыпи: псориаз- диссеминированное, лишай - диссеминированное, но преимущественно параллельно линиям Лангера |
|  | Характер шелушения, размер чешуек: псориаз- по всей поверхности элемента, мелкопластинчатые, лишай - по типу «воротничка» или так называемого «медальона», отрубевидные |
|  | «Материнская бляшка», продромальные явления характерны для розового лишая |
|  | Триада симптомов: стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы; симптом наперстка в виде мелких ямок на ногтевых пластинках характерны только для псориаза |
|  | Псевдоатрофический ободок Воронова характерен для псориаза |

**3. С папулезным сифилидом:**

|  |  |
| --- | --- |
| Сходства | Отличия |
| Первичный морфологический элемент папула | Цвет папул: при псориазе - розово-красный, при сифилиде - темно-красный, бурый |
| Характер высыпаний распространенный | Размер папул: псориаз - от лентикулярных, милиарных до бляшек, сифилид - одинаковый, чаще лентикулярный |
|  | Плотность папул: псориаз - плотно-эластические, расположены поверхностно, сифилид- очень плотные за счет инфильтрации в основании |
|  | Характер шелушения: псориаз- обильное мелкопластинчатое шелушение, сифилид- незначительное шелушение по периферии (воротничок Биетта) |
|  | Триада симптомов: стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы; симптом наперстка в виде мелких ямок на ногтевых пластинках характерны только для псориаза |
|  | Регионарный лимфаденит характерен для папулезного сифилида |
|  | Серологические реакции крови при псориазе отрицательны, при сифилиде -положительны |
|  | Симптом Ядассона (при надавливании на сифилитическую папулу тупым предметом больной испытывает острую боль) положителен при сифилиде |
|  | Чувствительность папул к противо-сифилитическому лечению наблюдается при папулезном сифилиде, при псориазе- папулы не чувствительны |

**Клинический диагноз**

На основании предварительного и дифференциального диагнозов, а так же лабораторных методов исследования (положительной триады), ставлю заключительный клинический диагноз:

основной: псориаз бляшечный, распространенный, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма

сопутствующий: нет

осложнения основного: нет

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 15.02.16 | Жалобы на: распространенные высыпания в симметричных участках; умеренный зуд в местах высыпаний в течение всего дня. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Пульс ритмичный удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 72 в минуту. АД 110/76 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4-5 раз в сутки. St.localis: множественные высыпания расположены на коже живота, груди, конечностях, волосистой части головы; склонны к слиянию за счет периферического роста и многочисленности. Высыпания мономорфные, представлены папулами размером до 5 мм, розовато-красного цвета, сливающимися в бляшки различного размера,с округлыми очертаниями, с четкими границами, покрыты мелкопластинчатыми серебристо-белыми чешуйками. Выявляется триада симптомов: симптом «стеаринового пятна», симптом «терминальной пленки», симптом «кровяной росы». | Режим стационарный. Стол ОВД. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование кала на яйца гельминтов, смыв на энтеробиоз, серологическое исследование крови на сифилис и на ВИЧ, флюорография органов грудной клетки. Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% 5,0 S. в/м 1 р/день Rp.: Tab. Asparcami D.t.d. N20 in tab S. по 1 таб. 3 раза в день. Rp.: Sol. Calcii gluconati 10% 5,0 S. в/м 1р/день в теч 3 дней Rp.: Chloropyramini 0.025 D.t.d. N10 in tab. S. по 1 таб 2 р/день УФО зонально с определением биодозы по Потоцкому №10 Местно: Rp: салициловая мазь2% на очаги поражения -2 раза в сутки Rp:Салициловое масло на волосистую часть головы - 1 раз в сутки |
| 16.02.16 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренный зуд в местах высыпаний в течение всего дня, но больше к вечеру. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70 в минуту. АД 110/68 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 5 раз в сутки. St.localis: чешуйки и корочки на поверхности папул стали мягкими и рыхлыми вследствие обработки их салициловой мазью. В остальном без изменений. | Режим стационарный. Стол ОВД. Назначения те же. |
| 17.02.16 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на головную боль, небольшую слабость, высыпания на теле и в/ч головы, на умеренный зуд в местах высыпаний в течение всего дня, но больше к вечеру. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 78 в минуту. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 5 раз в сутки. St.localis: бляшки на теле сохраняются, шелушение на всей поверхности элементов, новых высыпаний нет, в остальном без изменений. | Режим стационарный. Стол ОВД. Назначения те же. Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% 5,0 S. в/м 1 р/день - отменить! |

**Эпикриз**

Больная Козловская Полина Игоревна, 15 лет, имеет диагноз псориаз с возраста 10 лет, когда впервые появились высыпания, сопровождающиеся зудом. Пациентка обратилась за помощью к дерматологу поликлиники №1. После проведенного обследования ей был поставлен диагноз распространенный псориаз. Лечение проводилось амбулаторно. Обострения отмечает в холодное время года. Была на стационарном лечении в 1 отделении ЯОКВД в августе 2015 года. Настоящее обострение началось около 1 месяца назад, лечилась дома самостоятельно мазью “Белосалик”, но без улучшений. 15 февраля дерматологом поликлиники с диагнозом псориаз направлена на стационарное лечение в 1 отделение ЯОКВД.

Больная поступила с жалобами на наличие множественных высыпаний на коже живота, груди, конечностей, волосистой части головы, постоянный зуд в области высыпаний, небольшой интенсивности, усиливающийся в вечернее время и ночью.

При объективном обследовании кожи туловища обнаружены элементы, представленные мономорфной сыпью - многочисленные диссеминированные папулы розовато-красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, шелушащиеся, сливающиеся в бляшки, поверхность покрыта мелкими чешуйками серебристо-белого цвета, при поскабливании чешуйки удаляются легко, безболезненно. При обследовании получена триада псориатических феноменов. Были проведены следующие исследования: общий анализ крови - без патологии, общий анализ мочи - без патологии, анализ крови на RW, ВИЧ и кала на я/г, смыв на энтеробиоз - результат отрицательный, рентгенография без патологических изменений.

Назначено следующее лечение:

Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 25% 5,0. в/м 1 р/день.: Tab. Asparcami.t.d. N20 in tab. по 1 таб. 3 раза в день.

Rp.: Sol. Calcii gluconati 10% 5,0

S. в/м 1р/день в теч 3 дней

Rp.: Chloropyramini 0.025.t.d. N10 in tab.. по 1 таб 2 р/день

УФО зонально с определением биодозы по Потоцкому №10

Местно:

Rp: салициловая мазь2% на очаги поражения -2 раза в сутки

Rp:Салициловое масло на волосистую часть головы - 1 раз в сутки

Лечение переносится без осложнений.

В результате проведенной терапии наступило улучшение состояния. В настоящее время больной продолжает лечение в стационаре.

Пациентке для предупреждения рецидивов важно соблюдать рекомендации, которые направлены на реабилитацию и возвращение к активной жизнедеятельности. Профилактика рецидивов направлена на устранение побочных эффектов основного лечения, стабилизацию обменных процессов в организме, лечение сопутствующих заболеваний, а также на повышение сопротивляемости организма к факторам, провоцирующим обострение:

- профилактика простудных заболеваний;

- в период ремиссии следует тщательно обследоваться на предмет выявления скрытых очагов инфекции и принимать меры к их устранению;

- необходимо избегать нервно-психических перенапряжений, которые могут явиться причиной обострения псориаза;

- соблюдение режима бодрствования и сна;

- следует соблюдать диету, богатую рыбой и другими морепродуктами (содержащими белок и полиненасыщенные жирные кислоты), а также молочно-растительными продуктами.

- оберегать кожу от травм;

- рекомендуется предельно уменьшить контакты с предметами бытовой химии. Контакты с этими веществами нежелательны, так как они могут способствовать появлению различных дерматитов и аллергических высыпаний, вызвать обострение псориаза.

- осторожное обращение с медикаментами

- исключить самолечение;

- пребывание на солнце, но не допускать чрезмерного пребывания на солнце, так как это провоцирует обострение;

- климатотерапия

**Прогноз**

В отношении жизни - благоприятный, так как нет угрожающих жизни причин.

В отношении выздоровления - сомнительный, так как заболевание имеет хроническое прогрессирующее течение и обусловлено мультифакториальной этиологией, в частности, наследственной предрасположенностью.

В отношении трудоспособности - благоприятный.

псориаз бляшечный лечение диагноз

**Список литературы**

1. В.Н. Мордвинцев с соавт. Псориаз (патогенез, клиника, лечение). - Кишенев: ШТИИНЦА, 1991.

. О.Л. Иванов «Кожные и венерические болезни»./М., Медицина, 2002 г

. С.Т. Павлов, О.К. Шапошников, В.И. Самцов, И.И. Ильин «Кожные и венерические болезни» /М., Медицина, 2001 г.

. Фицпатрик Т., Джонсон Р. Дерматология. Атлас-справочник./М., Практика, 1999 г.

. Ю.К. Скрипкин руководство для врачей в 4-х т. «Кожные и венерические болезни»./М., Медицина, 2009 г.