Паспортная часть

1. ФИО:
2. Пол: мужской
3. Возраст: 49 лет
4. Место работы: не работает, инвалид 2й группы
5. Домашний адрес:
6. Направлен:
7. Поступил:
8. Диагноз направившего учреждения: распространённый псориаз, прогрессирующая стадия; субэритродермия
9. Диагноз при поступлении: распространённый псориаз, прогрессирующая стадия; субэритродермия
10. Диагноз клинический: распространённый псориаз, прогрессирующая стадия; субэритродермия

# Жалобы на момент поступления

Жалобы на появление высыпаний на волосистой части головы, передней, боковых и задней поверхностях туловища, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, сильный зуд, в области ладоней и подошв – трещины, участки мокнутия; общее недомогание, слабость, головную боль.

# Anamnesis morbi

Считает себя больным около 28 лет. Заболевание началось с появления папулёзных обильно шелушащихся высыпаний на волосистой части головы. Начало заболевания больной со стрессами не связывает; отмечает частые ангины в детском возрасте (в 7 лет перенёс двустороннюю тонзиллэктомию). В течении наблюдается сезонность с обострениями в весенний и осенний периоды. Летом больной отмечает значительное облегчение. Госпитализируется ежегодно 2 раза в год, после лечения отмечает улучшение состояния, исчезновение высыпаний. Последняя госпитализация в апреле 2003 года.

# Anamnesis vitae

Родился в 1952 году в г. Минске, 1м ребёнком от 1й беременности; роды физиологические. У матери патологий не было. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Ходить начал в 3 года. В 7-летнем возрасте перенес двустороннюю тонзиллэктомию, часто болел простудными заболеваниями. В школу пошёл с 7 лет. Учился удовлетворительно. Окончил ПТУ по специальности слесарь. Условия работы считает удовлетворительными. С 4.04.01 и по настоящее время не работает (инвалид 2 группы).

Женат, имеет двоих детей.

Около 1,5 лет назад перенёс пневмонию. Отмечает улучшение дерматологического статуса на фоне антибиотикотерапии.

Туберкулёз, венерические заболевания, вирусный гепатит А отрицает.

Вредные привычки: курение.

Аллергоанамнез: отмечает появление новых высыпаний на препараты витамина В6, димедрол, ацесоль.

# Status praesens objectivus

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица обычное, осмысленное, выглядит на свой паспортный возраст. Телосложение нормостеническое. Температура тела 36,6 0С. Кожа: см. Status localis. Видимые слизистые и конъюнктивы глаз бледно-розовые, влажные. Оволосение по мужскому типу. Выпадение волос физиологическое. Волосы с проседью. Ногти: см. Status localis. Рост 179 см, вес 82 кг. Питание соответствует возрасту и полу. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, равномерно. Толщина кожной складки у рёберной дуги 2,5 см, около пупка – 5 см. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы: степень развития мышечной системы умеренная. Тонус мышц нормальный. Сила не снижена. При пальпации и движениях мышцы безболезненны.

Кости. Развитие соответствующих частей скелета симметричное. Болезненности при движениях, пальпации и поколачивании нет. Голова округлой формы. Нос прямой. Деформаций и искривлений позвоночника не наблюдается.

Суставы нормальной формы, при пальпации безболезненные. Движения сохранены в полном объёме, безболезненны. Тест бокового сжатия – 0 баллов.

Органы дыхания

Грудная клетка нормостеническая, симметричная, в акте дыхания участвуют обе половины, вспомогательные дыхательные мышцы не задействованы. Тип дыхания брюшной.

Частота дыхательных движений 18 в минуту, дыхание ритмичное, нормальной глубины.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка упругая. Межрёберные промежутки нормальной ширины, имеют косое направление. Болезненность при пальпации не отмечается.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| Высота стояния верхушек лёгких над ключицей спереди | 3 см | 3,5 см |
| Высота стояния верхушек лёгких по отношению к 7 шейному позвонку сзади  | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 4 см | 4,5 см |
| Нижняя граница лёгких по топографическим линиям |
| l. parasternalis | 5 ребро | - |
| l. medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l. axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l. paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка  | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |
| Экскурсии нижнего легочного края в см на вдохе/выдохе/суммарно  |
| l. scapulars | 3/3/6 | 3/3/6 |

При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки – ясный легочной звук. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричных участках. Проба Штанге:17 секунд.

При аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Патологических дыхательных шумов нет. Бронхофония отрицательная.

Сердечно-сосудистая система

Частота сердечных сокращений 74 в минуту, пульс на обеих руках одинаковый, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Прекапиллярный пульс Квинке не определяется. Артериальное давление: 130/85 мм. рт. ст. на обеих руках.

Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости по межреберьям (по отношению к передней срединной линии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | справа | слева |
| 2345 | 2,5 см3,5 см3,5- | 2,5 см4 см-8,5 см |

Ширина сосудистого пучка: определяется во 2 межреберье с обеих сторон грудины, равна 5 см. Поперечник относительной тупости сердца равен: 12 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

* Правая – 4 межреберье по левому краю грудины
* Левая – 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости
* Верхняя – по верхнему краю 4 ребра по левой парастернальной линии.

Аускультация сердца

Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов не изменено. Ритм правильный, частота сердечных сокращений 74 удара в минуту. Шумы не выслушиваются.

Пульсация лучевых, сонных, височных, подключичных, бедренных, подколенных артерий и артерий тыла стопы нормальная. Поверхность сосудов гладкая, артерии не извитые.

При аускультации сонных артерий, брюшной аорты, подключичных, почечных, бедренных, подколенных артерий патологических шумов и тонов не выслушивается. При осмотре и пальпации вен их набухание и видимая пульсация отсутствует. Расширения вен грудной клетки, передней брюшной стенки, конечностей нет

Органы пищеварения

Слизистая рта розовая, влажная, гладкая. Язык влажный, розовый. Нёбные миндалины удалены, дужки и зев влажные, розовые. Глотание свободное, безболезненное. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания равномерно. При перкуссии тимпанический звук во всех отделах, печёночная тупость сохранена. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Синдром Щёткина-Блюмберга отрицательный. Выслушивается нормальная перистальтика.

Печень.

Осмотр области печени – видимого выбухания нет.

Перкуссия печени.

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | Нижняя граница |
| l. parasternalis dextra – верхний край 6 ребраl. medioclavicularis dextra – 6 реброl. axillaris anterior dextra – 7 ребро | l. mediana anterior – 4 см ниже мечевидного отросткаl. parasternalis dextra – на 1 см ниже края рёберной дугиl. medioclavicularis dextra – край рёберной дугиl. axillaris anterior dextra- 10 ребро |

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| l. medioclavicularis dextra | 10 см |
| l. mediana anterior | 9 см |
| Левая рёберная дуга | 8 см |

Пальпация печени: нижний край не выходит из-под края рёберной дуги по средне-ключичной линии, безболезненный. Консистенция печени нормальная, поверхность гладкая, ровная. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Курвуазье и Мюсси-Георгиевского отрицательные.

Селезёнка: видимого выбухания области селезёнки нет. Перкуссия селезёнки: длинник: по 10 ребру - 8 см, поперечник: между 9 и 11 рёбрами по средней подмышечной линии - 6 см. Пальпация селезёнки: не пальпируется.

Стул ежедневно, оформленный.

Мочеполовая система

Мочеиспускание безболезненное, не частое. Почки не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточников нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отёков нет.

Нервная система

Сознание сохранено. В контакт вступает легко. Во времени ориентируется. Зрачки одинаковой величины, на свет реагируют (реакция содружественная). Носогубные складки не сглажены. Сухожильные и периостальные рефлексы одинаковы с обеих сторон, выражены умеренно. Патологические рефлексы отсутствуют. Зрение 1,0/1,0; слух в норме.

# Status localis

Высыпания локализованы на коже туловища, волосистой части головы, шеи, верхних и нижних конечностей, в том числе на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, поражены ладони и подошвы (субэритродермия). Сыпь обильная, мономорфная, представлена папулами ярко-розового цвета от 0,5 до 1,5 см в диаметре, на поверхности значительное шелушение. Элементы сыпи имеют чёткую границу с окружающей кожей, по периферии – воспалительный ободок. 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. Изоморфная реакция (феномен Кебнера) положительная. Ногтевые пластинки кистей рук и стоп деформированные, утолщенные, желтоватой окраски. Отмечается поперечная исчерченность, точечные вдавления (симптом "наперстка"). В области ладоней и подошв выраженная инфильтрация, мацерация и растрескивание кожи на фоне гиперкератоза, обильное шелушение с явлениями экссудации. Волосы в очагах поражения сохранены.

Результаты специальных методов исследования:

1. При диаскопии красный цвет папул исчезает.

2. При поскабливании выявляется псориатическая триада (симптомы "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния").

# 3. Тактильная, болевая и температурная чувствительность в патологических очагах сохранена.

#  Данные обследований

1. Лабораторные данные.
	* Общий анализ крови

21.08.03. Эритроциты 4,7\*1012, гемоглобин 152 г/л, гематокрит 45%, ЦП 0,9, лейкоциты 5,6\*109, лимфоциты 28%, юные – 0, палочкоядерные – 1, сегментоядерные – 64%, моноциты – 4%, базофилы – 0. эозинофилы – 3%, тромбоциты 225\*109. РОЭ 8 мм/час.

01.09.03. Эритроциты 4,5\*1012, гемоглобин 151 г/л, гематокрит 40%, ЦП 1,0, лейкоциты 4,5\*109, лимфоциты 26%, юные – 0, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 69%, моноциты – 2%, базофилы – 0, эозинофилы – 1%, тромбоциты 320\*109. РОЭ 5 мм/час.

* Общий анализ мочи

21.08.03. Удельный вес 1015, цвет светло-жёлтый, прозрачная, реакция щелочная, эпителий –плоский 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок - нет, сахар - нет.

01.09.03. Удельный вес 1016, цвет светло-жёлтый, реакция щелочная, эпителий – плоский 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, слизь +, белок - нет, сахар - нет, соли – оксалаты в небольшом количестве.

* Биохимический анализ крови

21.08.03.

Общий билирубин 14,8 мкмоль/л

Мочевина 2,6 ммоль/л

Холестерин 3,6 ммоль/л

Бета-липопротеины 0,52 ед. опт. пл.

АлАт 0,33 ммоль/л

АсАт 0,60 ммоль/л

Амилаза 3,3 ед/л

Общий белок 60,6 г/л

СРБ - отр

* Анализ крови на глюкозу 21.08.03

Глюкоза 5,3 моль/л

1. Анализ крови на RW – отрицательный.
2. Осмотр онколога: онкопатологии не выявлено.

#### Флюорография №81 от 8.04.03 в 21 п-ке. Лёгкие, сердце – без патологии.

#### Диагноз

# Обоснование диагноза

На основании жалоб больного на сыпь по всему телу, сопровождающёюся шелушением и зудом, появление новых элементов, данных объективного осмотра (множественные мономорфные папулёзные ярко-красные высыпания на коже туловища, волосистой части головы, шее, верхних и нижних конечностях, в том числе на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, имеется тенденция к периферическому росту и слиянию с образованием бляшек; феномен Кебнера вызывается; точечная ониходистрофия; псориатическая триада выражена; элементы сыпи различных размеров, имеют тенденцию к периферическому росту, ободок гиперемии по периферии), данных анамнеза (болеет около 28 лет, в детстве отмечает частые простудные заболевания, облегчение состояния на фоне антибиотикотерапии, сезонность рецидивов) можно поставить диагноз: распространённый псориаз, прогрессирующая стадия; субэритродермия.

**Дифференциальный диагноз**

1. **Красный плоский лишай** – в отличие от псориаза папулёзные элементы располагаются преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей по ходу нервных стволов. Папулы имеют полигональную форму, блестящую поверхность и пупкообразное вдавление в центре. Шелушение практически отсутствует, псориатическая триада не вызывается. Характерно наличие сетки Уикхема. Зуд значительный. При гистопатологическом исследовании выявляется выраженный паракератоз и гиперкератоз, акантоз, гранулёз.
2. **Папулезный сифилид** - для сифилиса нехарактерна тенденция к периферическому росту папул и их слиянию с образованием крупных бляшек, а также поверхностное расположение папул; выраженного шелушения нет и псориатическая триада не вызывается. Кроме того, сыпь имеет характерный темно-красный цвет. Положительны серореакции на сифилис(RW), в очагах обнаруживается бледная трепонема.
3. **Розовый лишай Жибера** – не вызывает заметных нарушений общего состояния организма (при псориазе в прогрессирующей стадии может быть повышение температуры тела), может наблюдаться самопроизвольное излечение, после перенесённого заболевания развивается стерильный иммунитет, возможно возникновение групповых заболеваний. Первичные морфологические элементы – не папулы, а пятна, вначале 1, реже 2-3, розово-красного цвета, впоследствии появляются новые. Триада признаков не вызывается. Пребывание больного на солнце может значительно ухудшить течение заболевания вплоть до тяжёлых дерматитов (при псориазе – только летняя форма).

**Этиология и патогенез**

Псориаз – хроническое рецидивирующее заболевание, поражающее кожу, слизистые оболочки, придатки кожи и суставы. Этиология заболевания достаточно не изучена. Существуют следующие теории возникновения псориаза:

1. **Нейрогенная** – подтверждается связью между началом заболевания и тем, что больной переживает сильный стресс (смерть близкого человека, оперативное вмешательство и др.), симметричным расположением высыпаний, эффективностью применения седативных препаратов, использования гипнотерапии, выявлением симптомов невротических состояний более чем у половины больных, нарушением трофики поражённых участков.
2. **Инфекционная** – заболевание нередко развивается после перенесённых простудных заболеваний (тонзиллиты, бронхиты, пневмонии), на фоне антибиотикотерапии у некоторых больных наступает улучшение; при введении гомогената кожи больных псориазом морским свинкам у животных развивается симптомокомплекс псориаза, в крови и биоптатах кожи больных обнаруживаются маркеры вирусной инфекции.
3. **Иммунологическая** – у больных нарушено соотношение популяций В и Т – лимфоцитов, субпопуляций Т – клеток, возрастает уровень IgA и IgE при нормальном содержании IgM, обнаруживаются антитела к антигенам клеток рогового и зернистого слоёв эпидермиса, отложение иммунных комплексов в очагах.
4. **Обменных нарушений** – применение гиперлипидемических, липотропных и т.п. средств, организация правильного питания, гипоаллергенной диеты выводит больных на ремиссию; у ряда больных выявляются нарушения функции эндокринной системы.
5. **Токсико-аллергическая** – появления псориазиформной сыпи в ответ на применение определённого лекарственного препарата.
6. **Генетическая** – наличие среди родственников пробанда больных псориазом, высокая конкордантность среди однояйцевых близнецов (75%); характер наследования предположительно аутосомно-доминантный с неполной конкордантностью.

Патогенез заболевания включает следующие моменты. При псориазе резко нарушено соотношение эпидермального фактора роста и кейлонов, что приводит к значительному ускорению процесса деления кератиноцитов (вместо 300 часов митотический цикл укорачивается до 30). Митозы обнаруживаются даже в шиповатом слое, а черты клеточного строения и ядерность сохраняются в поверхностных чешуйках. Это свидетельствует о паракератозе. Шиповатый слой утолщается (акантоз). Параллельно наблюдается врастание сосочков дермы в эпидермис с развитием папиломатоза. В очагах поражения нарушается функция кожных желез и придатков кожи (пушковых волос, ногтей), отмечается воспалительная инфильтрация (особенно в прогрессирующую стадию), формируются микроабсцессы Монро.

**План лечения**

1. Общеклинические исследования
2. Стол №10
3. Витаминотерапия
4. Иммуномодуляторы
5. Антигистаминные препараты
6. Наружная терапия индифферентными средствами

**Лист назначений**

20.08.03.

Rp.: Sol. Vitamini B12 0.5% - 1.0 ml

D.S. Вводить внутримышечно через день

#

Rp.: Extr. Aloe verae 2.0

D.S. Внутримышечно ежедневно.

#

Rp.: Tab. Acidi folici 0.001

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Rp.: Dragees Diazolini 0.05

D.S. По 1 драже 3 раза в день после еды.

#

Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25.0

D.S. Наружное. Наносить на поражённую кожу 1 раз в день.

 #

21.08.03

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30.0% - 10.0

D.S. Внутривенно ежедневно.

 #

26.08.03

Rp.: Haemodesum 400.0

D.S. Внутривенно капельно через день.

 #

01.09.03

Rp.: Ung. Synaflani 0, 025 % - 15.0

D.S. Наносить на ладони ежедневно.

# Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание | Назначения |
| 26.08.03. | Состояние больного удовлетворительное. Лечение переносит хорошо.Жалобы на высыпания, болезненность в области эпидермальных эрозий на ладонях и подошвах. Зуд не ощущается.Объективно: температура 36,6 оС, тоны сердца ясные, звучные, АД 120/80; дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью лёгких; пульс ритмичный, 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения; живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул оформленный. Диурез в норме.St.loc. Папулёзная сыпь на коже тела, волосистой части головы, конечностях. Периферический рост элементов сыпи прекратился. Шелушение обильное. Выявляется псориатическая триада. Феномен Кёбнера отрицательый. По периферии папул формируется воротничок Воронова. На ладонях и подошвах – очаги гиперкератоза, перемежающиеся с очагами эрозий (скудное серозное отделяемое.  | Rp.: Sol. Vitamini B12 0.5% - 1.0 mlD.S.Внутримышечно.#Rp.: Extr. Aloe verae 2.0D.S. Внутримышечно.#Rp.: Tab. Acidi folici 0.001D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.#Rp.: Dragees Diazolini 0.05D.S. По 1 драже 3 раза в день после еды.#Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25.0D.S. Наружное. На очаги #Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30.0% - 10.0D.S. Внутривенно. #Rp.: Haemodesum 400.0D.S. Внутривенно капельно. |
| 27.08.03 | Состояние больного удовлетворительное. Лечение переносит хорошо.Жалобы на высыпания, болезненность в области эпидермальных эрозий на ладонях и подошвах.Объективно: температура 36,4 оС, тоны сердца ясные, звучные, АД 110/80; дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью лёгких; пульс ритмичный, 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения; живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул оформленный. Диурез в норме.St.loc. Папулёзная сыпь на коже тела, волосистой части головы, конечностях. Периферический рост элементов сыпи прекратился. Шелушение обильное. Выявляется псориатическая триада. перемежающиеся с очагами эрозий (скудное серозное отделяемое. | Rp.: Extr. Aloe vera 2.0D.S. Внутримышечно.#Rp.: Tab. Acidi folici 0.001D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.#Rp.: Dragees Diazolini 0.05D.S. По 1 драже 3 раза в день после еды.#Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25.0D.S. Наружное. Наносить на поражённую кожу 1 раз в день. #Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30.0% - 10.0D.S. Внутривенно. |
| 01.09.03 | Состояние больного удовлетворительное. Лечение переносит хорошо.Жалобы на высыпания, болезненность в области эпидермальных эрозий на ладонях и подошвах.Объективно: температура 36,6 оС, тоны сердца ясные, звучные, АД 120/85; дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью лёгких; пульс ритмичный, 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения; живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул оформленный. Диурез в норме.St.loc. Блеклая папулёзная сыпь на коже тела, волосистой части головы, конечностях. Шелушение необильное. Выявляется псориатическая триада. На ладонях и подошвах – трещины и очаги гиперкератоза. Болезненность незначительна. | Общий анализ кровиОбщий анализ мочиRp.: Sol. Vitamini B12 0.5% - 1.0 mlD.S.Внутримышечно.#Rp.: Extr. Aloe vera 2.0D.S. Внутримышечно.#Rp.: Tab. Acidi folici 0.001D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.#Rp.: Dragees Diazolini 0.05D.S. По 1 драже 3 раза в день после еды.#Rp.: Ung. Acidi salicylici 3 % - 25.0D.S. Наружное. На очаги #Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30.0% - 10.0D.S. Внутривенно. #Rp.: Haemodesum 400.0D.S. Внутривенно капельно. #Rp.: Ung. Synaflani 0, 025 % - 15.0D.S. Наносить на ладони ежедневно. |

**Примечание:** 01.09.03. – последний день курации.

### Эпикриз

ФИО, 1952 года рождения, проживает по адресу, поступил в Городской дерматовенерологический диспансер (3 кожное отделение) 20.08.03. по направлению 21 поликлиники с жалобами на появление высыпаний на волосистой части головы, передней, боковых и задней поверхностях туловища, на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, сильный зуд, в области ладоней и подошв – трещины, участки мокнутия; общее недомогание, слабость, головную боль. Болеет около 28 лет, когда впервые появилась папулёзная сыпь на волосистой части головы, распространившаяся позднее на всё тело. Объективно: папулёзная сыпь ярко-розового цвета от 0,5 до 1,5 см на коже туловища, волосистой части головы, шеи, верхних и нижних конечностей, в том числе на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, поражены ладони и подошвы; субэритродермия. Псориатическая триада вызывается.

Клинический диагноз: распространённый псориаз, прогрессирующая стадия; субэритродермия

Обследования: общий анализ крови (21.08.03 и 1.09.03), общий анализ мочи (21.08.03 и 1.09.03), реакция Вассермана (21.08.03 – отрицательная), биохимический анализ крови (21.08.03), анализ крови на сахар (21.08.03), консультация онколога.

Проведено лечение: препараты витамина В12, фолиевой кислоты, экстракт алоэ, диазолин, инфузии тиосульфата натрия, гемодеза, наружно – мази: салициловая и синафлана (на ладони).

На момент окончания курации состояние больного удовлетворительное. На проводимое лечение реагирует хорошо, достигнута положительная динамика. Появления новых высыпаний не отмечается. Остановлен периферический рост сформировавшихся папул, шелушение необильное, зуд больного не беспокоит. Элементы сыпи поблекшие, по высоте практически не отличаются от здоровой кожи. На ладонях и подошвах эпителизирующиеся, слегка болезненные эрозии.

Прогноз:

* Для жизни – благоприятный: форма заболевания, диагностированная у данного больного, при соответствующем лечении и профилактике рецидивов опасности для жизни не представляет;
* Для выздоровления – неблагоприятный: заболевание носит хронический рецидивирующий характер, не поддаётся излечению известными методами;
* Для трудоустройства – в связи с распространённым характером заболевания и поражением ладоней и подошв больному установлена 2 группа инвалидности, в настоящий момент не работает.