Алтайский государственный медицинский университет

**Кафедра ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

Зав. кафедрой:

проф. Танков Ю.П.

Преподаватель: ассистент Михельсон И.В.

Куратор: Ярославцева О.В. 420 группы

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной:\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз: Псориаз, зимний тип, обычная форма,

начальная стадия

Барнаул 2007

**Паспортная часть**

Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения: 28.05.1984

Возраст: 23 года

Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: мужской. Национальность: русский. Семейное положение: женат. Место работы: ЗАО «АлтайАгро», станочник. Дата поступления: 21.01.08

**Жалобы**

Жалобы на шелушение и покраснение на разгибательных поверхностях локтевых, коленных, голеностопных суставах, сопровождающееся легким зудом, жжением

**Anamnesis morbi**

Проходил призывную комиссию, которой был направлен на обследование в кожвен. диспансер, где ему выставлен окончательный диагноз «псориаз». Ранее больной отмечал появление в зимнее время шелушения, легкого зуда в области разгибательных поверхностей локтевых, коленных, голеностопных суставах, но его это не беспокоило, т.к. больной связывал это с сезонным гиповитаминозом и погодными условиями. 21.01.2008 г. поступил в стационар.

**Anamnesis vitae**

Пациент родился в рабочей семье, 2-м ребенком. Говорить и ходить начал поздно. Экссудативный диатез, кожные заболевания, аллергические, туберкулез, сифилис, нервные и психические расстройства отрицает. Половую жизнь начал в 18 лет. В настоящее время женат. Имеет одного ребёнка.

Проживает в квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное, часто испытывает нервно-психические перенапряжения. Курит давно.

Образование среднее техническое. Работает по специальности, работа связана с стрессовыми ситуациями.

Гемотрансфузий не проводили.

Наследственный анамнез: отец и мать здоровы. Дедушка по отцовской линии страдал псориазом.

**Status praesens communis:**

Общее состояние - удовлетворительное. Сознание ясное, в обстановке, времени, собственной личности ориентирован. Активное положение в постели.

Тип телосложения нормостенический, осанка прямая, костно-мышечная система развита нормально, рост 170 см, вес 76 кг. Выражение лица осмысленное. Патологических изменений головы и лица нет.

Температура тела 36,6.

Общие свойства кожи:

Видимые 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 2см. Консистенция упругая. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет.

Кожные фолликулы не изменены. Патологических элементов нет. Волосы темные, мягкие, эластичные. Оволосенение по мужскому типу. Ногти нормального цвета и толщины. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

Дермографизм белый, скрытый период - 10 с., явный - около 1мин., локализованный, не возвышается над уровнем кожи. Мышечно-волосковый рефлекс не вызывается.

Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена, гиперестезии нет.

**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.

**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. Болезненности при пальпации суставов нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен.

**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 - 18/мин., дыхание грудное.

Грудная клетка цилиндрической 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.

**Сердечно-сосудистая система**

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 75 ударов/мин. Артериальное давление 120/60 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.

**Система пищеварения**

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, умеренно обложен белым налетом.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет.

Стул не изменен, регулярный.

Область живота симметрична, передняя брюшная стенка не принимает участие в акте дыхания.

Пальпация: живот при пальпации мягкий, болезненность и напряжение передней брюшной стенки не выявлены, грыжевых отверстий нет, симптом

Щеткина - Блюмберга отрицательный. При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. 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.

**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.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются.

Аномалий в телосложении и отложении жира нет.

**Нервная система**

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

**Специальный статус больного. Анатомо-физиологические особенности кожи**

А. кожа нормальная

Б. потоотделение умеренное

В. салоотделение умеренное

Г. пигментация равномерная

Д. дермографизм белый, скрытый период - 10с., явный - около 1мин.,

локализованный, не возвышается над уровнем кожи.

Е. мышечно-волосковый рефлекс не вызывается.

**Общее описание дерматоза:**

Процесс распространенный, симметричный. Высыпания мономорфные, представлены мелкими папулами, слившимися в бляшки различного размера, бледно-розового цвета, с шелушащейся поверхностью. Локализация высыпаний - разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, латеральная поверхность голеностопного сустава. Первичный морфологический элемент - папула, диаметром до 0,1-0,2 см, бледно-розового цвета, округлых очертаний, четко отграничена. Папулы возвышаются над уровнем кожи, форма округлая, поверхность гладкая, консистенция не плотная. Имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек на верхних и нижних конечностях, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, на латеральной поверхности голеностопного сустава. Бляшки покрыты белесыми чешуйками. Чешуйки необильные, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно. При поскабливании папул наблюдается увеличение количества чешуек и выявляется феномен стеаринового пятна.

**Предварительный диагноз**

Распространенный псориаз, зимний тип, начальная стадия. Повод так судить дают следующие факты:

1. Наличие у больного распространенных высыпаний, в том числе в типичных местах (разгибательная поверхность локтевых и коленных суставов, латеральная поверхность голеностопного сустава), первичным морфологическим элементом которых является папула.

1. Наличие псориатического феномена "стеаринового пятна".
2. Длительное течение заболевания с ежегодными рецидивами в осенне-зимний период.

**Лабораторные исследования**

1. Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой

2. Исследование крови на RW

3. Исследование мочи

**Дифференциальный диагноз**

Псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, розовым лишаем, папулезным сифилидам, 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;
* патогномоничный для псориаза феноменов: "стеаринового пятна". К тому же у больного отсутствуют такие характерные для красного плоского лишая признаки, как:
* интенсивный зуд;
* полигональная форма папул;
* пупкообразное вдавление в центре папул;
* фиолетово-красный цвет папул;
* восковидный блеск папул;
* поражение слизистых оболочек.

2. 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;

- феномен "стеаринового пятна". Кроме того, у больного отсутствуют следующие признаки сифилиса:

* темно-красный цвет папул;
* увеличение периферических лимфатических узлов;
* положительные серореакции (КЛУ).

3. С розовым лишаем псориаз следует дифференцировать в начальной стадии заболевания, когда псориатические элементы имеют вид пятен без заметного инфильтрата. У больного же дифференциальная диагностика не представляет затруднений, поскольку элементы представлены папулами и бляшками, а не пятнами, как при розовом лишае. К тому же розовый лишай характеризуется сравнительно быстрым регрессом высыпаний.

4. У больного имеются следующие признаки, характерные для начальной стадии псориаза:

* отсутствие периферического венчика гиперемии вокруг элементов (венчик роста);

- наличие "стеаринового пятна", шелушение.

* тенденция к периферическому росту папул и их слиянию с образованием крупных бляшек.

5. В пользу обычной формы псориаза свидетельствуют следующие моменты:

* отсутствие на поверхности папул пластинчатых чешук-корок, характерных для экссудативной формы;
* отсутствие поражений суставов, характерных для артропатической 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.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Клинический диагноз:

Псориаз, зимний тип, обычная форма, начальная стадия.

Диагноз основывается на следующих данных:

1. Наличие у больного множественных характерных папулезных высыпаний бледно-розового цвета, в том числе в типичных для псориаза местах (на разгибательных поверхностях крупных суставов).
2. Наличие феноменов характерных для псориаза: "стеаринового пятна", шелушение.

3. Длительное течение заболевания с ежегодными рецидивами в осенне-зимний период.

4. Отсутствие у больного ряда признаков, характерных для атипичных клинических форм псориаза.

5. Тенденция к периферическому росту и слиянию первичных элементов, отсутствие ободка гиперемии.

Пункты 1 и 2 свидетельствуют о наличии у больного псориаза. Пункт 3 говорит о зимнем типе заболевания. Из пункта 4 видно, что это обычная форма псориаза. Пункт 5, а также пункт 2 говорят о начальной стадии заболевания.

**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. Современные достижения вирусологии, генетики, электронно-микроскопических исследований, иммунологии, биохимии и других наук позволили значительно расширить представления об этиологии и патогенезе псориаза.

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.

Сегрегационный анализ распределения больных в семьях свидетельствует о том, что в целом псориаз наследуется мультифакториально, с долей генетической компоненты, равной 60-70%, и средовой -30-40% .

Это не исключает существование генетических факторов, определяющих иные типы наследования в отдельных родословных.

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 НЬА). Установлена генетическая детерминация нарушений липидного и в меньшей мере углеводного обмена у больных псориазом.

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.

Имеются указания о возможном значении ретровирусов, которые могут обусловить генетические изменения. Некоторыми авторами обнаружена повышенная экспрессия ряда протоонкогенов в псориатических очагах. У больных псориазом выявлены различные эпидермо-дермальные и общие нарушения (иммунные, нейроэндокринные, обменные), однако их этиопатогенетическая значимость пока не решена. Например, обнаружены разнообразные отклонения в иммунном статусе больных: количественные и функциональные изменения иммунокомпетентных клеток, нарушение неспецифических факторов, наличие бактериальной, реже микотической сенсибилизации, признаков активации комплемента, циркулирующих сывороточных иммунных. Эти и другие факты легли в основу инфекционно-аллергической теории (Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я.). 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. Авторы данной теории не исключают возможность того, что через ослабленный хронической инфекцией носоглоточный барьер легче проходят фильтрующийся вирус псориаза (если его существование будет окончательно доказано), стафилококки, стрептококки и их токсины, вызывающие сенсибилизацию, а затем аутосенсибилизацию организма и ослабляющие его сопротивляемость в отношении псориатического вируса.

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.

Большое значение в развитии воспаления имеют медиаторы, выделяемые различными клетками. Так, повышение проницаемости сосудистой стенки связано в первую очередь с гистамином и гистаминоподобными веществами, выделяемыми при дегрануляции тучных клеток, а также гидролазами, освобождающимися из нейтрофильных гранулоцитов. Активными медиаторами воспаления при псориазе являются простагландины, лейкотриены и другие производные арахидоновой кислоты. Повышенная локальная продукция метаболитов арахидоновой кислоты может быть вызвана цитокинами, высвобождаемыми моноцитами или кератиноцитами. Возрождается интерес к неврогенной гипотезе развития псориаза [Скрипкин Ю.К.]. Неврогенная концепция подчеркивает значение нервнопсихических факторов в происхождении псориаза. 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).

**Гистопатология**

При обычном 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. 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.

**Лечение курируемого больного**

Режим больного - общий.

Терапия носит симптоматический характер, поскольку вопрос об этиологии заболевания окончательно не решен.

Основываясь на имеющихся данных, больному следует назначить десенсибилизирующую, наружную терапию, а также препараты, нормализующие жировой и углеводный обмен.

Местно следует использовать противовоспалительные, кератолитические, разрешающие средства.

Общая терапия:

1. Цетрин

Цетрин относится к десенсибилизирующим противогистаминным средствам, проявляет седативные и снотворные свойства. Механизм действия заключается в блокаде Н 41 0-гистаминовых рецепторов.

Rp. Cetrini- 0,01

D. t. d. №20 in tabulettis

S. По 1 таблетки утром

2. Эссенциале

Эссенциале оказывает нормализующее действие на метаболизм жиров, белков и на детоксицирующую функцию печени. Содержит витамины группы В, Е, фосфолипиды, никотинамид.

Rp. Essentiale №50 in capsulis

D. S.По 2 капсулы 3 раза в день.

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. Можно назначить санаторное - курортное лечение.

**Течение заболевания (дневник наблюдения)**

**23.01.2008**

1. Пульс - 60/мин Частота дыхания - 20/мин
2. Опрос и клиническое обследование больного.

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений. Физиологические отправления в норме.

**25.01.2008.**

1. Пульс - 72/мин Частота дыхания - 20/мин
2. Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного. Плохо спал. Общее состояние удовлетворительное. Новых высыпаний нет, имеющиеся - без изменений. Физиологические отправления в норме.

**28.01.2008.**

1. Пульс - 72/мин Частота дыхания - 20/мин

Повторный опрос и повторное клиническое обследование больного. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Элементы уплощаются, бледнеют, но сохраняется незначительное шелушение. Физиологические отправления в норме.

**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. Местно смягчающие средства.

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, Сочи.

**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.

**Эпикриз**

Больной\_\_\_\_\_\_\_, 23 лет, находится на стационарном лечении в АККВД с 21 января 2008 года по поводу распространенного псориаза, начальной стадии.

Больной поступил с жалобами на высыпания, сопровождавшиеся незначительным зудом.

При объективном обследовании на коже туловища, конечностей и обнаружены крупные бляшки и папулы бледно-розового цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, слегка шелушащиеся. Получен псориатический феномен «стеариновая пятна». Ногтевые пластинки не поражены. Были проведены следующие исследования: общий анализ крови (заключение: эозинофилия, моноцитопения), общий анализ мочи (заключение: без патологии), анализ крови на RW (результат отрицательный).

Назначено лечение: местная терапия. Смягчающие средства. Лечение перенесено без осложнений. В результате лечения отмечено улучшение состояния: новые элементы не образуются, шелушение старых элементов уменьшилось, элементы бледнеют, уплощаются. 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. Регулярное диспансерное наблюдение.
5. Санаторно-курортное лечение в Пятигорске, Кисловодске.

28.01.2008. – больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

**Список использованной литературы**

Владимиров В.В., Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни. Атлас. - М.'.Медицина, 1980, - 288 с.

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.

Григорьев П.С. Учебник кожных болезней. - Медгиз, 1933, - 518 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.

Курбат Н.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача. - Минск: Вышэйшая школа, 1996, - 495 с.

Лекарственные средства. Справочник /под ред. М.А.Клюева.- М.: Агентство Книжный Дом Локус, Гомель: Агентство "РИД", 1995, - 704 с.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд. 8-е, перераб. И дополн. - М.: Медицина, 1977, т. I, П.