I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: x

Возраст: 28 лет.

Пол: мужской.

Национальность: русский.

Семейное положение: женат.

Образование: среднее техническое.

Профессия и место работы: ТТУ, водитель троллейбуса.

Домашний адрес: г.Иваново

Дата поступления: 31 марта 1998 г.

II. ЖАЛОБЫ

Жалобы на высыпания на коже туловища, волосистой части головы, шеи,

разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей,

сопровождающиеся шелушением и легким зудом. Также больной жалуется

на слабость, боли в суставах пальцев ног, поражение ногтей на

ногах.

III. ANAMNESIS MORBI

Больным себя считает с 19 лет. По словам больного, впервые

высыпания появились в 1989 году в виде розовых папул на шее и в

области локтевых суставов, распространившиеся впоследствии на кожу

спины, живота и нижних конечностей. Субъективными ощущениями

процесс не сопровождался.

Причиной заболевания больной считает частые стрессы и переживания,

имевшие место в период, предшествовавший появлению высыпаний.

Больной занимался самолечением, используя мази, названия которых не

помнит. Видимого эффекта самолечение не дало. Больной обратился к

врачу, который поставил диагноз 'распространенный псориаз' и

направил его в Ивановский ОКВД, откуда после курса лечения,

характер которого больной указать не может, он был выписан со

значительным улучшением. После этого больной отмечает частые

рецидивы, преимущественно в осенне-зимний период, с улучшением к

лету. Обострения пациент связывает с сезонностью, а также со своей

психоэмоциональной неустойчивостью.

Обострение начинается с папулезных высыпаний на шее и в области

локтевых суставов, затем процесс переходит на туловище и нижние

конечности, где вследствие разрастания и слияния папул образуются

бляшки. Папулы и бляшки покрываются белесоватыми чешуйками.

Высыпания сопровождаются небольшим зудом, иногда - чувством

стягивания кожи.

Последний раз пациент лечился в ивановском ОКВД в 1995 году.

Получал десенсибилизирующую, дезинтоксикационную и общеукрепляющую

терапию. Лечение перенес без осложнений, выписан со значительным

улучшением.

Санаторно-курортное лечение не проходил.

Последнее обострение возникло около трех недель назад, когда после

стресса появились характерные высыпания, а также боли в суставах

пальцев ног. Пациент ничем не лечился, обратился к дерматологу. Был

поставлен диагноз 'распространенный псориаз, псориатическая

артропатия'. В стационар ОКВД поступил 31/III 1998г.

До момента курации проводилось лечение: хлорид кальция внутривенно

через день, витамины С, В1, папаверин. Улучшения не отмечается.

IV. ANAMNESIS VITAE

Пациент родился в рабочей семье, 1-м ребенком. Рос и развивался

соответственно возрасту. В детстве болел простудными заболеваниями,

перенес вирусный гепатит. Экссудативного диатеза не было.

Образование среднее техническое. Работает водителем в ТТУ, из

профессиональных вредностей отмечает стрессовые ситуации.

Женат. Проживает в благоустроенной квартире. Материально-бытовые

условия удовлетворительные, питание регулярное. В свободное время

отдыхает дома. Курит давно, алкоголь не употребляет.

Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, хронический тонзиллит.

Туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Кровь не переливалась, донором не был.

Аллергических реакций у себя и родственников не отмечает.

Семейный анамнез: дед страдает псориазом. Других заболеваний у

родственников назвать не может.

V. STATUS PRAESENS

1. Общее состояние больного.

Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хорошее.

Выражение лица осмысленное. Сознание ясное. Положение активное.

Рост - 176 см. Масса - 68 кг. Индекс Брока - 90% - снижение массы.

Телосложение по астеническому типу, пропорциональное.

Патологических изменений головы и лица нет. Температура тела 36,6.

2. Общие свойства кожи.

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 1 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 на руках без патологических изменений, на ногах -

желтоватой окраски, утолщенные, поперечно исчерченные, с точечными

вдавлениями.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

Дермографизм розовый, скрытый период - 10 с., явный - около 1 мин.,

локализованный, не возвышается над уровнем кожи. Мышечно-волосковый

рефлекс не вызывается. Тактильная, болевая, температурная

чувствительность сохранена, гиперестезии нет.

3. Состояние лимфатических узлов.

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.

4. Костно-мышечная система.

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. Жалобы на боли в суставах пальцев ног,

болезненность при пальпации. Болезненности при пальпации других

суставов нет. Объем активных и пассивных движений в суставах

сохранен.

5. Система органов дыхания.

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос

свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет. Дыхание

ритмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание брюшное.

Грудная клетка конической формы, симметричная.

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое

дрожание слабое, в симметричные участки легких проводится

одинаково.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких

выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации в симметричных точках выслушивается везикулярное

дыхание; бронхофония ясно не выслушивается; побочных дыхательных

шумов не обнаружено.

6. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный.

Частота пульса 72 удара/мин. Артериальное давление 120/85 мм.рт.ст.

Выпячивания в области сердца и крупных сосудов не наблюдается.

Верхушечный толчок локализован в V межреберье, ширина - 2 см, не

резистентный. Сердечный толчок не определяется. Надчревная

пульсация не наблюдается.

В каждой точке аускультации выслушиваются 2 тона. I тон лучше

выслушивается у верхушки, II - у основания. Тоны сердца ритмичные,

приглушенные. Акцентирования, патологических шумов, расщеплений и

раздвоений тонов нет.

7. Система пищеварения.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения

пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет.

Стул не изменен.

Зев, миндалины, глотка без изменений. Форма живота округлая.

Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. Асцита

нет.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический

звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. При

поверхностной ориентировочной пальпации - живот мягкий, спокойный,

безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза

прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные

опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см,

безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см,

безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра

диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная,

гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде

цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность

ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см

выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Размеры печени по Курлову: 10, 9, 8 см. Нижний край печени

пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, эластичный, острый,

безболезненный. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8 см,

поперечный - 4 см.

8. Мочеполовые органы.

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице,

промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии,

ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена. Отеков нет.

Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не

пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь безболезненный.

9. Эндокринная система.

Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы тиреотоксикоза

не наблюдаются.

Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

10. Нервная система.

Память, сон не нарушены. Отношение к болезни адекватное. Нарушений

зрения, слуха, вкуса, обоняния нет.

Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию

соответствующая.

Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет.

Менингеальные симптомы отрицательные.

Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

VI. STATUS LOCALIS

Процесс распространенный, симметричный. Высыпания мономорфные,

представлены папулами и бляшками различного размера,

розово-красного цвета. В основании элементов - хроническая

воспалительная инфильтрация. Высыпания локализованы на коже

туловища, волосистой части головы, шеи, верхних и нижних

конечностей, в том числе на разгибательных поверхностях локтевых и

коленных суставов.

Первичный морфологический элемент - папула, диаметром до 0,5 см,

розово-красного цвета, округлых очертаний, четко отграничена.

Папулы возвышаются над уровнем кожи, имеют чечевицеподобную форму,

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 10 см и более, розово-красного цвета, плоские,

возвышаются над уровнем кожи. Очертания неправильные,

крупнофестончатые, по краям ободок гиперемии. Кожный рисунок

усилен. Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные,

мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно. В области нижних

конечностей сплошной очаг инфильтрации, покрытый чешуйко-корками,

легко отделяющимися при поскабливании.

Изоморфная реакция (феномен Кебнера) отсутствует.

Ногтевые пластинки стоп деформированные, утолщенные, желтоватой

окраски. Отмечается поперечная исчерченность, точечные вдавления

(симптом "наперстка"). Свободный край легко ломается.

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.

VII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 1/IV 98г.

Гемоглобин - 140 г/л

Лейкоциты - 6,5 Г/л

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 1%

Сегментоядерные - 66%

Лимфоциты - 27%

Моноциты - 4%

СОЭ - 4 мм/час

Заключение: без патологии.

2. Исследование крови на RW от 1/IV 98г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 1/IV 98г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1015

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские - 3-4 в поле зрения

Лейкоциты - единичные в поле зрения

Слизь +

Бактерии +

Заключение: без патологии.

4. Исследование крови на антитела к ВИЧ от 1/IV 98г.

Результат отрицательный.

VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Распространенный псориаз, зимний тип, прогрессирующая стадия,

артропатическая форма.

Диагноз поставлен на основании следующих данных:

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 ног по типу "наперстка".

4. Длительное течение заболевания с частыми рецидивами в

осенне-зимний период.

5. Наличие ободка гиперемии вокруг морфологических элементов.

6. Боль в суставах пальцев ног, болезненность при их пальпации.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем и

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;

- сетчатый рисунок на поверхности высыпаний (сетка Уикхема);

- 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).

X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Больному поставлен клинический диагноз:

Псориаз, зимний тип, артропатическая форма, прогрессирующая стадия.

Этот диагноз основывается на следующих данных:

1. Предъявляемые жалобы на высыпания на коже туловища, волосистой

части головы, шеи, разгибательной поверхности верхних и нижних

конечностей, сопровождающиеся шелушением и легким зудом; на

слабость, боли в суставах пальцев ног, поражение ногтей на ногах.

2. Наличие у больного распростаненных характерных папулезных

высыпаний розово-красного цвета, в том числе в типичных для

псориаза местах (на разгибательных поверхностях крупных суставов).

3. Наличие патогномоничной для псориаза триады феноменов:

"стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного

кровоизлияния".

4. Длительное течение заболевания с ежегодными рецидивами в

осенне-зимний период (характерно для зимнего типа).

5. Наличие поражения суставов пальцев ног и отсутствие у больного

признаков, характерных для других атипичных клинических форм

псориаза:

- отсутствие на поверхности папул пластинчатых чешуе-корок,

характерных для экссудативной формы;

- отсутствие резкой гиперемии, отечности, инфильтрации и

лихенизации кожных покровов в сочетании с ухудшением общего

самочувствия, характерных для псориатической эритродермии;

- отсутствие поражений области ладоней и подошв, отсутствие пустул,

характерных для пустулезной формы.

6. Тенденция к периферическому росту и слиянию первичных элементов,

наличие ободка гиперемии - признак прогрессирующей стадии.

XI. 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).

В настоящее время 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.

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).

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.

Полученные свидетельства иммунных отклонений легли в основу

инфекционно-аллергической теории. 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. Иммунные

нарушения 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.

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.

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

мультифакториальный 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. Возможно, на течение болезни

оказывают влияние стрессовые ситуации по месту работы. Сезонный

характер обострений вероятно связан с нейро-эндокринными влияниями.

XII. ГИСТОПАТОЛОГИЯ

При псориазе гистологически выявляют значительный акантоз с

удлинением и расширением книзу эпидермальных выростов и истончением

надсосочковой зоны эпидермиса, гиперкератоз с очаговым или

диффузным паракератозом. Над папулой роговой слой утолщен,

разрыхлен, состоит преимущественно из паракератотических клеток с

вытянутыми, палочкообразными ядрами. Зернистый слой в один ряд

клеток или полностью отсутствует. В шиповатом слое часто нерезко

выраженный отек, проявляющийся в расширении межклеточных

промежутков, экзоцитоз лимфоцитов и нейтральных гранулоцитов.

Очаговые скопления последних образуют субкорнеально микроабсцессы

Мунро. В базальном слое часто встречаются митозы. Сосочковый слой

дермы отечен, сосуды его расширены, извитые, эндотелий набухший, по

ходу сосудов скопления лимфоцитов, гистиоцитов, тучных клеток,

единичные нейтрофильные гранулоциты. В сетчатом слое

морфологические изменения выражены слабее, сосуды расширены,

окружены инфильтратами того же состава. Три псориатических феномена

зависят от следующих гистологических изменений. Феномен

"стеаринового пятна" является результатом рыхлости роговых

пластинок и отсутствия кератогиалинового слоя. Феномен

"терминальной пленки" развивается вследствие обнажения в результате

поскабливания блестящей красноватой поверхности, состоящей из ряда

уплощенных клеток шиповатого слоя, феномен "точечного кровотечения"

- вследствие нарушения целостности капилляров сосочков,

легкодоступных в связи с наличием участков истончения мальпигиева

слоя над сосочками.

При электронно-микроскопическом исследовании отмечено интенсивное

окрашивание ядер клеток базального слоя, свидетельствующее о

повышенной пролиферативной активности клеток эпидермиса.

XIII. ЛЕЧЕНИЕ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО

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, десенсибилизирующую, противовоспалительную и

общеукрепляющую терапию.

Местно следует использовать противовоспалительные,

кератолитические, разрешающие средства.

Общая терапия.

1. Хлорид кальция (Calcii chloridum).

Препарат кальция. Обладает десенсибилизирующим, антиаллергическим,

противозудным действием. Механизм действия до конца не выяснен.

Одним из компонентов действия является уменьшение проницаемости

капилляров дермы, уплотнение клеточных мембран, нормализация

активности аденилатциклазы.

Следует использовать с осторожностью, поскольку его

симпатергическое влияние может активировать процесс.

Rp. Sol. Calcii chloridi 10% - 10 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 10 мл внутривенно медленно через день.

2. Аскорбиновая кислота (витамин C, Acidum ascorbinicum).

Обладает сильно выраженными восстановительными свойствами за счет

наличия в молекуле диэнольной группы. Участвует в регуляции

окислительно-восстановительных процессов в организме, способствует

синтезу стероидных гормонов, образованию коллагена и уплотнению

клеточных мембран капилляров.

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

 D.t.d. N. 20 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

3. Тиамина хлорид (витамин B1, Thiamini chloridum).

Влияя на обмен веществ, оказывает широкое действие на организм,

стимулирует метаболические процессы. Оказывает влияние на

проведение нервного возбуждения в синапсах. Применяется при

дерматозах неврогенного генеза, в том числе при псориазе.

Rp. Thiamini chloridi - 0,01

 D.t.d N. 20 in tabul.

 S. По 1 таблетке 2 раза в день.

4. Цианокобаламин (витамин B12, Cyanocobalaminum).

Обладает высокой биологической активностью. Участвует в синтезе

лабильных метильных групп, образовании метионина, нуклеиновых

кислот, холина. Оказывает благприятное влияние на функции нервной

системы. Применяется в качестве общеукрепляющего средства.

Rp. Sol. Cyanocobalamini 0,02% - 1 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно через день.

5. Папаверина гидрохлорид (Papavreini hydrochloridum).

Является миотропным спазмолитиком. Понижает тонус гладкой

мускулатуры, оказывает сосудорасширяющее и спазмолитическое

действие. В больших дозах оказывает седативный эффект.

Rp. Tab. Papaverini hydrochloridi 0,04 N.20

 D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

6. Димедрол (Dimedrolum).

Представитель группы антигистаминных препаратов. Обладает

гистаминолитическим действием, основанным на нейтрализации

гистамина, серотонина, ацетилхолина и брадикинина. Снижает

воспалительный потенциал тканей при реакциях антиген-антитело,

снижает повышенную сосудистую проницаемость, предупреждает развитие

и облегчает течение аллергических реакций. Кроме того, обладает

седативным эффектом, снижает возбуждение ЦНС, облегчает наступление

сна. Часто используется совместно с препаратами кальция.

Rp. Tab. Dimedroli 0,05 N.10

 D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

7. Метиндол (индометацин, Indometacin).

Нестероидное противовоспалительное средство. Ингибитор биосинтеза

простагландинов. Оказывает противовоспалительное и болеутоляющее

действие. Применяется при воспалительных заболеваниях суставов.

Rp. Indometacini - 0,025

 D.t.d. N.20 in capsulis.

 S. По 1 капсуле 2 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.

XIV. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ)

1/IV 98г.

1. Пульс - 60/мин

Частота дыхания - 20/мин

Температура 36,6

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалобы на высыпания на коже туловища, волосистой части головы, шеи,

разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей,

сопровождающиеся шелушением и легким зудом; на слабость, боли в

суставах пальцев ног.

Общее состояние удовлетворительное. На коже - розово-красные папулы

со склонностью к слиянию; по периферии - венчик гиперемии.

Умеренное шелушение.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения.

- Диета: молочно-растительная с ограничением углеводов и животных

жиров.

- Sol. Calcii chloridi 10% 10 мл внутривенно через день.

- Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 мл внутримышечно.

- Thiamini chloridi по 1 таблетке 2 раза в день.

- Sol. Cyanocobalamini 0,02% 1 мл внутримышечно.

- Papaverini hydrochloridi по 1 таблетке 3 раза в день.

- Dimedroli по 1 таблетке 2 раза в день.

- Indometacini по 1 капсуле 2 раза в день.

- 2%-серносалициловая мазь на очаги 2 раза.

2/IV 98г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 22/мин

Температура 36,4

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалобы те же. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний

нет, имеющиеся - без изменений. Физиологические отправления в

норме.

3. Назначения те же.

3/IV 98г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 20/мин

Температура 36,7

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 те же.

6/IV 98г.

1. Пульс - 68/мин

Частота дыхания - 20/мин

Температура 36,8

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Остаются боли в суставах. Общее состояние удовлетворительное.

Венчик гиперемии вокруг бляшек сохраняется. Тенденция к уплощению

элементов.

Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

7/IV 98г.

1. Пульс - 76/мин

Частота дыхания - 24/мин

Температура 36,5

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалобы те же. Общее состояние удовлетворительное. Высыпания - без

динамики. Физиологические отправления в норме.

3. Назначения те же.

8/IV 98г.

1. Пульс - 72/мин

Частота дыхания - 20/мин

Температура 36,7

2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного.

Жалобы те же, зуд исчез. Общее состояние удовлетворительное. Исчез

венчик гиперемии вокруг папул. Элементы уплощаются, бледнеют, но

сохраняется умеренное шелушение. Физиологические отправления в

норме.

3. Назначения те же.

XV. ПРОГНОЗ И ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА

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.

XVI. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для профилактики возникновения рецидивов заболевания необходимо

избегать стрессовых ситуаций, придерживаться молочно-растительной

диеты, ограничить потребление сливочного масла и жирного мяса.

Целесообразно применять в осенне-зимний период витамины группы В и

С, седативные средства. В домашних условиях можно применять

хвойные, горчичные ванны. Для предупреждения рецидивов необходимо

диспансерное наблюдение не реже 2 раз в год.

Рекомендовано санаторно-курортное лечение в Пятигорске,

Кисловодске.

XVII. ЭПИКРИЗ

x, 28 лет, находится на стационарном

лечении в ивановском ОКВД с 31 марта 1998 года по поводу

распространенного псориаза, прогрессирующей стадии.

Больной поступил с жалобами на высыпания на коже туловища,

волосистой части головы, шеи, разгибательной поверхности верхних и

нижних конечностей, сопровождающиеся шелушением и легким зудом,

слабость, боли в суставах пальцев ног, поражение ногтей на ногах.

При объективном обследовании на коже туловища, конечностей и

волосистой части головы обнаружены крупные бляшки и папулы розово-

красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, слегка шелушащиеся.

По краям элементов - ободок гиперемии. Получена триада

псориатических феноменов.

Ногтевые пластинки на ногах поражены по типу "наперстка".

Были проведены следующие исследования: общий анализ крови

(заключение: без патологии), общий анализ мочи (заключение: без

патологии), анализ крови на RW и антитела к ВИЧ (результат

отрицательный).

Назначено следующее лечение: молочно-растительная диета с

ограничением углеводов и животных жиров; хлорид кальция 10% 10 мл

внутривенно через день; раствор витамина С 5% 1 мл внутримышечно;

витамин В1 по 1 таблетке 2 раза в день; раствор витамина В12 0,02%

1 мл внутримышечно; папаверин по 1 таблетке 3 раза в день; димедрол

по 1 таблетке 2 раза в день; метиндол по 1 капсуле 2 раза в день;

местно - 2%-серносалициловая мазь на очаги 2 раза. Лечение

переносится без осложнений.

В результате лечения отмечено улучшение состояния: исчез зуд, новые

элементы не образуются, шелушение старых элементов уменьшилось,

элементы бледнеют, уплощаются, однако сохраняются боли в суставах

пальцев ног.

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. Местно применять псориазин, "Бетновейт".

5. Регулярное диспансерное наблюдение.

6. Санаторно-курортное лечение в Пятигорске, Кисловодске.

.

XVIII. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

\* Головинов Э.Д., Переверзев Ю.М. Учебная история болезни в клинике

 кожных и венерических болезней.: Методические разработки для

 студентов, интернов, субординаторов и клинических ординаторов.-

 Иваново, 1992,- 32 с.

\* Головинов Э.Д., Тумаркин М.Б.- Лечение и профилактика псориаза:

 Методическое письмо для дерматовенерологов.- Иваново, 1992,- 20

 с.

\* Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для

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

 1989,- 672 с.

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

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

\* Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 13-е, новое.-

 Харьков: "Торсинг", 1998, тт. I, II.

\* Мордовцев В.Н., Мушет Т.Н., Альбанова В.И. Псориаз (патогенез,

 клиника, лечение).- Кишинев: Штиинца, 1991.- 184 с.

\* Переверзев Ю.М. Гистопатолотия кожи и морфологические элементы

 кожной сыпи.: Учебно-методическое пособие для самостоятельной

 подготовки студентов к практическим занятиям.- Иваново, 1988.- 40

 с.

\* Практикум по дерматовенерологии: Учебное пособие /Л.Д.Тищенко,

 Г.К.Гагаев, А.В.Метельский, О.В.Алита.- М.: Издадельство УДН,

 1990,- 125 с.

\* Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.- М.: Медицина,1995,-

 464 с.

\* Тумаркин Б.М. и др. Основы наружной терапии в дерматовенерологии

 /Б.М.Тумаркин, К.П.Венедиктова, Ю.М.Переверзев, Э.Д.Головинов.-

 Иваново, 1982,- 38 с.

 XIX. ДАТА Подпись куратора

 22 апреля 1998 года.