**Паспортные данные**

Ф.И.О.

пол мужской

возраст 58 лет

в данный момент не работает, последнее место работы - музыкант

место рождения и место жительства –

время поступления в клинику

**Жалобы при поступлении (на день курации)**

На высыпания преимущественно на правом предплечье и правой голени, а также единичные высыпания по всему телу. На умеренный зуд в местах высыпаний, усиливающийся в вечернее время.

На периодические скачки давления.

На одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 2002 года, когда в течение полу года отмечался зуд в правом ухе. Связь начала зуда со стрессовыми ситуациями, с травмой, с наличием инфекции, с длительным приемом лекарственных препаратов отрицает. Потом больной отметил появление высыпаний на разгибательной поверхности правого предплечья в виде « двух красных пятен округлого очертания, резко ограниченных, размером до 1,5 см в диаметре каждое и сопровождающихся сильным зудом». Больной обратился в поликлинику по месту жительства, где ему впервые был поставлен диагноз псориаз и назначена терапия салициловой мазью. Пациент придерживался назначенной терапии. В дальнейшем пациент отмечает появление зуда и обильного шелушения на затылке преимущественно справа и появление зуда и высыпаний в обоих ушах. После перенесенной операции в 2004 году по ходу шва появились аналогичные высыпания, в это же время появились высыпания по ходу шва после перенесенной в 1986 году операции. Далее появились обильные высыпания на наружной поверхности правой голени и единичные, не превышающие 1 см в диаметре высыпания на левом плече, левом бедре, пояснице. В декабре 2005 года больной был госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней ММА им. И.М.Сеченова, где находился в течение 21 дня. В клинике был диагностирован псориаз, и проводилось лечение с применением ультрафиолетового облучения, салициловой мази и геля «Белосалик». При выписке состояние удовлетворительное, уменьшилось шелушение, зуд, размер высыпаний и интенсивность окраски высыпаний. Дома больной самостоятельно пользуется салициловой мазью и принимает таблетки фенкарола при наличие сильного зуда. В феврале 2006 года больной отметил обострение состояние – появление новых высыпаний на месте старых, увеличение высыпаний в размере и их слияние, сильный зуд, обильное шелушение. Наличие обострения сам больной ни с чем не связывает, отмечает лишь незначительное ухудшение состояния после употребления копченостей, жирного, шашлыка. В конце февраля 2006 года больной самостоятельно госпитализировался в клинику кожных и венерических болезней ММА им. И.М.Сеченова. Цель настоящей госпитализации – обострение заболевания, проведение лечения.

**Anamnesis vitae**

Родился в Москве в 1948 году. Родился в срок. На момент рождения пациента матери было 40 лет, отцу 41 год. До года вскармливался грудным молоком. Стал ходить и говорить в срок. В школе проблем со сверстниками не было. Ни в физическом, ни в умственном развитии не отставал. Закончил 8 классов. После школы окончил училище и институт. Последнее место работы – музыкант на различных мероприятиях. Профессиональных вредностей не отмечает. Рабочий день не нормирован, сверхурочная работа отсутствует.

Жилищно-бытовые условия соответствуют норме. Материальное положение в настоящее время удовлетворительное. Ежегодный отдых отсутствует. Питание регулярное, полноценное (фрукты, овощи, мясо в течение всего года). Пристрастий к определенному виду пищи, к соленному, к острому, к крепкому чаю и кофе не отмечает. Больной в данный момент не курит, курил с 15 до 50 лет по пачке сигарет в день, часто принимает спиртные напитки в связи с профессией – « на каждом празднике посадят за стол, нальют, попросят выпить».

перенесенные заболевания: среди детских заболеваний отмечает ветряную оспу, дифтерию. В 1956 году (8 лет) перенес тонзилэктомию. В детстве перенес атаку ревматизма в виде лихорадки, покраснения и отекания коленных, лучезапястных и голеностопных суставов с обеих сторон. Отмечает перенесение пневмонии. В 1986 году – вскрытие кисты копчика. В 2004 году – операция по поводу удаления камней правого мочеточника. Склонен к перенесению тяжело протекающих ангин. Наличие сахарного диабета, заболеваний эндокринной системы, туберкулеза, онкологических и венерических заболеваний отрицает. Сотрясений мозга, гемотрансфузий не было. Эпидемиологический анамнез не отягощен.

наследственность: отец и мать умерли. Наличие наследственных заболеваний отрицает.

семейный анамнез: женат.

аллергологический анамнез: не отягощен. Непереносимости лекарственных средств, пищевых продуктов, парфюмерных изделий, запахов растений больной не отмечает.

**Status praesens**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нарушение осанки не выявлено, походка не нарушена. Телосложение правильное, гиперстеническая конституция, выражение лица спокойное.

Кожные покровы вне очагов поражения бледно-розового цвета, на лице отмечается цианоз и наличие телеангиэктазий в области носогубного треугольника и на щеках. Отмечаются очаги гиперпигментации на местах рассосавшихся после лечения бляшек на правом предплечье. Эластичность в норме, влажность нормальная, шелушения кожи вне очагов поражения не отмечает, окраска видимых слизистых нормальная, рост волос на теле не нарушен, на голове отмечается андрогенная алопеция, ногти не изменены. Степень потоотделения повышена. Дермографизм красный.

Подкожная жировая клетчатка развита значительно (толщина кожной складки на уровне пупка – 7 см), бόльшая выраженность в области пупка и нижней части живота, отеки отсутствуют.

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с горошину, подвижные, безболезненные. Прилегающие кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Затылочные и околоушные лимфатические узлы не пальпируются.

Со стороны мышечной системы жалоб нет. Общее развитие мышечной системы хорошее. Атрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

Со стороны костной системы жалоб нет. При осмотре деформаций костей не выявлено, пальпация и перкуссия безболезненны.

Со стороны суставов отмечает боли и покраснения только при простуде. Видимого изменения конфигурации суставов нет, кожные покровы над ними обычной окраски, при пальпации и перкуссии болезненность отсутствует. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью.

**Исследование системы дыхания**

Жалобы смотри выше.

Дыхание через нос свободное, ощущение сухости слизистой оболочки, появление выделений из носа не отмечает. Ухудшение обонятельной функции не отмечает. Голос громкий. Изменения формы гортани не выявлено, пальпация безболезненная, болей при разговоре не испытывает. При осмотре зев не гиперемирован.

Форма грудной клетки бочкообразная. Эпигастральный угол тупой. Правая и левая половины грудной клетки симметричны, ключицы видны, подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева, надключичные ямки одинаково выражены справа и слева. Лопатки расположены на одном уровне. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно, вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания – брюшной. Частота дыханий – 16 в минуту, ритм дыхания правильный.

**пальпация грудной клетки**

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается, эластичность грудной клетки хорошая в переднезаднем и поперечном направлениях.

**перкуссия легких**

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук с коробочным оттенком над всеми легкими, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается. По результатам топографической перкуссии отмечается увеличение границ легких и снижение подвижности нижних краев.

**аускультация легких**

При сравнительной аускультации над верхушками легких слышно бронхиальное дыхание, в нижних отделах легких спереди и сзади и слева и справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы – хрипы, крепитации, шум трения плевры – не выслушиваются.

**Исследование системы кровообращения**

Жалобы смотри выше.

Сосуды шеи не изменены, отмечается пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Сердечный толчок и систолическое втяжение отсутствуют. Верхушечный толчок не виден. Пульсации в эпигастральной области нет.

При пальпации верхушечный толчок слабый, разлитой, по левой среднеключичной линии.

**перкуссия сердца**

Границы относительной тупости сердца: правая – в четвертом межреберье справа не выходит за грудину, левая – 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя – третье межреберье по левой окологрудинной линии. Талия сердца сглажена.

Границы абсолютной тупости сердца: правая – передняя срединная линия, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя -- четвертое межреберье по левой окологрудинной линии.

Сосудистый пучок не выходит за края грудины во втором межреберье.

**аускультация сердца**

Выраженная аритмия.

На верхушке первый тон ослаблен.

Во второй точке аускультации (второе межреберье справа от грудины) и в третьей точке аускультации (второе межреберье слева от грудины) тоны сердца ослаблены.

В четвертой точке аускультации (основание мечевидного отростка грудины) отмечается ослабление первого тона.

В пятой точке аускультации (третье межреберье слева от грудины, точка Боткина-Эрба) отмечается ослабление первого тона.

**исследование сосудов**

Лучевые артерии не извитые, мягкие, без узлов. Пульс, плохо прощупываемый на обеих руках, аритмия. Пульс на тыльной артерии стопы и на задних большеберцовых артериях прощупывается. Капиллярный пульс отсутствует.

Больной периодически отмечает скачки давления до 160/100 и тахикардию, особенно в жаркое время года.

Имеются варикозно расширенные вены на обеих голенях.

**Исследование системы пищеварения**

Жалоб нет.

Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена. Болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей.

**осмотр полости рта**

Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски, высыпания отсутствуют, влажная. Десны розовой окраски, не кровоточат.

Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, с незначительным белым налетом. Сосочки языка выражены хорошо. Отпечатков зубов, трещин, изъязвлений не наблюдается.

Зев розовой окраски. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность её гладкая.

**осмотр живота**

Живот нормальной формы, симметричен, выпячивания и втяжения отсутствуют. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики не отмечается. В правой боковой области живота отмечается наличие постоперационного рубца длиной 12 см. Мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют.

**перкуссия живота**

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Наличие жидкости не выявлено. Симптом флюктуации отсутствует.

**пальпация живота**

При сравнительной пальпации различий в правой и левой половинах живота не выявлено. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождение прямых мышц живота не наблюдается. Симптом Менделя, Щеткина—Блюмберга отрицательные. Грыжевых выпячиваний не наблюдается.

При глубокой методической скользящей пальпации сигмовидная кишка, слепая кишка, конечный отрезок подвздошной кишки, восходящий отдел ободочной кишки, нисходящий отдел ободочной кишки пальпируются, безболезненны, без особенностей. Поперечная ободочная и тонкая кишка не пальпируются.

При глубокой пальпации нижняя граница желудка не определяется. Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска над желудком не определяется.

**аускультация живота**

Выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы и урчание в центральной части живота.

**пальпация печени**

Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени округлый, безболезненный, плотный, гладкий. При перкуссии печень увеличена в размерах.

**пальпация желчного пузыря**

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского – Мюсси – отрицательные.

**перкуссия селезенки**

При перкуссии селезенка не увеличена, безболезненна. Пальпируется плохо.

**пальпация поджелудочной железы**

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара не отмечается. Симптом Мейо – Робсона и Воскресенского отрицательные.

**Исследование системы мочевыделения**

Жалоб нет.

Боли в области поясницы отсутствуют. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Дизурических явлений нет.

**осмотр области почек**

При осмотре области почек патологических изменений не выявляется.

**пальпация почек**

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Исследование эндокринной системы**

Жалоб нет.

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. При пальпации увеличения и уплотнения железы не отмечается. Пальпация безболезненная. Железа не спаяна с кожей и окружающими тканями, легко смещается при глотании. Тремор пальцев рук, экзофтальм отсутствуют. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные. Периодически больной отмечает признаки повышенной потливости.

**Исследование нервно – психической сферы**

Жалоб нет.

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. Сон глубокий, ровный, продолжительность 7 – 8 часов. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее. Днем не спит.

**Локальный статус**

Поражение кожи хронического воспалительного характера, сыпь скудная, преимущественно локализуется на разгибательных поверхностях конечностей и волосистой части головы, менее поражено туловище – единичные высыпания на пояснице и вдоль шва на боковой поверхности живота, свободны от высыпаний лицо, грудная клетка, верхняя часть спины, ладони и подошвы. Сыпь симметрична, мономорфна, представлена бляшками, отдельных папул не выявляется. Величина бляшек от 7 мм до 4 см, они незначительно возвышаются над уровнем здоровой кожи и имеют неправильные очертания, а единичные бляшки – округлые. Бляшки резко ограничены от окружающих тканей, имеют красный цвет, на нижних конечностях с синюшным оттенком, некоторые бляшки по периферии имеют ярко красный ободок (ободок Пильнова). Поверхность бляшек шероховатая, обильно покрыта мелко пластинчатыми, рыхлыми, белыми, легко отпадающими чешуйками. На коже волосистой части головы и на коже правого предплечья отмечается наличие экскориаций. Высыпания имеют плотноватую консистенцию, располагаются неравномерно, имеют склонность к слиянию. Среди диагностических феноменов отмечается феномен стеаринового пятна, проявляющийся значительным усилением шелушения при поскабливании, и феномен псориатической пленки – отслоение тончайшей просвечивающий пленки, покрывающей весь элемент. Слизистые оболочки и ногти не поражены, в процесс вовлечена затылочная часть головы, но сами волосы не поражены. Среди субъективных ощущение больной отмечает умеренный зуд в местах высыпаний, усиливающийся в вечернее время, при употреблении копченостей, жирной пищи и шашлыка.

**Предварительный диагноз**

1. на основании жалоб (умеренный зуд в местах высыпаний, усиливающийся в вечернее время), на основании анамнеза заболевания (с 2002 года зуд в правом ухе, потом появление высыпаний на разгибательной поверхности правого предплечья в виде « двух красных пятен округлого очертания, резко ограниченных, размером до 1,5 см в диаметре каждое и сопровождающихся сильным зудом», постановка в поликлинике диагноза псориаз, в дальнейшем появление зуда и обильного шелушения на затылке преимущественно справа и появление зуда и высыпаний в обоих ушах, после перенесенной операции в 2004 году по ходу шва появление аналогичных высыпаний, в это же время появление высыпаний по ходу шва после перенесенной в 1986 году операции, далее появление обильных высыпаний на наружной поверхности правой голени и единичных, не превышающих 1 см в диаметре высыпаний на левом плече, левом бедре, пояснице, постановку в декабре 2005 года в клинике кожных и венерических болезней ММА им. И.М.Сеченова диагноза псориаз, в феврале 2006 года обострение состояние – появление новых высыпаний на месте старых, увеличение высыпаний в размере и их слияние, сильный зуд, обильное шелушение), на основании исследования кожных покровов (наличие симметричных, незначительно возвышающихся над уровнем здоровой кожи, ограниченных от окружающей ткани красных бляшек, покрытых мелко пластинчатыми, рыхлыми, белыми, легко отпадающими чешуйками) можно предположить наличие хронического заболевания кожи – псориаза.
2. на основании жалоб (одышка смешанного характера при умеренной физической нагрузке, периодические скачки давления), на основании перенесенных заболеваний (атака ревматизма в виде лихорадки, покраснения и отекания коленных, лучезапястных и голеностопных суставов с обеих сторон, склонность к тяжело протекающим ангинам), на основании исследования системы кровообращения (пальпаторно верхушечный толчок слабый, разлитой по левой среднеключичной линии; граница относительной тупости сердца слева – 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье, талия сердца сглажена; выраженная аритмия; при аускультации ослабление тонов сердца) можно предположить наличие сердечной недостаточности.

На основании цели госпитализации и предварительного диагноза **план обследования:**

1. электрокардиограмма
2. общий анализ мочи (рН, относительная плотность, белок, лейкоциты, соли)
3. общий анализ крови (СОЭ, общее число лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы)
4. биохимические анализы крови (рН, глюкоза, холестерин, триглицериды, липопротеины различных плотности, мочевина, мочевая кислота, общий и свободный кальций, С реактивный белок, глобулины)
5. биохимические исследования мочи (белок, креатинин, мочевая кислота, мочевина, оксалаты, кальций)
6. анализ крови на противострептококковые антитела (АСЛ-О, АСГ, АСК, анти- ДНК-аза В), на антикардиальные антитела
7. анализ крови на антитела к гепатиту, на кардиолипиновый антиген
8. гистологическое исследование соскоба с высыпаний (паракератоз, истончение надсосочковых участков мальпигиева слоя эпидермиса, акантоз, отек сосочков дермы, изменение их формы, микроабсцессы Мунро, значительное утолщение рогового слоя, отсутствие зернистого слоя, лимфоцитарно-гистиоцитарный инфильтрат с примесью нейтрофильных сегментоядерных лейкоцитов в сосочковом слое дермы)

**Результаты обследования**

Биохимические анализы крови

28.02.2006

 тест результат норма

глюкоза 108 мг/дл 70—110 мл/дл

|  |
| --- |
| Биохимические исследования мочи |
|  |  |  |  |  |
| Ф.И.О. | Петухов Виктор Алексеевич |  |
| палата № | 10 |  |  |  |
| дата исследования | 28.02.2006 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| количество |  | 120 мл |  |  |
| цвет |  | соломенно-желтый |  |
| реакция |  | pH 6 |  |  |
| удельный вес |  | 1022 |  |  |
| прозрачность |  | не полная |  |
| белок |  | нет |  |  |
| сахар |  | нет |  |  |
| ацетон |  | нет |  |  |
| желчные пигменты |  | отр. |  |  |
| уробилин |  | норма |  |  |
| осадок |  |  |  |  |
| эпителиальные клетки плоские |  |  |  |  |
| эпителиальные клетки полиморфные | немного |  |  |
| лейкоциты |  | 0-0-1 в/пзр |  |
| эритроциты |  | 0-1-2 в/пзр |  |
| цилиндры гиалиновые |  |  |  |  |
| цилиндры зернистые |  |  |  |  |
| клетки почечного эпителия |  |  |  |  |
| соли оксалаты |  | умеренное количество |
| слизь  |  | много |  |  |
| бактерии |  | немного |  |  |

Иммунологическая лаборатория

28.02.2006

 тест результат норма

HbsAg отрицательный

РПР  отрицательный

ИФА отрицательный

**Клинический диагноз и его обоснование**

**Псориаз обыкновенный, прогрессирующая стадия, «зимний» тип, обострение.**

Псориаз – так как имеются типичные клинические симптомы: симметричные, незначительно возвышающиеся над уровнем здоровой кожи, ограниченные от окружающей ткани, плотноватой консистенции красные бляшки, покрытые мелко пластинчатыми, рыхлыми, белыми, легко отпадающими чешуйками; характерная локализация: разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы, поясница; характерные диагностические феномены: стеаринового пятна и псориатической пленки.

Обыкновенный – так как имеется типичная локализация: разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы, поясница. На основании этого можно исключить псориаз ладоней и подошв, а также псориаз себорейный. Имеются типичные клинические симптомы: мелко пластинчатые, рыхлые, белые, легко отпадающие чешуйки. На основании этого можно исключить псориаз экссудативный и псориаз себорейный. По наличию типичных бляшек: скудные высыпания, единичные на пояснице и вдоль шва на боковой поверхности живота, симметричные, мономорфные бляшки, величиной от 7 мм до 4 см, незначительно возвышающихся над уровнем здоровой кожи и имеющих неправильные очертания, а единичные бляшки – округлые, резко ограниченные от окружающих тканей, красного цвета, на нижних конечностях с синюшным оттенком, некоторые бляшки по периферии имеют ярко красный ободок (ободок Пильнова), с шероховатой поверхностью, плотноватой консистенции, располагающихся неравномерно, имеющих склонность к слиянию, -- можно исключить наличие эритродермии псориатической и псориаза пустулезного. Так как не отмечается типичное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп и других суставов, то можно исключить псориаз артропатический.

Прогрессирующая стадия – так как больной отмечает появление свежих высыпаний, увеличение в размере старых и их слияние, наличие выраженного шелушения и зуда, наличие по периферии некоторых бляшек ярко-красного ободка (ободка Пильнова).

« Зимний» тип – так как преимущественно обострение наблюдается в зимнее время: декабрь 2005 года, настоящее обострение в феврале 2006 года.

Обострение – так как заболевание хроническое рецидивирующее и в данные момент наблюдается активное течение процесса: яркая окраска бляшек, появление новых высыпаний, усиление зуда.

Таким образом, на основании вышесказанного, можно сформулировать **клинический диагноз** – псориаз обыкновенный, прогрессирующая стадия, « зимний» тип, обострение.

Основное заболевание – сердечная недостаточность.

Сочетанные заболевания – мерцательная аритмия, ревматическая лихорадка.

**Дифференциальный диагноз**

Псориаз обыкновенный необходимо дифференцировать с лишаем красным плоским, лишаем розовым Жибера, папулезным сифилидом (вторичный период сифилиса), псориазиформной туберкулезной волчанкой, поскольку данные заболевания имеют сходную клиническую картину.

1. Псориаз обыкновенный и лишай красный плоский имеют следующие общие признаки:

1. хроническое рецидивирующее течение
2. к провоцирующим факторам относятся инфекции, прием лекарственных препаратов, стрессы
3. первичным морфологическим элементом являются папулы, склонные к слиянию с образованием бляшек
4. наличие выраженного зуда
5. наличие феномена Кебнера – свежие высыпания в месте травмы
6. наличие шелушения бляшек
7. распространенность поражения

Вместе с тем у больного обнаружены нехарактерные для лишая красного плоского признаки, а именно:

1. преимущественная локализация на разгибательных поверхностях конечностей и волосистой части головы
2. патогномоничные для псориаза феномены стеаринового пятна и псориатической пленки

К тому же у больного отсутствуют такие характерные для лишая красного плоского признаки, как:

1. женский пол
2. полигональная форма папул
3. пупковидное вдавление в центре папул
4. фиолетово-красный цвет папул
5. восковидный блеск папул
6. наличие сетки Уикхема на крупных бляшках
7. поражение слизистых оболочек

2. Псориаз обыкновенный и лишай розовый Жибера следует дифференцировать в начальной стадии заболевания, когда высыпания при розовом лишае представлены материнской бляшкой. В этот период общими признаками являются:

1. бляшка размером 2-3 см
2. ярко розовая окраска высыпаний
3. наличие мелких чешуек, покрывающих весь элемент

Вместе с тем у больного отсутствуют такие характерные признаки лишая розового, как:

1. инфекционно-аллергическая этиология
2. возраст 20-40 лет
3. первичный морфологический элемент пятно
4. характерный вид высыпаний в виде « медальона» (на более поздних стадиях)
5. сыпь не склонна к слиянию
6. локализация высыпания на груди, шее, плечах, паховых складках. При этом имеется абсолютно нехарактерная локализация на волосистой части головы
7. расположение элементов вдоль линий Лангера – линий натяжения кожи
8. наличие цикличности течения, где цикл эволюции морфологического элемента в среднем продолжается 2-3 недели
9. отсутствие субъективных ощущений
10. заболевание не склонно к рецидивированию
11. самопроизвольное излечение в течение 6-8 недель

К тому же у больного имеются патогномоничные для псориаза феномены стеаринового пятна и псориатической пленки.

3. Псориаз обыкновенный и папулезный сифилид при вторичном рецидивирующем сифилисе имеют следующие общие признаки:

1. единый морфологический элемент – папула
2. папулы резко ограничены от здоровой кожи
3. папулы выступают над уровнем здоровой кожи
4. папулы имеют плотноэластическую консистенцию (лентикулярная разновидность)
5. папулы значительной величины и склонны к слиянию (нуммулярная разновидность)
6. выраженное шелушение папул (псориазиформная разновидность)

Вместе с тем у больного отсутствуют такие характерные признаки папулезного сифилида, как:

1. анамнез заболевания – указание на твердый шанкр, возможность заражения, положительные серореакции на сифилис
2. отсутствие субъективных ощущений
3. генерализация сыпи (в том числе вовлечение слизистых оболочек, лимфатических узлов, внутренних органов, ЦНС, органов слуха и зрения)
4. полиморфность сыпи, характерная для вторичного рецидивирующего сифилиса
5. устойчивость к местному лечению
6. спонтанный регресс элементов и внезапное появление новых высыпаний
7. темно-красный цвет высыпаний

К тому же у больного имеются патогномоничные для псориаза феномены стеаринового пятна и псориатической пленки.

1. Псориаз обыкновенный и псориазиформная туберкулезная волчанка, а также туберкулез лихеноидный имеют следующие общие признаки:

 наличие мелких папул

 папулы розовой окраски с четкими границами

 наличие шелушения в центральной части папул

 способность увеличиваться в размерах

Вместе с тем отсутствуют такие характерные признаки туберкулеза кожи, как:

1. женский пол
2. редкое поражение здоровой кожи, чаще – эндогенный путь заражения
3. провоцирующие факторы в виде гормональной дисфункции, патологии нервной системы, витаминного дисбаланса, расстройств водного и минерального обмена, неудовлетворительные социально-бытовые условия, инфекционные заболевания
4. более частая локализация на лице и поражение слизистых оболочек
5. образование тонкого, гладкого, поверхностного рубца на местах разрешения высыпаний

К тому же у больного имеются патогномоничные для псориаза феномены стеаринового пятна и псориатической пленки.

**Лечение и его обоснование**

1. Режим

Так как к провоцирующим факторам относятся стрессы и инфекции, то режим включает продолжительность сна не менее 9 часов, активный двигательный режим в течение дня, профилактику простудных заболеваний, охлаждений и проведение закаливающих процедур.

Режим также включает щадящее мытье не чаще двух раз в неделю в теплой ванне с использованием шампуней и гелей для душа, но без использования мочалки, так как это может привести к дополнительной травматизации кожи. В течение трех минут после купания, до того, как кожа высохнет, на пораженные участки следует наносить масло или любые смягчающие средства. Как альтернатива, масло может наноситься на ночь, а утром смываться.

Исключить ношение белья из шерстяных, шелковых, синтетических тканей, так как это может привести к дополнительному раздражению пораженных участков кожи и к усилению зуда, соответственно появлению экскориаций.

1. Диета

Ограничение животных жиров и углеводов, исключение острых, соленых и копченых блюд. Ограничение в употреблении алкоголя, сладостей (шоколада), кофе.

1. Общая терапия

 препараты из группы антигистаминных (блокаторы Н1 – рецепторов без седативного действия) назначаются с целью снижения зуда и предупреждения аллергических реакций на прием других препаратов. Действие препаратов заключается в снижении проницаемости капилляров сосочкового слоя дермы, снижении миграция лейкоцитов в ткань, что проявляется противовоспалительным и противоаллергическим эффектами: фенкарол по 1 таблетке (0,01 г) 3 раза в день

 седативные препараты целесообразно назначать для того, что бы пациент мог спокойно спать ночью. С учетом того, что диазепам обладает также противозудным действием, следует назначить именно его: диазепам по 1 таблетке (0,01 г) перед сном

 учитывая во внимание тот факт, что больной злоупотребляет алкоголем, что у него наблюдается увеличение печени можно назначить гепатопротекторы с целью предупреждения каких-либо побочных реакций со стороны печени. Схема приема препарата эссециале Н следующая: лечение следует начинать с двухнедельного приема капсул – по 2 капсулы 3 раза в день, затем провести 10 в/в вливаний эссенциале Н по 5 мл ежедневно, медленно, предварительно разведя кровью. После окончания в/в вливаний следует возобновить прием капсул и продолжать его в течение двух месяцев

1. Местная терапия

В качестве лекарственной формы для наружной терапии следует использовать мазь или крем, 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.

1. при прогрессирующей стадии целесообразно назначать противовоспалительные мази: 1-2 % салициловую мазь и 1% серно-салициловую мазь на кожу волосистой части головы. Мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2-3 раза в день и слегка втирать. Для усиления эффекта мази, ее можно наносить под окклюзионную полиэтиленовую повязку на ночь, либо в течение всего дня без применения повязки.
2. на всех стадиях заболевания возможно применение кортикостероидных мазей, так как они обладают противовоспалительным и десенсибилизирующим действием. Например, Лоринден-А, как альтернатива серно-салициловой мази. Мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи головы, одевать сверху полиэтиленовую шапочку и оставлять на ночь, утром смывать с использованием шампуня.
3. Физиотерапии

У данного пациента целесообразно применение ультрафиолетового облучения, так как данный тип лечения уже проводился и дал положительный эффект.

В периоды ремиссии больному показано назначение витаминов группы В, витамина С и витамина А (таблетки Аевит), а также препараты из группы адаптогеннов для нормализации состояния нервной системы и системы адаптации, для улучшения сна (Ново-пассит по 1 таблетке 3 раза в сутки во время еды).

**Прогноз**

Прогноз для жизни, трудоспособности и излечения благоприятный. При соблюдении правильного режима, диеты и терапии возможно достичь стойкой ремиссии заболевания – перехода процесса в регрессирующую стадию.