**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

Ф.И.О.:

Возраст: 60 лет.

Пол: мужской.

Профессия и место работы:

Домашний адрес:

Дата поступления:

**ДИАГНОЗ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ**

Распространенный псориаз, обычная форма, внесезонный тип, стационарная стадия.

**ЖАЛОБЫ.**

Жалобы на высыпания в области туловища, конечностей, сопровождающиеся легким зудом, сухость кожных покровов, чувство стягивания кожи, шелушение и потрескивание кожи, покраснение.

**ANAMNESIS VITAE.**

Пациент родился в рабочей семье, 2-м ребенком. Рос и развивался соответственно возрасту. Экссудативный диатез, кожные заболевания в детстве, вирусный гепатит, туберкулез отрицает.

В настоящее время женат, сыну 67 лет.

Проживает в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Свободное время проводит на приусадебном участке или отдыхает дома. Курит с 17 лет по 20 сигарет в день. В периоды с 1963 – 1967 гг и 1980 – 84 гг бросал курить. Злоупотребляет алкоголем, минимальная доза в сутки 100 мл.

Образование среднее техническое. Работает не по специальности.

Кровь не переливалась, донором был.

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ,**

Отмечает аллергическую реакцию на полынь, которая проявляется изжогой.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ.**

Отец страдал псориазом. В 70 лет у отца был поставлен диагноз рак желудка. Отец умер на 83 году жизни от рака желудка.

Мать болела гипертонической болезнью, от осложнения которой умерла в возрасте 82 лет.

**STATUS PRAESENS.**

1. Общее состояние больного.

Общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие хорошее. Выражение лица осмысленное. Сознание ясное. Положение активное. Рост - 170 см. Масса - 77 кг.

Телосложение по нормостеническому 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 умеренно, распределена равномерно. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет.

Кожные фолликулы не изменены. Отмечаются отдельные пигментные невусы. Патологических элементов нет.

Оволосение по мужскому типу.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные.

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. 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. Болезненности при пальпации 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 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.

6. Сердечно-сосудистая система.

Пульс достаточного наполнения и напряжения, синхронный, ритмичный. Частота пульса 60 ударов/мин. Артериальное давление 130/90 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. ЧСС 72 удара в мин.

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, тошноты, рвоты нет. Отмечает нечастые приступы изжоги, которая снимается приемом соды. Стул не изменен, жалуется на редкие эпизоды запоров.

В 1064 году оперирован по поводу острого аппендицита.

В 1988 году был поставлен диагноз: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бескаменный холецистит. В 1990 году оперирован по поводу прободной язвы желудка, была проведена операция ушивание прободной язвы.

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 пределах нормы.

Печень незначительно увеличена в размере.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка не пальпируется.

8. Мочеполовые органы.

Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено.

Дизурии нет, отмечает редкие эпизоды ночных мочеиспусканий. 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 слуха, вкуса, обоняния нет.

Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена.

**ANAMNESIS MORBI.**

Пациент считает себя больным с лета 1986 года, когда у него впервые появились высыпания на ногах в области голеней, а затем на разгибательных поверхностях коленных суставов. Высыпания были представлены папулами красного цвета с выраженной экссудацией, мокнутием с обильным образованием корок. До 1988 года пациент к врачу не обращался. В 1988 году обратился в КВД по месту жительства к дерматологу, где ему был поставлен диагноз "псориаз" и была подобранна мазь, после использования которой, пациент отмечал усиление зуда. В июне 1988 года был госпитализирован в больницу МПС, где было проведено лечение курсом кварцевания, после которого началось активное шелушение. Через несколько сеансов, пациент отмечает появления высыпаний в области локтевых суставов и на поверхности плеча и предплечья. Затем он отмечает увеличение размеров пятен, которые вызывались слиянием более мелких, сопровождающиеся увеличением зуда. Постепенно высыпания появились на спине, животе, шее, после чего было назначено лечение гормональными препаратами. Без явного улучшения в сентябре 1988 года был переведен в другую больницу, где была подобрана терапия антигистаминными препаратами (супрастин, тавегил) и мазями, назначались микродозы гормональных препаратов. На фоне проводимой терапии корки отпали, но осталось покраснение кожных покровов в тех областях, где раньше наблюдались высыпания. В декабре 1988 года был выписан домой с явным улучшением. Через 6 месяцев, в апреле 89 года, все повторилось, но площадь поражения увеличилась. Пациент лег в больницу, где ему было назначено гормональное лечение и в\в введение гемодеза, после лечения состояние улучшилось.

С 1989 года каждый год пациент во время рецидивов лечится в стационаре, в среднем лечение длится 1,5 месяца.

 В течение нескольких лет принимает «Домолет» по 2 таблетки 2 раза в день. Принимать лекарственный препарат начал самостоятельно без назначений врача.

 Заболевание рецидивирует на фоне стрессовых ситуаций, нервного напряжения, употребления алкоголя не зависящие от времен года.

 Данная госпитализация обусловлена рецидивом (обострением), который проявлялся сухостью кожиных покровов по всему телу, сильным шелушением, умеренным зудом, покраснением в области высыпаний, растрескиванием кожи на кистях и стопах.

**STATUS LOCALIS.**

Процесс распространенный, симметричный. Высыпания мономорфные, представлены бляшками различного размера, красного цвета с синюшным оттенком. В основании элементов - хроническая воспалительная инфильтрация. Локализация высыпаний - туловище, верхние и нижние конечности, в том числе разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, область гениталий. Менее поражена кожа лица и верхней половины грудной клетки.

Бляшки размерами до 10 см и более, красного цвета, плоские, возвышаются над уровнем кожи. Очертания неправильные, крупнофестончатые, по краям ободок гиперемии. Кожный рисунок усилен. Бляшки покрыты серебристо - белыми чешуйками. Чешуйки обильные, мелкопластинчатые, удаляются легко, безболезненно.

Ногтевые пластинки кистей рук и стоп, видимые слизистые и волосы не поражены.

Результаты специальных методов исследования:

При поскабливании выявляется симптом "стеаринового пятна"

Тактильная, болевая и температурная чувствительность в патологических очагах сохранена.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Общий анализ крови от 20.11.01.

Лейкоциты – 9,45 х 10 /л

 Н – 70,64 %

 Л – 20,22 %

 М – 5,70 %

 Э – 2,63 %

 Б – 0,81 %

Эритроциты – 4,175 10 /л

Hb – 130,4 г/л

Ht – 39,46 %

MCV – 94,40 fL

MCH – 31,23 pg

MCHC – 33,05 g/dL

RDW – 12,0 %

Тромбоциты 364,9 х 10 /л

ЦВП 0,93

СОЭ 31 мм/ч

Биохимический анализ крови от 20.11.01.

АЛТ – 13 ед/л

АСТ – 22 ед/л

ГГТ – 30 ед/л

Общ.белок – 7,1 г/дл

Альбумин – 3,6 г/дл

Глюкоза – 108 мг/дл

Общ.билирубин – 1,0 мг/дл

Пр.билирубин – 0,1 мг,дл

Исследование крови на гепатит от 20.11.01.

Результат отрицательный.

Исследование мочи от 20.11.01.

Количество – 150 мл

Цвет - желтый

Реакция – рН 8,0

Удельный вес - 1022

Прозрачность - неполная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Ацетон - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские – немного

Эпителиальные клетки полиморфные - немного

Лейкоциты – 0 - 1 в поле зрения; в скоплениях до 60

Эритроциты – 1 – 3 – 5 в поле зрения; в скоплениях до 30

Соли – оксалаты - темного

Слизь – умеренное количество

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Распространенный псориаз, обычная форма, внесезонный тип, стационарная 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), первичным морфологическим элементом которых является плоские бляшки большого размера красного цвета с синюшным оттенком, с наслоением рыхлых чешуек серебристого – белого цвета по всей поверхности элементов.

2. Наличие положительного симптома «стеаринового пятна».

3. Длительное течение заболевания с ежегодными внесезонными рецидивами .

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Псориаз необходимо дифференцировать с красным плоским лишаем, розовым лишаем, 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:

- образование крупных бляшек;

- преимущественная локализация не на сгибательных, а на разгибательных поверхностях крупных суставов;

- патогномоничный для псориаза симптом "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:

- образование крупных бляшек;

- поверхностное расположение бляшек;

- выраженное шелушение;

- симптом «стеаринового пятна».

Кроме того, у больного отсутствуют следующие признаки сифилиса:

- темно-красный цвет папул;

- увеличение периферических лимфатических узлов;

- положительные серореакции (RW).

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. Кроме того, у больного имеются не характерные для розового лишая высыпания на волосистой части головы, а также псориатическая триада феноменов.

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

- наличие плоских бляшек ьольшого размера, красного цвета с синюшным оттенком с наслоением рыхлых мелкопластинчатых чешуек серебристо – белого цвета по всей поверхности элементов;

- наличие симптома «стеаринового пятна» и отсутствие двух других симптомов («псориатической пленки» и « кровяной росы»);

- отсутствие свежих точечных элементов и венчика роста.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

Клинический диагноз:

Распространенный псориаз, обычная форма, внесезонный тип, стационарная стадия.

Диагноз основывается на следующих данных:

1. Жалоб пациента на шелушение, чувство стягивания кожи, зуд слабой интенсивности в зоне поражения.

2. Анамнестических данных: наличие псориаза у отца; начало заболевания в среднем возрасте (45 лет); большая давность болезни (15 лет), упорное и прогрессирующее течение.

3. Status localis: хронический воспалительный характер заболевания; симметричность и мономорфность .высыпаний; наличие плоских бляшек крупного размера красного цвета с синюшным оттенком, с наслоением рыхлых чешуек серебристо – белого цвета по всей поверхности элементов; отсутсвие свежих точечных элементов и венчика роста.

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

5. Диагностических феноменов: положительный симптом «стеаринового пятна».

6. Anamnesis morbi: заболевание рецидивирует на фоне стрессовых ситуаций, нервного напряжения, употребления алкоголя не зависящие от времен года.

Пункты 1, 2 и 3 свидетельствуют о наличии у больного псориаза. Пункт 6 говорит о внесезонном типе заболевания. Из пункта 4 видно, что это обычная форма псориаза. Пункт 5, а также пункт 2 говорят о стационарной стадии заболевания.

**ЛЕЧЕНИЕ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО.**

1. Диета с ограничением животных жиров и углеводов, исключение острых, соленых и копченых блюд. Ограничение в употреблении алкоголя и сладостей.
2. Щадящее мытье в теплой ванне с шампунем без использования мочалки 2 раза в неделю.
3. Исключить ношение белья из шерстяных, шелковых и синтетических тканей.
4. Общая терапия:

- витаминотерапия направленная на стимуляцию собственного иммунитета, ускорение репаративных процессов, коррекцию тканевой регуляции. В данном случае можно назначить поливитаминный препарат «Витрум»:

Rp.: “Vitrum” N 130

D.S.: Внутрь по 1 таблетки один раз в день.

- препараты из группы антигистаминных (блокаторы Н1 – рецепторов) назначаются с целью снижения зуда и предупреждения аллергических реакций на прием других препаратов:

Rp.: Tabulletas “Tavegyli” N 30

D.S.: Внутрь по 1 таблетки 2 раза в день.

- седативные препараты целесообразно назначать для того, что бы пациент мог спокойно спать ночю, с учетом того, что «Седуксен» (Сибазон) обладает также противозудным действием следует назначить именно его:

Rp.: Sol. Seduxseni 2,0

D.t.d. N 5 in ampullis.

S.: По 1 ампуле в/м на ночь.

- учитывая во внимание тот факт, что больной злоупотребляет алкоголем, что у него наблюдается увеличение печени можно назначить ему данный препарат с целью предупреждения каких-либо побочных реакций со стороны печени, схема приема препарата следующая: лечение следует начинать с двухнедельного приема капсул – по 2 капсулы 3 раза в день, затем провести 10 в/в вливаний Эссенциале по 5 мл ежедневно. После окончания в/в вливаний следует возобновить прием капсул и продолжать его в течении 2 месяцев.

Rp.: “Essentiale – forte” N 200

D.S.: Внутрь по 2 капсулы 3 раза в день.

Rp.: Sol. “Essentiale N” 5 ml

D.t.d. N 10 in ampullis.

S.: По 5 мл в/в в течении 10 дней.

1. Физиотерапия и ПУВА терапия в данном случае противопоказана, т.к. у данного пациента стоит диагноз: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Наружная 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.

В стационарную стадию в мазь в качест ве 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). Из вышесказанного следует, что применять мазь с дегтем у данного пациента будет не целесообразно, т.к. площать поражения очень большая.

Можно применять крем, который обладает такими же свойствами и который можно применять при обширных поражениях:

Rp.: “Afloderm” 0,05 % - 20,0

D.t.d. N 3

S.: Крем наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2-3 раза в день и слегка втереть.

Во всех стадиях процесса показаны мази с кортикостероидами ("Локакортен", "Флуцинар", "Бетновейт"), так как они обладают противовоспалительным и десенсибилизирующим действием.

Rp.: Unguentum “Flucinar” 15,0

D.t.d. N 2.

S.: Мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день и слегка втереть.

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.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

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

\* 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, 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,1980,- 552 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.