

ГОУ ВПО КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

"УТВЕРЖДАЮ"
Председатель ЦКМС
Проректор по учебной работе
доц. Биккинеев Ф.Г.

«__» _____ 2010 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине "Дерматовенерология"

для специальности «Кожные и венерические болезни»

350500 – Социальная работа

Факультет Социальной работы

Кафедра дерматовенерологии

Курс 2,5

Семестр 4,9,10

Лекции 28(час.)- дневная форма обучения

10 часов - заочная

Практические занятия 30(час.) – дневная форма обучения

6 часов - заочная

Всего 58 часов – дневная форма обучения

16 часов - заочная

Экзамен 4 семестр

Зачет 4 семестр

2010 г.

Рабочая программа составлена с учетом требований Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности "Дерматовенерология" в соответствии с учебным планом и на основании типовой программы по дисциплине, утвержденной «09» марта 2000 г.

Разработчик программы _____ (д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.
кафедры дерматовенерологии КГМУ)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры "Дерматовенерологии КГМУ" 8 февраля 2010года, протокол №123.

Заведующий кафедрой д.м.н., проф. _____ Абдрахманов Р.М.

Рабочая программа рассмотрена и утверждена на заседании предметно-методической комиссии терапевтических дисциплин

Председатель ПМК терапевтических дисциплин

профессор _____ Ослопов В.Н.

ЦЕЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ: привить навыки и умения социальной адаптации пациентов с кожными и венерическими болезнями

ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ:

1. Дать студенту представление о возможностях, открывающихся при знании дерматологической семиотики в распознавании важнейших проявлений патологии.
2. Ознакомить студентов с методами и способами обследования дерматовенерологического больного.
3. Студент должен знать мероприятия по профилактике распространения заразных кожных, грибковых и венерических заболеваний.

Студент должен знать:

- ◆ особенности обследования дерматовенерологического больного;
- ◆ методы диагностики заболеваний кожи и инфекций, передающихся половым путем;
- ◆ основные действующие приказы МЗ РФ и РТ по контролю за распространением заразных кожных и венерических болезней;
- ◆ клиника наиболее распространенных болезней кожи и инфекций, передаваемых половым путем;
- ◆ принципы терапии кожных и венерических больных (общее, местное лечение, физические факторы воздействия);
- ◆ лекарственные средства в дерматовенерологии;
- ◆ тактика врача и социального работника в отношении больных, имеющих дерматовенерологическую патологию.

Студент должен уметь:

- ◆ пользоваться справочной и научной литературой;
- ◆ собрать анамнез у больного с заболеванием кожи и пациента, имеющего венерическую патологию;
- ◆ пользоваться справочной и научной литературой для решения профессиональных задач;
- ◆ иметь представления о техники наложения примочек, влажно-высыхающих повязок, мазей при различных заболеваниях кожи;
- ◆ соблюдать деонтологические принципы взаимоотношений внутри коллектива и с больными.
- ◆ проводить исследования по совершенствованию социально-психологической реабилитации дерматовенерологических больных.

МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ: Знания, навыки и умения студентов, полученные при изучении анатомии, физиологии, патологической анатомии, патологической физиологии, микробиологии, лежат в основе дальнейшего изучения болезней кожи и венерических заболеваний.

1. Лекционный курс.

**План лекций для студентов 2 курса факультета социальной работы
(дневная форма обучения)**

1. Учение о кожных и венерических болезнях и его значение в современной медицине. 4 часа.	Причины возникновения кожных и венерических заболеваний. Роль медико-социальных факторов. Принципы диагностики и лечения больных.
2. Дерматофитии. Грибковые болезни. 4 часа.	Социальная значимость грибковых заболеваний. Клинические разновидности.
3. Псориаз. 4 часа.	Роль социальных факторов в патогенезе псориазической болезни. Социальная защита больных псориазом.
4. Сифилис и другие ИППП. 4 часа.	Социальная значимость ИППП. Клинические разновидности сифилиса и других ИППП.
5. Туберкулез кожи. 4 часа.	Туберкулезные заболевания кожи и роль социальных факторов в их возникновении.
6. Пузырчатка и дерматоз Дюринга. 4 часа.	Герпетиформный дерматит. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных с тяжелыми дерматозами.
7. Гонорея, негонорейные уретриты. 4 часа.	Клиника, принципы лечения, профилактика. Принципы социальной адаптации реконвалесцентов с венерическими заболеваниями.

**План лекций для студентов 5 курса факультета социальной работы
(дневная форма обучения)(МСОЗ)**

1. Роль и участие специалистов по социальной работе в системе реабилитации дерматовенерологических больных.

**План лекций для студентов 5 курса факультета социальной работы
(дневная форма обучения)**

1. Экзема, дерматиты	Медико-социальная реабилитация больных с аллергическими заболеваниями кожи.
2. Красная волчанка, склеродермия.	Социальная реабилитация больных с системными дерматозами.
3. Наследственные дерматозы.	Ихтиоз и ихтиозиформная эритродермия. Медико-социальная реабилитация больных с наследственными заболеваниями кожи.
4. Диспансерные методы работы в КВД.	Приказы по диагностике ИППП. Методические указания по лечению и профилактике сифилиса.
5. ВИЧ-инфекция в дерматовенерологии.	Особенности проявления на коже при ВИЧ-инфекции. Медико-социальная реабилитация больных с кожным синдромом при ВИЧ-инфекции.

**План лекций для студентов 2 курса факультета социальной работы
(заочная форма обучения)**

1. Учение о кожных и венерических болезнях, их значение в современной медицине. Псориаз.	Причины возникновения кожных и венерических заболеваний. Роль медико-социальных факторов. Роль социальных факторов в патогенезе псориатической болезни.
2. Дерматофитии. Грибковые болезни. Пиодермии.	Социальная значимость грибковых и заразных кожных заболеваний. Клинические разновидности.
3. Сифилис и другие ИППП. Туберкулез кожи.	Социальная значимость ИППП. Клинические разновидности сифилиса и других ИППП. Туберкулезные заболевания кожи и роль социальных факторов в их возникновении.

**План лекций для студентов 5 курса факультета социальной работы
в системе здравоохранения (заочная форма обучения)**

1. Экземы, дерматиты.	Медико-социальная реабилитация больных с аллергическими заболеваниями кожи.
2. Системные и наследственные дерматозы.	Красная волчанка. Склеродермия. Ихтиоз и ихтиозиформная эритродермия. Медико-социальная реабилитация больных с системными и наследственными заболеваниями кожи.

Практические занятия:

4. Учебно-методическая карта.

№	Практическое занятие	Содержание практического занятия	Форма контр.
План практических занятий для студентов 2 курса факультета социальной работы (дневная форма обучения)			
1.	Причины возникновения кожных и венерических заболеваний. 6 часов.	<p>8.00 – 8.50 Знакомство со студенческой группой. Требования к практическим занятиям и правила внутреннего распорядка в дерматовенерологической клинике.</p> <p>8.50 – 9.30 Методика обследования дерматологического больного</p> <p>9.30 – 10.00 Знакомство с клиникой. Обход больных в палатах.</p> <p>10.00 – 10.15 Перерыв.</p> <p>10.15 – 10.45 Особенности клинической диагностики болезней кожи.</p> <p>10.45 – 11.00 Перерыв.</p> <p>11.00 – 11.20 Принципы лечения дерматологического больного.</p> <p>11.30- 12.30 Работа в перевязочном кабинете.</p> <p>12.30 – 12.40 Перерыв.</p> <p>12.40 – 13.40. Анатомия, гистология кожи. Первичные, вторичные морфологические элементы. Патогистологические изменения в эпидермисе и дерме.</p> <p>13.40 – 13.50 Функции кожи. Значение социальных факторов в возникновении дерматозов.</p> <p>13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание.</p>	
2.	Псориаз. Красный плоский лишай. 6 часов.	<p>8.00 – 8.50 Тестовый контроль.</p> <p>8.50 – 9.00 Определение псориаза. Классификация псориаза по течению, по формам, стадиям, по сезонности, по размеру папул.</p> <p>9.00 – 9.15 Этиология и патогенез псориаза.</p> <p>9.15 – 9.30 Отличие прогрессивной, стационарной и регрессивной стадии псориаза.</p> <p>9.30 – 9.50 Перерыв. Работа с больными в палатах и на перевязках.</p> <p>9.50 – 10.00 Показания к УФО, санаторно-курортному лечению, образ жизни (употребление алкоголя, курение, баня).</p> <p>10.00 – 10.15 Дифференциальная диагностика псориаза и папулезного сифилида.</p> <p>10.15 - 10.40 Клинический разбор больных.</p> <p>10.40 – 10.50 Перерыв.</p>	Тест

		<p>10.50 – 11.00 Красный плоский лишай (этиология, патогенез, клиника). 11.00 – 11.15 Дискуссия по теме. 11.15 – 11.30 Особенности течения псориаза у больных различных профессиональных групп. 11.30- 12.30 Работа в перевязочном кабинете. 12.30 – 12.40 Перерыв. 12.40 – 13.40. Красный плоский лишай. Социальная реабилитация больных. 13.40 – 13.50 Перерыв. 13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание.</p>	
3.	Грибковые болезни. 6 часов.	<p>8.00 – 8.50 Тестовый контроль. 8.50 – 9.00 Общее понятие о грибковых заболеваниях. Классификация микозов. 9.00 – 9.15 Методы диагностики микозов. 9.15 – 9.30 Микроспория. Классификация. Клиническая характеристика. 9.30 – 9.50 Перерыв. Работа с больными в палатах и на перевязках. 9.50 – 10.00 Трихофития. Клиническая характеристика. 10.00 – 10.15 Фавус. Дифференциальная диагностика. 10.15 - 10.40 Клинический разбор больных. 10.40 – 10.50 Перерыв. 10.50 – 11.00 Принципы лечения больных микозами. 11.00 – 11.15 Тактика врача в эпидемиологическом очаге с микозом. 11.15 – 11.30 Показ слайд-фильма «Грибковые заболевания кожи». 11.30- 12.30 Работа в перевязочном кабинете. 12.30 – 12.40 Перерыв. 12.40 – 13.40. Эпидермофития. Руброфития. Кандидоз. Социальная реабилитация больных. 13.40 – 13.50 Перерыв. 13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание.</p>	Тест
4.	Сифилис. Чесотка. Педикулез. 6 часов.	<p>8.00 – 8.50 Требования к практическим занятиям по венерологии. Особенности врачебной этики и деонтологии при работе с данным контингентом больных. 8.50 – 9.30 Методика обследования венерического больного. Работа в смотровом кабинете. 9.30 – 10.00 Обход больных в палатах. 10.00 – 10.15 Перерыв. 10.15 – 10.45 Особенности клинической диагностики болезней, передающихся половым</p>	Тест

		<p>путем. 10.45 – 11.00 Перерыв. 11.00 – 11.20 Паразитарные болезни кожи. Педикулез. Чесотка. 11.30- 12.30 Работа в смотровом кабинете. 12.30 – 12.40 Перерыв. 12.40 – 13.40. Клиническая картина при сифилисе. Сифилис и беременность 13.40 – 13.50 Перерыв. 13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание..</p>	
5.	Туберкулез кожи. Лепра. Лейшманиоз. 6 часов.	<p>8.00 – 8.50 Туберкулез кожи и туберкулезная инфекция. Особенности врачебной этики и деонтологии при работе с данным контингентом больных. 8.50 – 9.30. Работа с муляжами. 9.30 – 10.00 Обход больных в палатах. 10.00 – 10.15 Перерыв. 10.15 – 10.45 Особенности клинической диагностики туберкулеза. 10.45 – 11.00 Перерыв. 11.00 – 11.20 Паразитарные болезни кожи. Лейшманиоз. Лепра. 11.30- 12.30 Показ слайд-фильма «Туберкулез кожи». 12.30 – 12.40 Перерыв. 12.40 – 13.40. Паразитарные болезни кожи. Лепра. 13.40 – 13.50 Перерыв. 13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание..</p>	Устный фронтальный опрос.
План практических занятий для студентов 5 курса факультета социальной работы (дневная форма обучения)			
1.	Сифилис. Гонорея.	<p>8.00 – 8.45 Тестовый контроль. Демонстрация вновь поступивших больных. 8.45 – 8.55 Возбудитель сифилиса, его свойства. Отличие от сапрофитирующих спирохет. 8.55 – 9.10 Инкубационный период. Факторы, влияющие на продолжительность инкубационного периода. Пути передачи инфекции. 9.10 – 9.25 Сифилис первичный и вторичный. 9.25 – 9.35 Сифилис третичный и врожденный. 9.35 – 10.00 Перерыв. 10.00 – 10.20 Демонстрация больных. 10.20 – 10.35 Гонорея и негонорейные уретриты. 10.35 – 10.45 Врачебная этика при работе с контингентом больных с венерической</p>	Тест.

		<p>патологией.</p> <p>10.45 – 10.55 Диспансерное наблюдение больных с сифилисом и другими ИППП.</p> <p>10.55 – 11.05 Перерыв.</p> <p>11.05 – 11.20 Обсуждение итогов демонстрации больных.</p> <p>11.20 – 11.30 Перерыв.</p> <p>11.30- 12.30 Показ слайд-фильма «Сифилис».1 часть.</p> <p>12.30 – 12.40 Перерыв.</p> <p>12.40 – 13.40. Показ слайд-фильма «Сифилис».2 часть.</p> <p>13.40 – 13.50 Перерыв.</p> <p>13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание..</p>	
2.	Организация борьбы с инфекциями, передающимися половым путем.	<p>Диспансерные методы работы. Роль и участие специалистов по социальной работе в кожно-венерологической службе. Ознакомление с работой организационно-методического кабинета. Работа и обсуждение контрольнодействующих приказов по дерматовенерологии. Работа с подростками, больными ИППП, особенности работы с контингентом без определенного места жительства и работницами коммерческого секса (проституция). Особенности социальной адаптации пациентов данных контингентов.</p>	Устный фронтальный опрос.
<p>План практических занятий для студентов 2 курса факультета социальной работы (заочная форма обучения).</p>			
1.	Кожные болезни человека. 6 часов.	<p>8.00 – 8.50 Знакомство со студенческой группой. Правила внутреннего распорядка в дерматовенерологической клинике.</p> <p>8.50 – 9.30 Методика обследования дерматологического больного</p> <p>9.30 – 10.00 Знакомство с клиникой. Обход больных в палатах.</p> <p>10.00 – 10.15 Перерыв.</p> <p>10.15 – 10.45 Особенности клинической диагностики болезней кожи.</p> <p>10.45 – 11.00 Перерыв.</p> <p>11.00 – 11.20 Принципы лечения дерматологического больного.</p> <p>11.30- 12.30 Работа в перевязочном кабинете.</p> <p>12.30 – 12.40 Перерыв.</p> <p>12.40 – 13.40. Основные нозологические формы болезней кожи – хронические дерматозы, паразитарные, грибковые, вирусные.</p> <p>13.40 – 13.50 Значение социальных факторов в возникновении дерматозов.</p> <p>13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия. Домашнее задание.</p>	Устный фронтальный опрос.

2.	Венерические заболевания человека. 6 часов.	<p>8.00 – 8.45 Тестовый контроль. Демонстрация вновь поступивших больных.</p> <p>8.45 – 8.55 Возбудитель сифилиса, его свойства. Отличие от сапрофитирующих спирохет.</p> <p>8.55 – 9.10 Инкубационный период. Факторы, влияющие на продолжительность инкубационного периода. Пути передачи инфекции.</p> <p>9.10 – 9.25 Сифилис первичный и вторичный.</p> <p>9.25 – 9.35 Сифилис третичный и врожденный.</p> <p>9.35 – 10.00 Перерыв.</p> <p>10.00 – 10.20 Демонстрация больных.</p> <p>10.20 – 10.35 Гонорея и негонорейные уретриты.</p> <p>10.35 – 10.45 Врачебная этика при работе с контингентом больных с венерической патологией.</p> <p>10.45 – 10.55 Диспансерное наблюдение больных с сифилисом и другими ИППП.</p> <p>10.55 – 11.05 Перерыв.</p> <p>11.05 – 11.20 Обсуждение итогов демонстрации больных.</p> <p>11.20 – 11.30 Перерыв.</p> <p>11.30- 12.30 Показ слайд-фильма «Сифилис».1 часть.</p> <p>12.30 – 12.40 Перерыв.</p> <p>12.40 – 13.40. Показ слайд-фильма «Сифилис».2 часть.</p> <p>13.40 – 13.50 Перерыв.</p> <p>13.50 – 14.00 Подведение итогов занятия.</p>	Тест.
----	---	--	-------

5. Основная и дополнительная литература.

1) Основная литература:

1. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина".- 1995.- 463с.
2. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина".- 2000.-560 с.
3. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов, Ю.С.Кряжева ; под ред. Иванова О.Л. Кожные и венерические болезни.- М.: Шико.2006-480[2]с.: рис.,табл.

2) Дополнительная литература:

1. Иванов О. Л. Кожные и венерические болезни.- М.,»Шико» - 2002.- 478 с.
2. Владимиров В.В. Диагностика и лечение кожных болезней. ТОО Медтехтурсервис – 1995.-192 с.
3. Венерические болезни (под ред. Чл.-корр.АМН СССР проф. О.К.Шапошникова).- М., "Медицина".- 1990.-528 с.
4. Справочник. Кожные и венерические болезни. (под ред. О.Л.Иванова). М., "Медицина".- 1997.- 350 с.
5. Т.Фицпатрик, Р.Джонсон, К.Вульф, М.Полано, Д.Сюрмонд. Дерматология. Атлас-справочник.- Mc Graw-Hill-Практика.- 2001.- 1044 с.
6. Дядькин В.Ю., Закиев Р.З., Гурьянов В.В. Венерические уретриты.- Казань., 2002.- 49 с.
7. Степанова Ж.В., Альбицкий В.Ю., Файзуллина Е.В. Прогнозирование результата лечения при онихомикозе. Пособие для врачей (МЗ РФ)., М., 2002.- 11 с.
8. Шамов Б.А. Особенности иммунологической реактивности здоровых детей и больных алергодерматозами. Казань.- 2002.- 16 с.
9. Файзуллина Е.В., Гурьянов В.В., Созинова Е.С., Закиев Р.З. Методическое руководство к практическим занятиям по дерматовенерологии. – Казань: КГМУ, 2006. – 114 с.
10. Показатели деятельности дерматовенерологической службы Республики Татарстан (2004-2005 гг)., Казань, 2006 – 27 с.

6. Технологическая карта.

Тема	Т С О	Литература (страницы)
Технологическая карта практических занятий для студентов 2 курса факультета социальной работы (дневная форма обучения)		
1.	<p>Таблицы:</p> <p>1. Анатомия, гистология кожи. Строение волоса. 2. Первичные, вторичные морфологические элементы. Патогистологические изменения в эпидермисе и дерме. Функции кожи.</p>	<p>Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина". - 2000. - 560 с. С.12 – 52.</p>
2.	<p>Таблицы и наглядные пособия:</p> <p>1 Классификация грибковых болезней; 2 Классификация микроспории и фавуса; 3 Классификация трихофитии; 4 Микроскопическое строение грибов; 5 Муляжи по теме: «Грибковые болезни».</p> <p>6 Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986. Набор слайдов.</p>	<p>Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина". - 2000. - 560 с. С.189 - 202.</p>
3.	<p>Таблицы и наглядные пособия:</p> <p>1 Классификация псориаза; 2 Классификация красного плоского лишая; 3 Лечение псориаза; 4 Муляжи по теме: «Псориаз. Красный плоский лишай». Многоформная экссудативная эритема. Розовый лишай Жибера. 5 Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986.</p>	<p>Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина". - 2000. - 560 с. С.361 – 372., 389-395., 410-414.</p>
4.	<p>1. Таблицы: Биология возбудителя сифилиса. Иммунитет при сифилисе. Реинфекция. Суперинфекция. Рецидив. 2. Особенности течения различных периодов сифилиса. 3. Атипичные твердые шанкры.</p>	<p>Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни.</p>

	<p>4. Морфологические элементы при сифилисе на слизистых полости рта и гениталий. 5. Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986. 6. Набор слайдов. Таблицы и наглядные пособия:</p> <p>1. Течение сифилиса. 2. Классификация сифилидов в третичном периоде. 3. Исходы беременности при сифилисе. 4. Классификация врожденного сифилиса. 5. Морфологические элементы при сифилисе на коже слизистых в третичном периоде. 6. Муляжи: морфологические элементы при сифилисе на слизистых полости рта и гениталий. 7. Набор слайдов. 8. Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986. Микроскопы – 2, препараты с паразитами, муляжи по теме: «Сифилис», «Чесотка».</p>	<p>М., "Медицина".- 2000.-560 с. С. 475 - 499. С. 499- 573. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина".- 2000.-560 с. С.223 - 230.</p>
5.	<p>1. Таблицы: «Туберкулез кожи» - 7. 2. Муляжи: «Туберкулез кожи» - 10. 3. Слайд-фильм: «Особенности клиники туберкулеза на коже».</p>	<p>Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина".- 2000.-560 с. С. 236-250.</p>
<p>Технологическая карта практических занятий для студентов 5 курса факультета социальной работы (дневная форма обучения)</p>		
1.	<p>Таблицы: 1. Биология возбудителя сифилиса. Иммуитет при сифилисе. Реинфекция. Суперинфекция. Рецидив. 2. Особенности течения различных периодов сифилиса. 3. Атипичные твердые шанкры. 4. Морфологические элементы при сифилисе на слизистых полости рта и гениталий. 5. Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986. 6. Набор слайдов. Таблицы и наглядные пособия:</p>	<p>Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М., "Медицина".- 2000.-560 с. С.536-573. С.574-612.</p>

	<p>1. Течение сифилиса. 2. Классификация сифилидов в третичном периоде. 3. Исходы беременности при сифилисе. 4. Классификация врожденного сифилиса. 5. Морфологические элементы при сифилисе на коже слизистых в третичном периоде. 6. Муляжи: морфологические элементы при сифилисе на слизистых полости рта и гениталий. 7. Набор слайдов. 8. Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986. 9. Гинекологическое кресло, набор инструментов, предметные стекла.</p>	
2.	<p>Методические материалы и контрольнодействующие приказы организационно-методического кабинета РККВД.</p>	<p>Показатели деятельности дерматовенерологической службы Республики Татарстан (2004-2005 гг)., Казань, 2006 – 27 с.</p>
<p>Технологическая карта практических занятий для студентов 2 курса факультета социальной работы (заочная форма обучения)</p>		
1.	<p>Набор слайдов по разделам «Псориаз», «Экзема, дерматиты», «Грибковые болезни», «Гнойничковые болезни человека, чесотка». Атлас «Кожные и венерические болезни» под ред. В.В.Владимирова.- М. 1986.</p>	<p>Файзуллина Е.В., Гурьянов В.В., Созинова Е.С., Закиев Р.З. Методическое руководство к практическим занятиям по дерматовенерологии. – Казань: КГМУ, 2006. – 114 с.</p>
2.	<p>Набор слайдов по теме: «Сифилис». Методические материалы и контрольнодействующие приказы организационно-методического кабинета РККВД.</p>	<p>Показатели деятельности дерматовенерологической службы Республики Татарстан (2004-2005 гг)., Казань, 2006 – 27 с.</p>

7. Тесты, ситуационные задачи, экзаменационные вопросы.

Тесты по темам:

Тестируемый контроль по теме "Гонорея, негонорейные уретриты".

1. Различают все виды гонореи, кроме:

- 1 Свежей острой
- 2 Хронической подострой
- 3 Свежей торпидной
- 4 Хронической
- 5 Латентной

2 Свежий острый передний гонорейный уретрит характеризуется всеми клиническими признаками, кроме:

- 1 . Рези при мочеиспускании
2. Гиперемии губок уретры
3. Наличия гноя в первой порции мочи
4. Наличия гноя в обеих порциях мочи

3. Диагноз "хроническая гонорея" ставится при длительности заболевания:

- 1 . Свыше 1 месяца
2. Свыше 2 месяцев
3. Свыше 3 месяцев

4. Свежий торпидный передний гонорейный уретрит характеризуется следующими клиническими признаками:

- 1 . Обильными гнойными выделениями из уретры, наличием нитей гноя в первой порции мочи
2. Скудными выделениями из уретры, наличием нитей гноя в первой порции мочи
3. Обильными гнойными выделениями из уретры, наличием нитей гноя в обеих порциях мочи
4. Скудными выделениями из уретры, наличием нитей гноя в обеих порциях мочи

5. Курсовая доза пеницилина при лечении свежей острой гонореи составляет:

- 1 . 3 000 000 ЕД
2. 3 400 000 ЕД
3. 4 200 000 ЕД
4. 6 200 000 ЕД

6. Курсовая доза бициллина (1,2,3) при лечении свежей острой гонореи составляет:

- 1 . 3 000000 ЕД
2. 3 600000 ЕД
3. 4 200 000 ЕД
4. 6 200 000 ЕД

7. К установлению критерия излеченности гонорей следует приступать после лечения:

1. Через 7-10 дней
2. Через 2-3 недели
3. Через месяц

8. Для химической провокации гонорей у мужчин используют:

1. 0,25-0,5% раствор нитрата серебра
2. 1-2% раствор нитрата серебра
3. раствор Люголя в глицерине
4. Все перечисленное

9. Для комбинированной провокации гонорей используют:

1. Внутримышечное введение гонококковой вакцины
2. Внутримышечное введение пирогенала
3. Химическую провокацию
4. Массаж уретры на буже
5. Все перечисленное

10. Срок серологического контроля за больными гонорей, без установленного источника заражения составляет:

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 1 год

11. Хламидии обладают тропизмом к:

1. Цилиндрическому эпителию
2. Многослойному эпителию

12. Воспроизведение хламидий обеспечивается:

1. Элементарными тельцами
2. Ретикулярными тельцами
3. Вирусной ДНК

13. Для диагностики хламидий применяются:

1. Посев на культурах клеток
2. Иммунофлюоресцентный метод
3. Полимеразная цепная реакция
4. Все перечисленное

14. Для лечения хламидиоза используют антибиотики:

1. Пеницилинового ряда
2. Цефалоспорины
3. Тетрациклинового ряда
4. Все перечисленные

15. Диагноз "свежий трихомонадный уретрит" ставится при длительности заболевания:

1. До 1 месяца
2. До 2 месяцев

3. До 3 месяцев

**Тестовый контроль по теме:
"Псориаз, Красный плоский лишай"**

1 Излюбленной локализацией высыпаний при псориазе является всё перечисленное, кроме:

- а/ волосистой части головы
- б/ разгибательной поверхности конечностей
- в/ сгибательной поверхности конечностей
- г/ области крестца

2 Морфологическими элементами сыпи характерными для псориаза являются:

- а/ плоские бугорки
- б/ полигональные папулы
- в/ волдыри
- г/ округлые папулы

3 К признакам прогрессивной стадии псориаза относятся все перечисленные, кроме :

- а/ появления новых высыпаний
- б/ зоны периферического роста
- в/ псевдоатрофического ободка Воронова
- г/ феномена Кебнера

4 Шелушение в прогрессивной стадии псориаза наблюдается:

- а/ в центре
- б/ по периферии
- г/ по всей поверхности

5 Для псориазической триады характерно всё перечисленное, кроме:

- а/ феномена стеаринового пятна
- б/ Феномена терминальной пленки
- в/ Феномена точечного кровотечения
- г/ Феномена Кебнера

6 Характерным цветом для высыпаний при псориазе является:

- а/ розовый
- б/ синюшно-красный
- в/ медно-красный
- г/ розово-желтый

7 Поражение слизистых оболочек при псориазе наблюдается:

- а/ часто
- б/ редко
- в/ не наблюдается

8 Высыпания при псориазе у детей чаще всего локализуются:

- а/ в складках

- б/ на конечностях
- в/ в области крестца

9 Признаком регрессивной стадии псориаза является

- а/ зона периферического роста
- б/ феномен Кебнера
- в/ псевдоатрофический ободок Воронова
- г/ сетка Уикхема

10 УФО при летней форме псориаза назначается:

- а/ в прогрессивной стадии
- б/ в стационарной стадии
- в/ в регрессивной стадии
- г/ не назначается

11 Высыпания при красном плоском лишае чаще всего локализуются:

- а/ на сгибательной поверхности предплечий
- б/ на разгибательной поверхности предплечий
- в/ на волосистой части головы

12 Характерным цветом для высыпаний при красном плоском лишае является:

- а/ розово-красный
- б/ синюшно-красный
- в/ медно-красный
- г/ розово-желтый

13 Морфологическими элементами сыпи характерными для красного плоского лишаа являются:

- а/ плоские бугорки
- б/ полигональные папулы
- в/ волдыри
- г/ округлые папулы

14 Поражение слизистых оболочек при красном плоском лишае наблюдается

- а/ часто
- б/ редко
- в/ не наблюдается

15 Характерным феноменом при красном плоском лишае является

- а/ феномен стеаринового пятна
- б/ феномен терминальной пленки
- в/ феномен точечного кровотечения
- г/ сетка Уикхема

**Тестовый контроль по теме
«Сифилис первичный, вторичный».**

1. Бледная трепонема может существовать в виде:

- 1 . L-форм

- 2 . Спиралевидных форм
- 3 . Цист-форм
- 4 . Всех перечисленных

2.Инкубационный период сифилиса чаще всего длится:

- 1 . 1-2 недели
2. 3-4 недели
3. 7-8 недель

3.Типичными формами твердого шанкра являются:

- 1 . Эрозивный и язвенный
2. Шанкр-амигдалит
3. Индуративный отек

4 Число витков спирали бледной трепонемы обычно составляет:

1. 2-4
2. 6-8
3. 8-14
4. 16-20

5.Реакция Вассермана становится положительной:

- 1 . В инкубационном периоде
2. При появлении твердого шанкра
3. Через 3-4 недели после появления твердого шанкра

6. РИБТ считается положительной при иммобилизации бледных трепонем свыше:

1. 21%
2. 31%
3. 41%
4. 51%

7.Шанкр-амигдалит представляет из себя:

- 1 . Эрозию на миндалине
2. Язву на миндалине
3. Увеличенную в размерах миндалину медно-красного цвета

8.Увеличение регионарных лимфатических узлов после появления первичной сифиломы наблюдается обычно спустя:

- 1 . 1-2 дня
2. 7-10 дней
3. 9-12 дней
4. 13-16 дней
5. Через 21 день

9.Первичный период сифилиса продолжается:

- 1 . 2-3 недели
2. 4-5 недель
3. 6-8 недель
4. 11-12 недель

10. К осложнениям твердого шанкра относится все перечисленное, кроме:

1. Фимоза
2. Парафимоза
3. Гангренизации
4. Индуративного отека
5. Фагеденизации

11. Высыпания при вторичном свежем сифилисе, в отличие от вторичного рецидивного:

1. Более мелкие, обильные, симметричные, более яркой окраски
2. Более крупные, обильные, не склонные к группировке, менее яркой окраски
3. Более крупные, менее обильные, склонные к группировке, менее яркой окраски

12. При локализации твердого шанкра в области шейки матки увеличиваются следующие лимфоузлы:

1. Паховые
2. Бедренные
3. Малого таза
4. Все перечисленное верно

13. Для сифилитической лейкодермы характерно наличие:

1. Пигментированных пятен на фоне нормальной кожи
2. Депигментированных пятен на фоне нормальной кожи
3. Депигментированных пятен, окруженных ободком гиперпигментации
4. Все перечисленное верно

14. К пустулезным сифилидам относятся все перечисленные, кроме:

1. Оспенновидного
2. Себорейного
3. Рупиоидного
4. Импетигиозного

15. Различают следующие разновидности сифилитической плешивости, кроме:

1. Мелкоочаговой
2. Крупноочаговой
3. Диффузной
4. Смешанной

Тестовый контроль по теме "Сифилис третичный, врожденный"

1. При третичном сифилисе бугорковые сифилиды на коже характеризуются:

1. Желтовато-розовой окраской, тестоватой консистенцией
2. Мягкой консистенцией и кирпично-красным цветом
3. Полушаровидной формой и плотной консистенцией

2. Разновидностью бугоркового сифилида являются все перечисленные кроме:

1. Сгруппированных
2. Карликовых

3. Серпегинирующих
4. Площадкой
5. Фиброзных

3 Профилактическое лечение назначается:

1. Детям, родившимся без клинико-серологических признаков сифилиса, от недостаточно леченных матерей, больных сифилисом.
2. Лицам, имевшим половой контакт с больными сифилисом, если с момента контакта не прошло 2 месяцев.
3. Детям до 3 лет, имевшим тесный бытовой контакт с больными заразными формами сифилиса.

4. После разрешения гуммозных сифилидов на коже наблюдаются:

- 1 Звездчатые рубцы
2. Мозаичные рубцы
- 3 Неровные втянутые рубцы с мостовидными перемычками

5. Соотношение массы последа к массе плода при сифилитической инфекции составляет:

1. 1/6
2. 1/3
3. 1/5

6. Изменения внутренних органов плода, вызванные сифилитической инфекцией проявляются на:

1. 2 - 3 месяце беременности;
2. 5-6 месяце беременности;
3. 7-8 месяце беременности

7. Для сифилитической пузырчатки является характерным:

1. Тенденция к слиянию пузырей
2. Ассиметричность расположения
3. Возникновение пузырей на ладонях и подошвах

8. Стигмами позднего врожденного сифилиса являются все перечисленные, кроме:

1. Широко расставленных верхних резцов
2. Полулунной выемки по верхнему краю резцов
3. Гипоплазии жевательных поверхностей клыков с наличием тонкого отростка
4. Высокого «готического» неба

9. К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса относится:

1. Укорочение мизинца
2. Саблевидные голени
3. Отсутствие мечевидного отростка.
4. Высокое «готическое» небо

10. Для бугоркового сифилида характерно:

1. Сгруппированные рубцы окруженные пигментной каемкой
2. Появление новых бугорков на рубцах
3. Желтоватый цвет бугорков при диаскопии
4. Положительный симптом зонда

11. Характерным признаком язв для бугоркового сифилида на коже являются:

1. Правильные округлые очертания, плотный эластический инфильтрат вокруг язв
2. Неправильная форма язв, мягкая консистенция краев
3. Неправильная форма язв, зернистое дно с грануляциями

12. Сифилитический остеохондрит II степени характеризуется:

1. Полосой зоны предварительного окостенения имеющей расширение до 2 мм.
2. Полосой зоны предварительного окостенения имеющей расширение до 4 мм.
3. Наличием между эпифизом и метафизом темной полосы разрежения шириной до 4 мм.

13. Характерным поражением костей при врожденном сифилисе у детей 1-го года жизни являются:

1. Остеохондриты
2. Периоститы и остеоperiоститы
3. Гуммы

14. Достоверными признаками позднего врожденного сифилиса являются:

1. Седловидный нос
2. Сифилитический лабиринтит
3. Радиарные рубцы Робинсона-Фурнье
4. Отсутствие мечевидного отростка грудины

15. К достоверным признакам врожденного сифилиса у детей 1-го года жизни относятся все, кроме:

1. Сифилитического ринита
2. Паренхиматозного кератита
3. Остеохондритов
4. Инфильтрации Гохзингера

Тестовый контроль по теме: Трихомикозы.

1. Для микроспории характерно:

- а) обламывание волос на уровне 6-8мм
- б) обламывание волос на уровне 2-3мм
- в) обламывание волос на уровне кожи
- г) наличие скутул

2. Инфильтративно-нагноительная микроспория вызывается:

- а) *Microsporum ferroglyneum*; *Microsporum Audonii*
- б) *Microsporum canis*; *Microsporum folineum*
- в) *Pitirosporum orbiculare*

3. При инфильтративно-нагноительной трихофитии поражаются все указанные области, кроме:

- а) волосистой части головы

- б) ногтей
- в) гладкой кожи
- г) бороды и усов у мужчин

4. Инфильтративно-нагноительная трихофития вызывается:

- а) *Trichophyton violaceum*; *Trichophyton tonsuans* (crateriforme)
- б) *Trichophyton mentagraphytes* (var. *gipseum*); *Trichophyton verrucosum* (var. *faviforme*)
- в) *Trichophyton mentagraphytes* (var. *interdigitale*); *Trichophyton purpureum* (rubrum)

5. Споры грибов при инфильтративно-нагноительной трихофитии располагаются:

- а) снаружи волоса
- б) внутри волоса
- в) волосы не поражаются

6. Под люминисцентной лампой зеленоватое свечение отмечается при:

- а) микроспории
- б) инфильтративно-нагноительной трихофитии
- в) поверхностной трихофитии
- в) фавусе

7. При лечении больных микроспорией в/ч головы доза гризеофильвина составляет:

- а) 50-60 мг в сутки
- б) 18-20 мг на кг массы тела
- в) 14-16 мг на кг массы тела
- г) 90-100 мг в сутки

8 У ребенка на волосистой части головы имеется очаг поражения без резких воспалительных явлений с нечеткими границами. Часть волос обломана на уровне 1-2 мм. Данная клиника соответствует диагнозу:

- а) поверхностная трихофития
- б) микроспория
- в) инфильтративно-нагноительная трихофития
- г) сквамозная форма фавуса

9. Типичной формой фавуса является:

- а) скутулярная
- б) сквамозная
- в) импетигиозная

10. Источником заражения микроспорией чаще всего бывают:

- а) лошади, коровы
- б) кошки, собаки
- в) мыши крысы

11. К клиническим признакам микроспории гладкой кожи относятся:

- а) эритематозно-сквамозные высыпания
- б) округлая или овальная форма очагов
- в) приподнятые, отечные края очагов

г) все перечисленное

12. Поверхностная форма трихофитии вызывается:

- а) *Trichophyton violaceum*; *Trichophyton tonsurans* (crateriforme)
- б) *Trichophyton mentagraphytes* (var. *gipseum*); *Trichophyton verrucosum* (var. *faviforme*)
- в) *Trichophyton mentagraphytes* (var. *interdigitale*); *Trichophyton purpureum* (rubrum)

13. Для типичной клинической картины фавуса в/ч головы характерно:

- а) обламывание волос
- б) образование скутул
- в) симптом “медовых сот”

14. Возбудителем фавуса является:

- а) *Microsporum Audonii*
- б) *Trichophyton tonsurans* (crateriforme)
- в) *Trichophyton Schonleinii*

15. При выявлении больных трихомикозами в детском учреждении карантин назначается на:

- а) 1-3 недели
- б) 3-6 недель
- в) 6-9 недель

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ТЕМЕ: "ДЕРМАТИТЫ, ТОКСИКОДЕРМИИ, ЭКЗЕМА"

1 Простой контактный дерматит характеризуется:

- а/ острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка воздействия раздражителя, нечеткими границами.
- б/ острым воспалением кожи, не выходящим за пределы участка воздействия раздражителя, четкими границами
- в/ синюшно- красной окраской пораженной кожи, нечеткими границами.
- г/ появлением волдырей в очаге поражения.

2 Аллергический контактный дерматит характеризуется:

- а/ острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка воздействия раздражителя, нечеткими границами.
- б/ острым воспалением кожи, не выходящим за пределы участка воздействия раздражителя, четкими границами.
- в/ синюшно- красной окраской пораженной кожи, четкими границами.
- г/ появлением волдырей в очаге поражения.

3 Укажите неотложные меры при ожогах концентрированными кислотами:

- а/ тщательная обработка спиртом
- б/ наложение масляной повязки
- в/ продолжительный и обильный смыв водой, нейтрализация щелочным раствором

г/ применение примочек и кортикостероидных мазей

4 Для истинной экземы характерны все перечисленные признаки, кроме:

а/ обострения без видимой причины

б/ симметричности высыпаний

в/ отсутствия зуда

г/ упорного течения

5 Причинами возникновения токсикодермии могут быть все перечисленные, кроме:

а/ попадания аллергена с пищей

б/ наличия сенсibilизации к вызвавшему агенту

в/ попадания аллергена через дыхательные пути

г/ попадания аллергена на кожу

6 Характерной локализацией дисгидротической экземы являются:

а/ кожа ладоней и подошв

б/ кожа голеней

в/ кожа в/ч головы

7 Морфологическими элементами сыпи, характерными для экземы, являются все перечисленные, кроме:

а/ эритемы

б/ микровезикул

в/ бугорков

г/ корок

8 Клиническими признаками истинной экземы являются:

а/ симметричность очагов поражения, нечеткие границы

б/ несимметричность очагов поражения, четкие границы

в/ несимметричность очагов поражения, нечеткие границы

9 Для наружного лечения экземы в стадии мокнутия применяются:

а/ пасты

б/ примочки

в/ взбалтываемые смеси

г/ мази

10 Фиксированные формы токсикодермии чаще всего возникают от приема:

а/ антибиотиков

б/ сульфаниламидов

в/ витаминов

г/ транквилизаторов

11. Факторами, вызывающими простой контактный дерматит могут быть все, кроме:

а/ воздействия высоких температур

б/ воздействия низких температур

в/ ультрафиолетового облучения

г/ применения антибиотиков

12 Клиническими признаками микробной экземы являются:

- а/ симметричность очагов поражения, нечеткие границы
- б/ несимметричность очагов поражения, четкие границы
- в/ несимметричность очагов поражения, нечеткие границы
- г/ симметричность очагов поражения, наличие многокамерных пузырей.

13 Положительный симптом Никольского отмечается при:

- а/ аллергическом хейлите
- б/ себорейной экземе
- в/ ожоге 3 степени
- г/ синдроме Лайелла

14 Для себорейной экземы характерны все клинические признаки, кроме:

- а/ локализации на в/ч головы
- б/ гиперемии
- в/шелушения
- г/ мокнутия

15 Для экземы характерны все гистопатологические изменения, кроме:

- а/ спонгиоза
- б/ паракератоза
- в/ дискератоза
- г/ акантоза

Ситуационные задачи:

1. Экзема, дерматиты, токсикодермия

1. На прием обратился больной с жалобами на повторное появление в течение года сыпи на правой голени, на месте бывшего ранее открытого перелома.

Объективно: на коже голени имеется очаг поражения 6 – 7 см в поперечнике застойно-красного цвета. С четкими границами, с бахромкой отслаивающегося эпидермиса и фликтенами по краю. В очаге имеются папулы, микровезикулы, точечное мокнутие, серозно-гнойные корочки.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

2. На прием обратился мальчик 12 лет с жалобами на появление высыпаний на коже кистей, мокнутие, зуд. Подобные высыпания появляются третий раз в год. В анамнезе экссудативный диатез, непереносимость ряда пищевых продуктов.

Объективно: на коже тыльной поверхности рук и предплечий симметрично имеются очаги поражения с нечеткими границами ярко-красного цвета. В очагах отмечается полиморфизм элементов, имеются папулы, пузырьки, эрозии, корочки.

О каком заболевании можно подумать?

Проведите дифференциальный диагноз.

3. На прием обратился рабочий цеха окраски готовой продукции с жалобами на появление красноты на коже лица, шеи, рук. Болен с периодическими улучшениями в течение года.

Объективно: кожа лица, шеи, кистей и предплечий гиперемирована, отечна, имеются папулы, микровезикулы, мокнутие, серозные корочки.

Границы очагов нерезкие.

О каком заболевании можно думать?

Какие исследования помогают подтвердить диагноз.

4. На прием обратилась больная с жалобами на периодическое появление красноты на коже рук, зуд.

Подобные высыпания наблюдались в течение пяти лет. Связать свое заболевание с чем-либо не может.

Объективно: на коже рук в области предплечий и кистей имеются очаги поражения с нечеткими границами, в очагах гиперемия, мокнутие в виде «серозных колодцев», корочки.

Поставьте диагноз больному.

5. На прием обратился больной с жалобами на появление сыпи на коже голени, стоп, сильный зуд. Ранее неоднократно лечился по поводу эпидермофитии стоп. Объективно: на коже подошвенной и тыльной поверхности обеих стоп, а также нижней трети голени имеются гиперемия с нечеткими границами, точечное мокнутие, серозные корочки, шелушение.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

6. На прием обратилась женщина с жалобами на высыпания в области обеих кистей. Болеет около месяца. Свое заболевание связывает с применением для стирки белья моющего средства «Лотос».

Объективно: в области тыльных поверхностей кистей и боковых поверхностей пальцев отмечаются гиперемия без четких границ, единичные папуло-везикулезные элементы, умеренно выраженная инфильтрация, мелко-пластинчатое шелушение. О каком заболевании можно думать?

7. Больной обратился с жалобами на покраснение и резкую болезненность в области правой ягодицы. Из анамнеза было установлено, что больному в порядке самолечения пояснично-крестцового радикулита на ночь применил аппликацию со скипидаром на область правой ягодицы.

Объективно: в указанной области отмечается очаг поражения размером 15 на 20 см с четкими очертаниями. В очаге яркая гиперемия, отек, мелкие напряженные пузырьки, местами пузыри.

О каком заболевании можно думать?

8. После приема внутрь норсульфазола по поводу ангины у больного появились пятнистые высыпания на коже. В области передней и правой боковой поверхности живота наблюдаются резко отграниченные красновато-бурые пятна со слабым синеватым оттенком. Один очаг размером с 2-копеечную, второй – с 5-копеечную монету.

О каком заболевании можно думать?

9. У ребенка после приема тетрациклина по поводу ангины на коже туловища появилось большое количество уртикарных элементов (волдырей).

Субъективно: жжение и зуд. Подобные высыпания после приема тетрациклина были и раньше. Поставьте диагноз.

10. На прием обратился врач-стоматолог, работающий в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники, с жалобами на появление зудящей сыпи на коже кистей. Болен в течение нескольких месяцев.

Объективно: на коже пальцев обеих кистей имеются очаги поражения с нечеткими границами в виде гиперемии. На боковых поверхностях пальцев имеются пузырьки с серозным содержимым.

О каком заболевании можно думать?

Какие исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

2. Псориаз. Красный плоский лишай.

1. На прием пришел больной с жалобами на появление красного пятна с шелушением на головке полового члена. При осмотре на головке полового члена имеется округлой формы, красного цвета папула величиной с 2-копеечную монету, папула покрыта чешуйками белого цвета. Лимфатические узлы не увеличены. На разгибательной поверхности предплечий имеются аналогичные папулы красного цвета, с чешуйками.

Какой диагноз?

Какова тактика врача?

2. Три недели назад появились папулы розового цвета на разгибательной стороне поверхности конечностей, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Отмечается появление свежих высыпаний, в т.ч. по ходу линейной ссадины. При соскабливании папул возникает симптом «стеаринового пятна», «терминальной пленки» и «точечного кровотечения».

Поставьте развернутый диагноз.

3. Больная обратилась с жалобами на появление высыпаний на туловище, считает себя больной в течение нескольких месяцев. При осмотре на коже туловища верхних конечностей имеются множественные папулы величиной с 5-копеечную монету, чешуйки находятся в центре, а по окружности их ободок красного цвета.

Ваш диагноз?

Какая форма болезни?

Какая стадия?

4. Мужчина 26 лет, жалуется на боли в суставах в течение 10 лет. В последние годы суставные боли усилились, на коже появились высыпания, на голеньях и локтях.

Каков диагноз?

5. На прием пришла больная с просьбой направить ее на санаторно-курортное лечение. Больна псориазом в течение 5 лет.

В настоящее время кожные высыпания имеют распространенный характер, папулы преимущественно точечные и каплевидные.

Можно ли ее направить на санаторно-курортное лечение и когда?

6. Мальчик 12 лет направлен из ФАП, с диагнозом микроспория гладкой кожи. Мальчик в контакте с больными микроспорией и с животными не был. На разгибательной поверхности правого предплечья имеется папула величиной с 5-копеечную монету, красного цвета, с чешуйками.

Какие необходимо провести исследования? Каков диагноз?

7. У больного, страдающего псориазом в течение 5 лет, появились боли и ограничение подвижности в суставах кистей и стоп.

Каков диагноз? Каково лечение?

8. Молодая женщина обратилась с жалобами на изменение ногтевых пластинок на кистях. При осмотре на ногтях 2-4 пальцев кисти левой и 1-3 пальцев правой кисти определяется симптом «наперстянки» и на коже голеней наличие папул красного цвета.

Каков диагноз? Каково лечение?

9. После стрессовой ситуации на коже сгибательной поверхности верхних конечностей возникли зудящие розовато-фиолетовые, плоские, полигональные папулы с восковидным блеском, размерами от булавочной головки до чечевицы, несколько папул имеют пупковидные вдавления в центре, на которых видна «сетка Уикхема».

Каков диагноз? Наметьте план лечения.

3. Микроспория, трихофития, фавус.

1. На прием к вам пришел школьник, у него установлен диагноз микроспория волосистой части головы.

Какая документация оформляется на больного ребенка и какие профилактические мероприятия проводятся?

2. В одном детском коллективе обнаружены двое детей, больных микроспорией. При посеве патологического материала вырос пушистый микроспорум. В другом детском коллективе у больного ребенка при посеве вырос ржавый микроспорум.

Ваши соображения о возможном источнике заражения в коллективе и мероприятиях по их выявлению и предупреждению распространения инфекции?

3. В детском доме банный день. Перед баней проводили стрижку детей и после этого был обнаружен больной микроспорией.

Ваши мероприятия в отношении больного и в отношении других детей, которых стригли этой же машинкой?

4. У ребенка, посещающего детсад, диагностирована поверхностная трихофития в волосистой части головы. Все другие дети детсада здоровы.

Кто источник заражения?

Кого необходимо обследовать?

5. На прием явился школьник 3 класса школы №120. На коже лица – очаги, имеющие форму кольца диаметром с трехкопеечную монету. Периферическая зона – розово-красного цвета с шелушением.

О каком заболевании можно подумать и как должен быть подтвержден диагноз заболевания?

6. На прием пришла больная с наличием на волосистой части головы корочковых образований. Волосы на очагах как запыленные. Имеются очаги рубцовой атрофии.

Ваш предполагаемый диагноз?

Ваши мероприятия для подтверждения диагноза?

7. При осмотре школьников младших классов выявлено несколько учеников с подозрением на грибковые заболевания.

На основании каких симптомов возникло подозрение на трихомикоз и как должен быть подтвержден диагноз?

8. У ребенка на волосистой части головы много мелких очагов с обломками волос и шелушением. Под люминесцентной лампой свечения обломков волос не наблюдается.

О каком заболевании можно думать?

Как подтверждается диагноз заболевания?

9. У ребенка 6 лет на коже шеи кольцевидные очаги поражения диаметром от 1- до 3-копеечной монеты, смазанные бриллиантовой зеленью. Мальчик имел контакт с больным микроспорией. При микроскопическом исследовании чешуек грибки не обнаружены.

Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза заболевания?

10. В детском саду во время медицинского осмотра персонала у «няни» обнаружены изменения ногтевых пластинок: они утолщены, потеряли блеск и имеют неровные крошащиеся края.

О каком заболевании необходимо думать? Как должен быть подтвержден диагноз заболевания?

4. Эпидермофития, руброфития, кандидоз.

1. На прием обратилась пожилая женщина, у которой установлен диагноз эпидермофитии стоп.

Какие рекомендации Вы дадите и какие профилактические мероприятия проводятся для предотвращения распространения инфекции среди членов семьи заболевшей?

2. Ваши рекомендации работникам саун, бань, тренажерных залов по профилактике микозов.

3. У ребенка, посещающего детский сад, диагностирована руброфития гладкой кожи. Все другие дети детсада здоровы. Кто источник заражения? Кого необходимо обследовать?

4. На прием пришла больная с наличием на коже шелушащихся розовых пятен до 1 см в диаметре, постепенно разрастающихся по периферии с формированием крупных кольцевидных воспалительных пятен красного цвета с фестончатыми и четкими границами.

Ваш предполагаемый диагноз?

Ваши мероприятия для подтверждения диагноза?

5. При осмотре призывников районного военкомата выявлено несколько человек с подозрением на грибковые заболевания.

На основе каких симптомов возникло подозрение на микоз и как должен быть подтвержден диагноз?

6. У пожилого пациента изменены ногтевые пластинки по гипертрофическому типу, крошатся. Вены нижних конечностей расширены. О каком заболевании можно думать?

Как подтверждается диагноз заболевания?

7. У ребенка 6 лет на коже шеи кольцевидные очаги поражения розово-красного цвета с синюшным оттенком, четко отграничены от здоровой кожи, поверхность покрыта мелкими чешуйками, по периферии – прерывистый валик. Очаги обильно смазаны бриллиантовой зеленью. Мальчик не имел контактов с больными микроспорией. При микроскопическом исследовании чешуек грибки не обнаружены.

Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза заболевания? Что это за микоз?

8. В детском саду во время медицинского осмотра персонала у «няни» обнаружены изменения ногтевых пластинок: они утолщены, потеряли блеск и имеют неровные крошащие края. О каком заболевании необходимо думать? Как должен быть подтвержден диагноз заболевания?

5. Сифилис первичный и вторичный.

1. Мужчина 25 лет обратился к врачу с жалобами на появление эрозии на внутреннем листе крайней плоти примерно через 25 дней после полового сношения с мало знакомой женщиной. При осмотре в основании эрозии выявлен безболезненный плотный инфильтрат, эрозия покрыта беловатым налетом в центре.

Какой ваш предположительный диагноз?

Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

Что нужно уточнить для профилактики заболевания у других лиц.

2. В женской консультации у женщины обнаружена язвочка в области нижней спайки половых губ, язвочка округлых очертаний, безболезненная.

Прилегающие участки половых губ отечны. Пациентка во время отдыха 40 дней тому назад имела половые сношения с мужчиной, с которым поддерживает знакомство.

Какой предположительный диагноз можно поставить?

Что еще можно обнаружить при осмотре и пальпации язвочки?

Как можно подтвердить диагноз?

Какие противоэпидемические мероприятия нужно выполнить, чтобы предупредить распространение инфекции?

3. Больной И. обратился к врачу-отоларингологу с жалобами на осиплость голоса. В течение 2-х недель лечился у него с диагнозом неспецифический ларингит. Улучшения от проводимого лечения не было. В то же время больной обратился к врачу дерматовенерологу. При осмотре: на ладонях и подошвах небольшие мелкие, величиной с чечевицу папулы красновато-желтого цвета, плотной консистенции, не сливающиеся друг с другом. При разговоре с больным у него выявлена выраженная афония. Из эпидемиологического анамнеза известно, что больной холост, ведет беспорядочную половую жизнь, о некоторых половых партнерах может дать необходимые сведения.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие другие клинические симптомы могут быть при предполагаемом диагнозе?
3. Какие методы дополнительного обследования следует провести больному?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать проявления сифилиса у больного?
5. Какая документация должна быть оформлена на данного больного?
6. Какова причина диагностической ошибки, допущенной ЛОР-врачом?

4. Больная женщина, у которой поставлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса, назвала 2-х половых партнеров, у одного из которых при осмотре были выявлены в области кожи полового члена 3 эрозивных элемента диаметром до 5-7 мм ярко-красной окраски с небольшим уплотнением в основании, было отмечено увеличение паховых лимфатических узлов. Из анамнеза удалось выяснить, что первая половая связь с мужчиной произошла 1,5 месяца тому назад.

1. Какой предположительный диагноз можно поставить мужчине?
2. Какова консистенция лимфатических узлов при предполагаемом диагнозе?
3. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
4. Кто из половых партнеров является источником заболевания?

5. На станции переливания крови выявлен донор с положительными КСР. Жалоб он не предъявлял. При осмотре на стопах обнаружены папулы синюшного цвета диаметром до копеечной монеты. На коже мошонки группа элементов, плотных при пальпации с мацерированной влажной поверхностью, размерами до 1-копеечной монеты, сгруппированные. В правой височной области 3 гнойных слоистых корки, возвышающихся над уровнем кожи, размерами до 2-копеечной монеты.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Назовите морфологические элементы, обнаруженные на мошонке и височной области.
3. Составьте план обследования больного.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Каков план противоэпидемических мероприятий?
6. Наметьте план консультации больного с другими специалистами.

6. Больной А. Обратился к врачу-хирургу с жалобами на появление в перианальной области опухолевидных разрастаний, субъективно мало его беспокоящих. При осмотре: в указанной области имеются возвышающиеся над уровнем кожи с влажной эрозированной поверхностью папулы. На боковой поверхности туловища – небольшое количество бледно-розового цвета пятен размерами с 15-копеечную монету округлой формы, местами сливающихся между собой.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Как называются имеющие место у больного клинические симптомы?
3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Консультации каких специалистов показаны больному?

5. Можно ли провести микроскопическое исследование на бледную трепонему данному больному? Обоснуйте свой ответ.

7. Мужчина обратился к хирургу по поводу заболевания указательного пальца правой кисти в области конечной фаланги, где была обнаружена поверхностная язва неправильных очертаний с небольшим гнойным отделяемым. Окраска кожи была синюшная, отмечалась небольшая отечность и слабая болезненность. Врач расценил поражение как панариций и назначил мазь Вишневского, однако, терапия в течение 5 дней не дала желаемого результата. Пациент стал жаловаться на небольшое недомогание, и врач при более внимательном осмотре обнаружил увеличение до вишневой косточки локтевых лимфатических узлов и подмышечных размером до вишни плотно-эластичной консистенции, безболезненные и подвижные. При исследовании крови была отмечена положительная реакция Вассермана.

1. О каком диагнозе можно думать у больного с заболеванием пальца?
2. Какое другое дополнительное и обязательное обследование может подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Какой окончательный диагноз можно поставить больному?
4. Какой окончательный диагноз можно поставить больному?
5. Какой половой анамнез нужно уточнить у больного?
6. Какое общее лечение нужно назначить пациенту, какую местную терапию необходимо рекомендовать?

8. У маленькой девочки 2-х лет после царапины на правом плече в нижнем отделе образовалась долго не заживающая эрозивная округлых очертаний поверхность, безболезненная, ярко-красного цвета. Мать девочки смазывала эрозию "зеленкой", гидрокортизоновой мазью, но безуспешно. Врач-педиатр направила ребенка на консультацию к дерматологу. При осмотре врач отметил безболезненный, плотноватой консистенции инфильтрат в основании эрозии, увеличенные подмышечные регионарные лимфатические узлы плотно-эластичной консистенции. Ребенок обследовался лабораторно. При осмотре матери ребенка на слизистой ротовой полости были обнаружены эрозивные папулы, а также широкие кондиломы в области гениталий, в крови экспресс-методом отмечена положительная реакция Вассермана.

1. Какой предположительный диагноз можно поставить ребенку?
2. Какое лабораторное обследование ребенка было проведено и что оно могло дать?
3. О каком пути заражения ребенка можно говорить в этом случае?
4. Какие противоэпидемические мероприятия нужно провести?

9. При обследовании женщины в консультации по поводу беременности сроком 8 недель КСР оказались положительными. При осмотре: на боковых и задней поверхности шеи имеется неравномерная пигментация кожи (депигментированные пятна на гиперпигментированном фоне). Имеет место диффузное разрежение волос на волосистой части головы. Особенно выражено облысение в височных и теменной областях. Ресницы неодинаковой длины (ступенчатообразные). Субъективно: больная жалуется на головную боль, тошноту.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Назовите клинические симптомы заболевания.
3. Ориентировочно определите время заражения женщины.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какое исследование следует провести для исключения специфического поражения нервной системы?
6. Какова должна быть тактика врача в отношении беременности женщины?

10. Больная В. обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на появление язвочек в полости рта. С подозрением на сифилис больная была направлена на консультацию в кожно-венерологический диспансер. При осмотре: на слизистой щек по линии смыкания зубов, на мягком небе и боковой поверхности языка располагаются элементы размерами с чечевицу, безболезненные, резко ограниченные от нормальной слизистой и возвышающиеся над ней. Поверхность элементов гладкая, цвет белесоватый, некоторые элементы эрозированы. Подобные высыпания имеются на половых органах в области малых половых губ и задней спайки вульвы. В области лба на границе с волосистой частью головы располагается несколько элементов размерами с 10-копеечную монету, медно-красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, плотной консистенции, такие же элементы в правой аксиллярной впадине, сгруппировавшись, образовали кольцо. Из эпидемиологического анамнеза известно, что больная находится с мужем в разводе в течение 2-х лет, каких-либо отношений с ним не поддерживает. Шесть месяцев назад имела половую связь с мужчиной, сведения о котором может сообщить. Проживает вместе с матерью и дочерью 5 лет.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Назовите первые элементы заболевания, обнаруженные у пациентки.
3. Наметьте план обследования.
4. С каких элементов можно взять материал для микроскопического исследования для подтверждения диагноза?
5. Обязательно ли назначение превентивного лечения матери и дочери больной при отсутствии у них проявлений сифилиса? И если да, то почему?
6. Какой документ должен быть оформлен на предполагаемый источник заражения?
- 7.

11. Больной обратился в участковую больницу с жалобами на появление язвочки в области полового члена и увеличение паховых лимфатических узлов справа.

Каков предварительный диагноз и какова тактика врача по отношению к данному больному?

12. Больной обратился в поликлинику с жалобами на выпадение волос в затылочных и височных областях и появление на шее депигментированных пятен на фоне гиперпигментированной кожи. Реакция Вассермана резко положительна.

Какой диагноз и ориентировочный срок заражения данной больной?

13. Больная обратилась к врачу с жалобами на обильную мелкопятнистую сыпь в области туловища, которая больную совершенно не беспокоит. В зеве эритематозная ангина с четкими границами. В области гениталий и перианальной области единичные папулезные высыпания ветчинно-красного цвета. В области левой большой губы – рубчик.

Какой диагноз у данной больной и какова тактика врача?

14. У больного наружных проявлений сифилиса не определяется, но резко положительные классические и серологические реакции и РИБТ, больной никаких высыпаний у себя не отмечал. Холост. В анамнезе имеет случайные половые связи. Какой диагноз у больного?

15. Ребенка 12 лет мать привела на прием к окулисту по поводу «бельма» в области левого глаза. Травм глаза не было. Кроме того, ребенок плохо слышит, имеется деформация костей голени.

Какой предварительный диагноз можно поставить и какова тактика врача в плане обследования ребенка и родителей?

16. При профилактическом осмотре работников пищевого предприятия у одной работницы оказались резко положительная реакция Вассермана и осадочные реакции. Видимых проявлений сифилиса нет. Ваши дальнейшие мероприятия в отношении данного лица?

17. У гражданки Х. трехкратное (каждые 10 дней) исследования на реакцию Вассермана давали положительные результаты. Видимых проявлений сифилиса нет. Заболеваний внутренних органов нет.

Ваши дальнейшие мероприятия по подтверждению, вероятно, скрытого сифилиса?

18. На прием явился больной с наличием на головке полового члена язвочки с гнойными выделениями. В анамнезе имел половую связь 4 недели тому назад с гражданкой В. При исследовании отделяемого язвочки, бледная спирохета не обнаружена.

Какова диагностическая тактика врача?

19. На прием пришел больной. У него явление баланопостита и фимоза. Из суженного отверстия препуциального мешка гнойные выделения. 5 недель назад имел случайную связь с незнакомой женщиной. До развития фимоза видел язвочку на головке полового члена.

Как можно установить диагноз заболевания?

20. У воспитательницы детского сада выявлен сифилис вторичной стадии, свежий. На слизистой полости рта мокнущие папулы.

Ваши профилактические мероприятия среди сотрудников и детей детсада?

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ИЗУЧЕНИЮ КУРСА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ (ДЛЯ СТУДЕНТОВ ЗАОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ)

ОСНОВЫ ДИАГНОСТИКИ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Диагностика кожных заболеваний, в том числе заболеваний слизистой оболочки рта, красной каймы губ, основывается, прежде всего, на результатах тщательного осмотра и исследования кожных покровов, и видимых слизистых оболочек. Контакт врача с больным начинается с выяснения жалоб больного. В зависимости от характера дерматоза больные предъявляют жалобы на зуд, жжение, боль, покалывание, чувство стягивания, которые могут даже при одном и том же заболевании иметь разную интенсивность у разных больных. Ряд заболеваний протекает без субъективных ощущений. Выясняя историю кожного заболевания, необходимо определить его длительность, а также причины, с которыми сам больной связывает его начало и обострение (стресс, охлаждение, прием лекарственных средств, определенных видов пищи, действие на кожу химических веществ, инсоляция и т.д.). Затем устанавливают характер течения дерматоза, склонность к рецидивам, в частности сезонность обострений и ремиссий, их длительность. Если больной уже подвергался лечению, то необходимо выяснить его характер и терапевтическую эффективность. Следует обращать внимание на действие воды, мыла на кожный процесс.

Собирая анамнез жизни в целях выявления роли внешних факторов в патогенезе дерматоза, следует обращать внимание на условия работы и быта больного, а также узнать о перенесенных заболеваниях, наличии кожных заболеваний у членов семьи больного и его кровных родственников, употреблении алкоголя и курении. Беседа с больным, надо стараться хотя бы в основных чертах определить состояние его нервной системы, в том числе реакцию на стрессовые ситуации, отношение к своему заболеванию и т.д.

Осмотр дерматологического больного следует проводить в теплом, хорошо освещенном помещении, желательно при рассеянном дневном свете. Для осмотра слизистой оболочки рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удается осушить от слюны осматриваемые участки слизистой оболочки рта.

Осматривать следует весь кожный покров, а не только высыпания, на которые указывает больной. В противном случае врач может не заметить не сопровождающиеся субъективными ощущениями изменения кожи, нередко имеющие важное диагностическое значение, например рубцы, пигментацию на месте бывших высыпаний и др.

Исследуя у больных морфологические элементы, необходимо обращать внимание на их распространенность, так как процесс может быть универсальным, захватывать весь кожный покров (эритродермия), сыпь может быть генерализованной или локальной, располагаться симметрично или асимметрично. Исследуя морфологические элементы, следует обратить внимание, имеется ли у больного один вид первичных элементов (мономорфная сыпь) или первичные элементы разнообразны (полиморфная сыпь). Важное диагностическое значение имеет расположение элементов по отношению друг к другу. Высыпания могут располагаться изолированно или группироваться, образуя фигуры в виде колец, дуг, линий и т.д. При расположении высыпаний отдельными небольшими группами говорят об их герпетиформности. Сыпь может иметь склонность к слиянию. Границы поражения могут быть четкими или расплывчатыми. Нередко диагностическое значение имеет локализация сыпи.

При изучении морфологических элементов необходимо прежде всего определить их цвет, очертания и форму, с помощью пальпации выяснить, возвышаются они над уровнем кожи или слизистой оболочки или нет. Следует определить их консистенцию (твердая или мягкая), глубину залегания (поверхностные или глубокие).

Рассматривая высыпания и расспрашивая больного, следует решить вопрос о течении каждого элемента: существует постоянно или периодически исчезает, каков вид его регрессии (рассасывание, шелушение, изъязвление, атрофия и др.), определяют ли элементы на своем месте рубец и какова его характеристика. Важное диагностическое значение имеет наличие изоморфной реакции (симптом Кебнера), проявляющейся возникновением свежих первичных элементов, свойственных данному заболеванию. Материалом для исследования в зависимости от характера заболевания служат чешуйки, волосы, ногтевые пластинки, содержимое пустул и пузырных элементов, отделяемое эрозий и язв, кровь больного и т.д.

При диагностике ряда заболеваний, важное значение имеют результаты исследования клеточного состава пузырной жидкости, цитологического исследования мазков-отпечатков, взятых с поверхности эрозий для обнаружения акантолитических клеток. Важное диагностическое значение при ряде дерматозов имеют данные общего клинического анализа крови.

К сожалению, далеко не всегда клинический осмотр больного позволяет точно поставить диагноз, хотя на первый взгляд это кажется парадоксальным, так как врач видит все элементы и нарушения на коже и слизистой оболочке рта у больного. Однако сложность дерматологии заключается, помимо всего прочего, и в том, что многие заболевания, несмотря на их разную этиологию и патогенез, проявляются весьма сходными, порой внешне идентичными высыпаниями. В этих случаях наряду с другими методами следует использовать гистологический метод исследования (биопсию). В последнее десятилетие для диагностики дерматозов, в патогенезе которых определенная роль принадлежит иммунным, в том числе аутоиммунным механизмам, используются иммунологические методы исследования, например непрямая и прямая иммунофлюоресценция. Первая из них выявляет циркулирующие антитела классов А, М и G,

вторая - фиксированные в тканях иммунные комплексы, содержащие эти же классы иммуноглобулинов, разные фракции комплемента, фибрин и т.д.

Для выявления повышенной чувствительности кожи к различным аллергенам ставят кожные пробы (тесты), а также *in vitro* реакции дегрануляции базофилов, бластной трансформации лимфоцитов и т.д. Различают аппликационные пробы, скарификационные, при которых повреждается эпидермис, а также интрадермальные (внутрикожные) тесты.

При обследовании больного дерматозом необходимо исследовать не только кожу, слизистую оболочку рта, но и весь организм в целом: центральную и периферическую нервную систему, включая дермографизм, определение болевой и температурной чувствительности, внутренние органы, кровеносную, эндокринную и сердечно-сосудистую системы, патология которых играет важную роль в патогенезе тех или иных дерматозов, обмен веществ. В связи с этим в дерматологии в настоящее время применяются все современные методы исследования.

Кожные заболевания независимо от их локализации (кожа или слизистые оболочки), сочетания с изменениями внутренних органов, нервной, эндокринной систем проявляются, прежде всего, различными в зависимости от характера заболевания, стадии процесса сыпями. Практика и результаты многочисленных научных исследований подтверждают важную мысль: нет отдельно «больной кожи». Дерматологический пациент – это человек, у которого имеется масса соматических, терапевтических проблем, а кожный синдром является доминирующим.

"Кожа – это зеркало, в котором отражаются болезни всего организма".

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

I. Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество больного.

Возраст.

Пол.

Место работы, профессия или должность

Домашний адрес.

Дата и время поступления

II. Анамнез заболевания

1. Жалобы больного при поступлении

2. Начало и развитие заболевания.

Начало заболевания (время, первоначальная локализация поражения кожи, условия и характер высыпаний). Причина (по мнению больного), спровоцировавшая возникновение и развитие данного заболевания.

3. Течение заболевания.

Дальнейшее развитие болезненного процесса, проявление рецидивов и обострений (уточнить их общее количество, частоту, характер, тяжесть и продолжительность). При этом более детально описывается последний рецидив (обострение) заболевания.

4. Далее в анамнезе необходимо подробно отразить данные о предшествующем лечении с указанием средств и методов общей и наружной терапии, последовательно применявшейся больному, отметив ее эффективность и переносимость. Особенно подробно при этом нужно выяснить переносимость лечения, возможные побочные явления и обострения, возникавшие в прошлом на фоне применения тех или иных общих и наружных средств лечения.

5. Перенесенные болезни (инфекционные и соматические). Нет ли взаимосвязи с кожным заболеванием.

6. Перенесённые заболевания, в том числе венерические, туберкулез, нервно-психические (душевные), онкологические.

7. Аллергологический анамнез.

8. Гинекологический и акушерский анамнез: овариально-менструальный цикл у женщин: начало (возраст) и течение (нормальное, нарушенное, климакс, менопауза); количество беременностей и их исходы (нормальные роды, выкидыши, преждевременные роды, мертворождения).

III. Эпиданамнез

При обнаружении у больного заразных кожных или венерических заболеваний собираются сведения о предполагаемом источнике заражения и контактах (половые, бытовые, связь заболевания с профессией, местом жительства, коллективом: школа, детский сад, дом ребенка и т.д.).

IV. Анамнез жизни

1. Семейное положение (женат, замужем, холост), состав семьи. Наличие у членов семьи подобного заболевания.

2. Условия жизни, труда и быта больного, санитарно-гигиеническая обстановка, характер выполняемой работы, общий трудовой стаж и стаж по данной профессии.

3. Характер реакции больного на внешние раздражения (реактивность). Взаимоотношения больного в семье и с сотрудниками по работе.

4. Продолжительность и характер сна у больного.

5. Вредные привычки.

V. Данные объективного обследования

1. Общий вид больного (телосложение), питание (нормальное, повышенное, пониженное); состояние кожи вне очагов поражения; пото-салоотделение (повышено, понижено, в норме); состояние придатков кожи (волос, ногтей); слизистых оболочек, подкожно-жировой клетчатки; лимфоузлов, костно-мышечного аппарата.

2. Внутренние органы: сердечно-сосудистая система, органы дыхания, пищеварительная, мочеполовая и эндокринная системы.

3. Состояние нервной системы: чувствительность кожи (болевая, температурная, тактильная). Дермографизм: красный (в норме, стойкий), белый, смешанный. Пиломоторный рефлекс ("гусиная кожа") выражен (местный, общий), отсутствует.

При необходимости исследуются: состояние черепно-мозговых нервов; координация движений (сохранена, нарушена). Сухожильные рефлексы; реакция на свет; реакция на конвергенцию; конъюнктивальный и глоточный рефлексы.

VI. Характеристика кожных высыпаний (специальный статус)

1. Локализация (по областям кожного покрова).

2. Симметричность высыпаний: полная, относительная, отсутствует.

3. Характер высыпаний: очаговый, очагово-сливной, диффузный, генерализованный, универсальный, монотипный, полиморфный.

4. Границы очагов поражения: четкие, ступенчатые, ровные (гладкие), либо крупно- или мелкофестончатые (зазубренные).

5. Характеристика изменений в очагах: степень гиперемии, отек, инфильтрации.

Далее проводится подробное описание:

а) первичных морфологических элементов: размеры, форма: округлая, полигональная, неправильная; характер сыпи: воспалительный, невоспалительный; поверхность: плоская, полушаровидная, коническая, с западением в центре, бородавчатая, бугристая; окружающий (перифокальный) фон кожи: неизменённый, воспалительный, гиперпигментированный;

б) динамика развития высыпаний: перифокальный рост отсутствует, ограниченный, неограниченный (склонность к слиянию);

в) описание вторичных морфологических элементов: вторичные пятна, чешуйки, корки (количество, размеры, толщина, цвет, степень прилегания к коже); интенсивность и характер шелушения: отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое, листовидное; степень влажности чешуек, цвет; эрозии и эксфолиации: размеры, форма, цвет, степень мокнутия, чувствительность; язвы: величина, форма, консистенция дна и краев, окружающий фон, чувствительность, отделяемое (характер, количество); трещины: глубина, размеры, болезненность; рубцы: поверхность, консистенция, глубина залегания; цвет, форма; лихенизация;

г) исход кожных сыпей: бесследный, вторичная пигментация и депигментация, рубцевидная атрофия, рубцы.

6. Субъективные ощущения: зуд, болезненность, жжение и т.д.; беспокоят постоянно, периодически; усиливаются в ночное время; выражены слабо, умеренно, значительно (резко).

VII. Лабораторные исследования

1. Обязательные:

Общий анализ мочи и крови, анализ кала на яйца глистов, реакция Вассермана; исследование крови ИФА на СПИД, гепатит С, HBS-антиген.

2. По показаниям:

Биохимические исследования;

Анализ желудочного содержимого, дуоденальное зондирование с анализом желчи.

Исследование на клетки пузырчатки, микроспория содержимого пузырьков, пузырей, пустул на флору и клеточный состав;

Определение чувствительности флоры к антибиотикам;

Исследование на клетки красной волчанки;

Исследование на грибковую флору;

VIII. Диагноз

Обоснование диагноза.

Дифференциальный диагноз.

3. Развернутый окончательный клинический диагноз (в русской и латинской транскрипции).

IX. Лечение:

а) общее лечение;

б) наружное лечение.

X. Профилактика.

XI. Прогноз.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Местная терапия кожных заболеваний представляет собой, в известной мере, общее воздействие на организм пациента. Перед назначением местных лекарственных средств необходимо очистить кожу в очагах от чешуек, корок, остатков лекарственных препаратов, применяемых ранее.

При выборе форм лекарственных средств нужно учитывать степень распространения болезненного процесса, его локализацию, стадию заболевания, характер и глубину воспалительного процесса, анамнестические данные в отношении переносимости различных видов и средств местной терапии.

При острой и подострой стадиях воспаления кожи пользуются примочками, взбалтываемыми смесями, пастами, когда содержащиеся в них медикаменты действуют поверхностно. При хронических и глубоких процессах нужно предпочитать мази и компрессы, которые действуют на более глубокие слои кожи. Имеет значение и концентрация медикамента, включенного в лекарственную форму. Следует также строго придерживаться правила: на мокнущие очаги поражения не применять присыпки и мази. Присыпка вместе с серозной жидкостью очага создает тестообразный слой, который,

высыхая, образует плотные корки, под которыми размножаются гноеродные микробы, что приводит к обострению течения заболевания. Под слоем мази на мокнущем участке создаются аналогичные условия, которые приводят к усилению воспалительного процесса. Перед тем как применить то или иное наружное лекарственное средство, следует очистить очаг поражения от гноя, корок, чешуек и т.д. Однако насильственно эти элементы удалять нельзя. Такие участки обильно смачивают стерильным вазелиновым, подсолнечным или другим маслом, после чего через 15-20 минут повторно обрабатывают очаг или оставляют повязку на более длительное время. Загрязненные эрозии или язвы обрабатывают 3% раствором перекиси водорода. Кожу вокруг очагов поражения при пиодермиях и других инфекционных дерматозах протирают 2% салициловым или борным спиртом.

Пудры - порошкообразные вещества, которые применяют в виде присыпок. Минеральные порошкообразные вещества (окись цинка, тальк) и органические (крахмал) смешивают между собой в различных соотношениях. Их обозначают как индифферентные присыпки.

Действие. Подсушивающее, обезжиривающее, охлаждающее, сосудосуживающее.

Применение. Острые и подострые дерматиты без мокнутия, при повышенной потливости и усиленном салоотделении. Для лечения эрозий и язв в состав присыпок вводят сульфаниламиды, ксероформ, дерматол. При наличии признаков пиодермии к ним добавляют антимикробные вещества (висмут, дерматол, сульфаниламиды), для усиления противозудного эффекта - ментол, анестезин. Для получения жирных присыпок добавляют нафталанскую нефть. Крахмал следует исключить из присыпок при повышенной потливости, особенно в кожных складках (вызывает брожение).

Растворы – жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения в дистиллированной воде (реже в этиловом спирте) твердого или жидкого лекарственного вещества.

Примочки. Для примочек назначают в виде растворов противовоспалительные, вяжущие, дезинфицирующие вещества.

Действие. Охлаждающее, противовоспалительное, дезинфицирующее, вяжущее.

Применение. Острое воспаление кожи с мокнутием или без явлений экссудации (ограниченные экземы, острые дерматиты и т.д.) для уменьшения мокнутия, отека, жжения, зуда в участках поражения. Обычно примочки применяют на ограниченные участки поражения несколько раз в день (1-3 дня) до уменьшения мокнутия (островоспалительные явления). При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появиться трещины. При затяжных процессах рекомендуется менять состав примочек. У грудных детей примочки желательно не применять.

Способ применения: охлажденными лекарственными растворами, предварительно налитыми в почкообразный тазик или чистую тарелку, смачивают марлю (4-6 слоев) или мягкую ткань, отжимают их и накладывают на пораженный мокнущий участок. Примочки меняют через 5-15 минут (по мере согревания и высыхания) в течение 1-1,5 часов; всю процедуру повторяют несколько раз в сутки.

Влажно-высыхающие повязки. Такую повязку готовят по тому же принципу, что и примочку, но слоев марли больше (8-12) и меняют повязку значительно реже (через 1 час и более), по мере высыхания. Сверху влажно-высыхающую повязку покрывают тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывают. Эти повязки способствуют стиханию симптомов острого воспаления, так как медленно испаряющаяся жидкость вызывает охлаждение кожи (однако менее активно, чем примочка).

Взбалтываемые взвеси - мельчайшие порошкообразные вещества, взвешенные в воде; воде и глицерине; воде, глицерине и этиловом спирте. Перед применением взвесь тщательно взбалтывают («болтушка») и наливают в почкообразный тазик или чистую тарелку и наносят на пораженные участки ватно-марлевым тампоном. Взбалтываемая взвесь состоит из 30-40% порошковых веществ (цинк, тальк, крахмал) и 60-70% жидкости

(вода, вода и глицерин, глицерин и спирт). После испарения воды нанесенные на кожу порошки остаются на ней тонким слоем. Глицерин их удерживает на коже в течение многих часов. Спирт способствует ускорению испарения воды с поверхности очагов поражения. К этой лекарственной форме можно добавлять другие лекарственные препараты ихтиол, анестезин, серу и др. В качестве местного противовоспалительного средства используют масляные взбалтываемые взвеси (линименты), которые состоят из окиси цинка (30%) и растительных масел (70%).

Действие водных взбалтываемых взвесей: противовоспалительное, подсушивающее, противозудное; масляных взвесей противовоспалительное, смягчающее, отшелушивающее.

Применение. При острых и подострых поражениях кожи без мокнутия (дерматиты, аллергические сыпи и т.д.). Взбалтываемые взвеси можно применять без наложения повязок.

Аэрозоли - дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики, антимикотики и выпускаются в специальных герметичных баллонах с клапанном устройством.

Действие. По механизму действия близки к взбалтываемым взвесям. Применение. Различной степени воспаления кожи, в том числе сопровождающиеся мокнутием, пиодермией, осложненные воспалением микозы.

Мази - лекарственная форма, основой которой является жир или жироподобное вещество. Применение мази прекращает дыхание кожи, вызывает некоторое повышение ее температуры, разрыхление поверхностных слоев и расширение сосудов на участках поражений, благодаря чему происходит всасывание активных веществ, содержащихся в этой лекарственной форме. В качестве основы применяют желтый вазелин и ланолин (поровну), очищенное свиное сало, растительные жиры, масла, нафталан, силиконовые соединения. В мазевые основы вводят серу, деготь, салициловую кислоту, нафталан, ихтиол, резорцин, при пиодермических наложениях - антибиотики, учитывая возможность сенсibilизации.

Действие. В небольших концентрациях (до 3%), например, салициловая кислота, резорцин, введенные в мазевую основу, вызывают кератопластический эффект (отшелушивающий, эпителизирующий, противовоспалительный, легкий рассасывающий); в больших концентрациях (3-5% и более) - кератолитический (отшелушивающий, отслаивающий, выраженный, рассасывающий).

Применение. При хронических, подострых, воспалительных заболеваниях, при наличии в коже воспалительного инфильтрата неинфекционного характера и выраженном шелушении (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, хроническая экзема, ихтиоз, гиперкератозы и пр.) при лечении грибковых и паразитарных заболеваний кожи, для ее смягчения и с другими целями (снятия гиперкератоза).

Мази применяют путем смазываний, втираний, повязок, компрессов (под вощеную бумагу).

Кремы отличаются от мазей содержанием воды в жировой основе. Если частицы воды окружены маслом (вода в масле), то образуется жирная мазь (крем), если наоборот (масло в воде), то образуется нежирная эмульсионная мазь (крем). Чаще применяют крем, состоящий из равных частей ланолина (животный жир), вазелина (или растительного масла) и воды.

Нередко в качестве основы для патентованных кремов применяют синтетические жироподобные вещества - производные целлюлозы, этиленоксидов и др. В кремы часто вводят противозудные (димедрол, ментол), отшелушивающие (салициловая кислота) вещества, мочевины, витамины А, Е, кортикостероиды и другие средства.

Действие. При нанесении кремов кожа смягчается и увлажняется, очищается от чешуек, корочек, при этом сохраняется её дыхание, проявляется охлаждающий, сосудосуживающий, противовоспалительный эффекты.

Применение. При сухой шелушащейся коже, трещинах, подострых дерматитах (экземах), зудящих дерматозах, некоторых инфильтративно-десквамативных (псориаз, нейродермиты, ихтиоз) и других дерматозах.

Лаки используют в дерматологии в виде эластического коллоидия с 10 % касторовым маслом или травмацитином (каучук в хлороформе). В основу вводят салициловую, карболовую, молочную кислоты, резорцин, деготь и другие вещества. Лак застывает на коже в виде тонкой пленки; вещества, содержащиеся в нем, глубоко проникают в кожу, он удаляется бензином.

Действие. Кератолитическое, отслаивающее, фунгицидное, антипаразитарное.

Применение: для лечения ороговелостей, бородавок, ногтевых пластинок при онихомикозах, при бляшечном псориазе, для отслойки рогового слоя.

Пластыри. Основа пластыря - воск или канифоль, обеспечивающие его густую и липкую консистенцию. Вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой и уксусной кислот, окись свинца и др.

Действие. Активное рассасывающее, отслаивающее, разрыхляющее, дезинфицирующее, фунгицидное в зависимости от вводимых веществ.

Применение: для удаления ороговелостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, при трихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая, ограниченном нейродермите, гнойно-воспалительных процессах в коже. Перед применением пластырь нагревают, очаг предварительно протирают спиртом (бензином). Меняют пластырь 1 раз в 2 дня.

АНАТОМИЯ И ГИСТОЛОГИЯ КОЖИ

Кожа состоит из трех слоев – эпидермиса, дермы и гиподермы.

Эпидермис состоит из многослойного плоского эпителия, составляющие его клетки – кератиноциты являются производными эктодермы, по мере дифференцировки продвигаются от базальной мембраны к поверхности кожи. Состоит из 5 слоев: базального, шиповатого, зернистого, блестящего, рогового.

Базальный слой – 1 ряд цилиндрических клеток с базофильными ядрами, цитоплазмой, рибосомами и пучками тонофиламентов. Между собой клетки соединены десмосомами. Базальные клетки синтезируют нерастворимый протеин, из которых формируется цитоскелет кератиноцитов.

Шиповатый слой (stratum spinosum) состоит из 5-6 рядов полигональных клеток, также связанных между собой десмосомами. Содержат каналцы цитоплазматической сети, меланосомы. Базальный и шиповатый слои называют мальпигиевым. За счет этих слоев происходит регенерация эпидермиса.

Зернистый слой (stratum granulosum) имеет кубическую, а ближе к поверхности кожи ромбовидную форму. В нижних рядах зернистого слоя происходит биосинтез филагрина – основного белка кератогиалиновых волокон. Он обладает способностью вызывать агрегацию кератиновых фибрилл, образуя кератин роговых чешуек.

Блестящий слой (stratum lucidum). Состоит из 3-4 рядов вытянутых по форме, содержащих элаидин клеток, из которых образуется кератин. В большей мере содержится на ладонях и подошвах.

Роговой слой (stratum corneum) образован безъядерными клетками – роговыми пластинками, которые содержат нерастворимый белок кератин, клетки соединяются десмосомами. В поверхностной зоне рогового слоя десмосомы разрушаются и роговые чешуйки легко отторгаются.

Среди клеток базального слоя располагаются меланоциты, которые синтезируют меланин. Меланин накапливается в базальных кератиноцитах над апикальной частью ядра, образуя защитный слой от ультрафиолетового и радиоактивного излучения.

Эпидермис отделен от дермы базальной мембраной - эластической опорой, прочно связывающий эпителий с коллагеновыми волокнами дермы и препятствующий росту эпидермиса в дерму.

Дерма – соединительно-тканная часть кожи – состоит из трех компонентов: волокон, основного вещества и немногочисленных клеток. Дерма является опорой для придатков кожи и состоит из двух слоев: сосочкового и сетчатого.

Сосочковый слой (stratum papillare) состоит из коллагеновых, эластических и ретикулярных волокон, залегающих между эпителиальными гребнями шиповатых клеток.

Сетчатый слой (stratum reticulare) – строма его состоит из пучков толстых коллагеновых волокон, расположенных параллельно коже.

В дерме находятся гистиоциты, накапливающие гемосидерин, меланин, тучные клетки (тканевые базофилы).

Гиподерма – подкожная жировая клетчатка. Состоит из рыхлой сети коллагеновых, эластических и ретикулярных волокон, в петлях которых располагаются дольки жировой ткани.

Строение волосяных фолликулов, ногтевых пластинок, особенности кровоснабжения и иннервации кожи – смотреть соответствующие разделы учебника по кожным и венерическим болезням.

Патоморфология (патогистология) кожи

Патогистологические процессы в эпидермисе:

1. Процессы, связанные с изменением эпидермальной кинетики – гиперкератоз, гранулез, акантоз.
2. Процессы, связанные с нарушением дифференцировки клеток эпидермиса – паракератоз, дискератоз.
3. Процессы, связанные с нарушением эпидермальных связей – акантолиз, баллонирующая и вакуолярная дистрофия, спонгиоз.

Гиперкератоз – утолщение рогового слоя эпидермиса, являющееся следствием избыточного содержания кератина. Бывает пролиферативный гиперкератоз (ПГ) и ретенционный гиперкератоз (РГ).

ПГ – повышенное функционирование клеток эпидермиса на фоне утолщения зернистого и шиповатого слоев (красный плоский лишай, нейродермит).

РГ – за счет замедления процессов отшелушивания клеток рогового слоя за счет повышения содержания в роговом слое гликозамингликанов, затрудняющих разъединение роговых клеток и их физиологическое отторжение. Зернистый слой тонкий или вовсе отсутствует (вульгарный ихтиоз).

Гранулез – утолщение зернистого слоя, в котором насчитывают не 1-2, а 5 и более рядов клеток. Гранулез сопровождает ПГ.

Акантоз – утолщение шиповатого слоя в результате повышения скорости пролиферации кератиноцитов базального и супрабазальных слоев эпидермиса с повышением в них митотической активности. Акантоз может быть умеренно выраженным (экзема, красный плоский лишай) и неравномерным с резким увеличением количества рядов шиповатых клеток между сосочками дермы.

Паракератоз – нарушение процесса ороговения с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин, в результате чего происходит неполное ороговение клеток эпидермиса. Зернистый слой часто отсутствует или недоразвит. В основе паракератоза лежит нарушение соотношения между пролиферативной активностью и дифференцировкой клеток эпидермиса в связи с нарушением тканевого гомеостаза.

Дискератоз – преждевременное автономное ороговение отдельных кератиноцитов, которые становятся более крупными с интенсивно окрашенными ядрами и базофильной цитоплазмой. В основе дискератоза лежит нарушение комплекса тонофиламенты - десмосомы. Дальнейшее уплотнение и уменьшение количества кератина в этих клетках приводит к образованию зерен. Дискератоз наблюдается при старческом кератозе, контагиозном моллюске и раке кожи (злокачественный дискератоз).

Акантолиз – процесс утраты связи между кератиноцитами шиповатого слоя вследствие повреждения их десмосомо-тонофиламентных контактов. Это приводит к образованию внутриэпидермальных полостей (акантолитических пузырей), заполненных межклеточной жидкостью. Клетки шиповатого слоя, потерявшие между собой связь в результате акантолиза, называются акантолитическими клетками (клетки Тцанка). Они имеют округлую форму, крупное ядро и узкий ободок цитоплазмы. Акантолиз – типичный процесс для пузырьчатки, при которой он развивается в результате аутоиммунной реакции с отложением иммунных комплексов с антителами против структур клеточных мембран, разрушающих межклеточные связи.

Спонгиоз – межклеточный отек в результате проникновения серозного экссудата из расширенных сосудов сосочкового слоя в эпидермис. При этом клетки раздвигаются, их межклеточные связи напрягаются и рвутся (вторичная потеря связи между кератиноцитами) на ограниченных участках, отчего часть клеток погибает и образуются микрополости – спонгиозические пузырьки. Возможно слияние мелких полостей в более крупные и проникновение воспалительных клеток в эпидермис с образованием спонгиозических пустул. Спонгиоз, или межклеточный отек шиповидного слоя, начинается с расширения межклеточных канальцев, которые заполняются поступающим из дермы экссудатом. Происходят отек клеток шиповатого слоя, их вакуольная дегенерация, некроз отдельных клеток и другие процессы, уменьшающие прочность связи клеток шиповатого слоя. Экссудат оказывает на клетки шиповатого слоя все возрастающее давление, растягивает, а затем и разрывает межклеточные связи, заполняя образующиеся полости. Спонгиоз характерен для экземы, аллергического дерматита.

Вакуольная дистрофия – внутриклеточный отек кератиноцитов с образованием в их цитоплазме вакуолей. Вакуолизация и гибель клеток базального слоя наблюдаются при красной волчанке, вирусных поражениях при герпесе.

Баллонирующая дистрофия – резко выраженный отек эпидермиса, имеющий как межклеточный, так и внутриклеточный характер. В результате отека кератиноциты в виде крупных округлых дистрофически измененных клеток типа шаровидных образований свободно плавают в заполненных серозно-фиброзным экссудатом полостях и напоминают баллоны, заполненные жидкостью. Наблюдаются при герпесе (простой, опоясывающий). Вакуольная дегенерация - это скопление жидкости внутри клеток базального и шиповатого слоев, разрушающее клетки и приводящее к образованию пузырьков. Причиной вакуольной дегенерации принято считать дегенеративные процессы в цитоплазме этих клеток. Баллонирующая дегенерация начинается с очаговых изменений клеток шиповатого слоя, которые округляются и увеличиваются в размере из-за скопления в них жидкости, приобретая вид шаров или баллонов. В результате разъединения этих клеток формируются заполненные экссудатом небольшие полости, в которых свободно плавают напоминающие баллоны многоядерные крупные клетки.

Патологические процессы в дерме: папилломатоз, нарушение микроциркуляции в коже, отложение клеточных инфильтратов воспалительного или неопластического характера (гранулемы), дистрофия соединительной ткани.

Папилломатоз – удлинение, нередко с разветвлением, сосочков дермы, неравномерно приподнимающих над собой эпидермис. Является основой вторичного элемента – вегетации. Папилломатоз сочетается с межсосочковым акантозом, наблюдается при псориазе, обеспечивает третий псориазический феномен – точечного кровотечения.

Нарушения микроциркуляции кожи наблюдаются при ангиитах кожи, при экземе. Расширение сосудов, утолщение и повышение проницаемости их стенок, набухание клеток, что сопровождается образованием периваскулярных клеточных инфильтратов из лимфоцитов, гистиоцитов, тканевых базофилов.

Возможно формирование инфильтрата типа гранулемы в результате гранулематозного воспаления, в основе которого лежат иммунные нарушения. Появление гранулем связано с несостоятельностью мононуклеарных фагоцитов, которые не могут до конца переваривать возбудителя, и персистированием его в тканях (туберкулез, сифилис, лепра). Воспалительный процесс имеет при этих инфекциях ряд обязательных компонентов: альтерацию, экссудацию, пролиферацию, продуктивную реакцию гранулематозного характера с развитием коагуляционного некроза в очагах воспаления.

Клеточный состав гранулем: макрофаги, эпителиоидные клетки, гигантские клетки. По периферии этот конгломерат окружен валом из Т-лимфоцитов. В центре гранулемы часто возникает некроз. Гранулематозная реакция лежит в основе формирования бугорков.

Дистрофия соединительной ткани - мезенхимальные диспротеинозы, при которых нарушается белковый обмен в соединительной ткани дермы и стенках сосудов. К мезенхимальным дистрофиям относят мукоидное (МН) и фибриноидное набухание (ФН).

МН – начальная фаза дезорганизации коллагена и основного межклеточного вещества соединительной ткани, заключающаяся в их набухании вследствие накопления кислых мукополисахаридов. ФН характеризуется гомогенизацией и изменением свойств коллагена, при которой помимо гомогенизации выражен глыбчатый распад коллагена, превращающегося в фибрин. Наблюдается при красной волчанке (действие иммунных комплексов вызывает повреждение микроциркуляторного русла и деструкцию соединительной ткани с формированием фибрина).

ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ

Возникающие на коже, слизистых оболочках высыпания состоят из отдельных элементов, которые разделяются на первичные и вторичные.

Первичные морфологические элементы

Первичные элементы - это высыпания, возникающие на неизменной коже, красной кайме губ или слизистой оболочке рта, т.е. высыпания, с которых начинается заболевание, они не являются трансформацией уже существующих высыпаний. Вторичными элементами являются высыпания, развившиеся в результате трансформации или повреждения уже существующих элементов. Только знание элементов сыпи позволяет ориентироваться в обширной и вариабельной патологии кожи, слизистой оболочки рта и губ в сопоставлении клинической картины местных изменений с состоянием всего организма, факторами окружающей среды. Пятно - ограниченное изменение цвета кожи без заметного нарушения рельефа поверхности кожи.

В связи с различными причинами образования пятен цвет их разнообразен. Отличительной особенностью пятен является то, что они не ощущаются при пальпации. Различают сосудистые и дисхромические пятна, пятна в результате отложения в кожу или слизистую оболочку красящих веществ. Сосудистые пятна могут возникнуть в результате временного рефлекторного расширения кровеносных сосудов («эмоциональные пятна») и воспаления. Воспалительные пятна могут иметь различные оттенки воспалительной окраски. При давлении эти пятна всегда исчезают, но затем, после прекращения давления, появляются вновь. На слизистой оболочке рта такое давление следует проводить методом «витропрессии», т.е. надавливанием прозрачным стеклянным или пластмассовым шпателем. Множественные мелкие, размером до трехкопеечной монеты, пятна называют розеолой, крупные - эритемой.

Пятна, возникающие в результате стойкого расширения поверхностных сосудов или их новообразования, называют телеангиэктазиями. Они образованы тонкими нитевидными извилистыми анастомозирующими сосудами и обычно не исчезают при надавливании на них. Сосудистые пятна на коже и слизистых оболочках, возникающие в результате нарушения целостности сосудистой стенки (разрыв, повышение проницаемости), называются геморрагическими пятнами. Цвет таких пятен, не исчезающих при давлении на них, зависит от времени, прошедшего после кровоизлияния. Геморрагические пятна линейной формы называются вибицес. Как и у синяка, их цвет может быть красным, синевато-красным, зеленоватым, желтым и т.д. Эти пятна различны по величине: при точечных геморрагиях говорят о петехиях, при небольших круглых множественных кровоизлияниях - о пурпуре, при крупных кровоизлияниях — об экхимозах. Обычно все эти пятна исчезают бесследно. Однако в местах, где образуется пурпура, возможно образование через некоторое время поверхностного некроза с последующим эрозированием или изъязвлением.

Дисхромические пятна возникают в результате скопления (гиперпигментация) или, наоборот, уменьшения, а иногда и полного отсутствия (депигментация) пигмента на различных по величине участках кожи. Гиперпигментные пятна могут быть врожденными (невусы) и приобретенными (веснушки, хлоазма при беременности, печеночной патологии и т.д.). Депигментированные пятна также могут быть врожденными (частичный альбинизм) и приобретенными (витилиго).

Волдырь (*urtica*) представляет собой бесполое, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся резко отграниченное, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы. Волдыри образуются одномоментно или приступообразно с интервалом от десятка минут до 3 ч и затем бесследно исчезают. Цвет их обычно красный, но при резком отеке в результате сдавления кровеносных сосудов они приобретают белый цвет.

Пузырь (*bulla*) - полостное, возвышающееся, содержащее жидкость, размером от чечевицы до горошины и более образование, которое в зависимости от заболевания формируется внутри или подэпидермально. В пузыре различают покрывку, дно и содержимое, которое может быть прозрачным серозным или геморрагическим. Пузырь может иметь напряженную или дряблую покрывку. Покрывка пузыря может быть сравнительно толстой (когда он формируется под эпидермисом), и тогда даже на слизистой оболочке пузырь может существовать до нескольких дней; если же пузырь располагается внутри эпидермиса, он слегка куполообразно возвышается над кожей и имеет размер от булавочной головки до небольшой горошины. В дальнейшем пузырьки либо подсыхают с образованием корки, либо лопаются, и на их месте возникает мокнущая небольшая эрозия, находящаяся на уровне верхней части шиповатого или зернистого слоя. Пузырьки могут образовываться как на внешне не измененной коже, так и на гиперемированном и отечном основании. Отличают пузырьки от пузырей не только по величине, но и механизму образования. Пузырьки формируются в результате баллонизирующей и вакуольной дегенерации, причем последняя имеет, как правило, вирусную природу (герпес и др.), а также спонгиоза, являющегося характерным признаком экземы.

Гнойничок (*pustula*) представляет собой полостное, выступающее над окружающей кожей образование размером до горошины и более, наполненное гнойным содержимым. Гнойничок образуется в толще эпидермиса в результате гибели под влиянием инфекции эпителиальных клеток. Гнойно расплавляться может и сосочковый слой дермы, в результате чего образуется эпидермо-дермальная пустула, оставляющая после себя рубец. При локализации пустулы вокруг устья волосяного фолликула из центра гнойничка торчит волос. Причиной таких фолликулярных пустул обычно является

стафилококк. Одна из разновидностей пустул - дряблый пузырь, наполненный гноем (фликтена).

Узелок, или папула (papula), - бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, инфильтрат которого располагается не ниже верхней половины дермы и при разрешении не оставляет рубца и атрофии. Поверхность узелков может быть плоской, конусообразной или полушаровидной, очертания круглые или полигональные, они могут иметь различные цвет и консистенцию, что зависит от характера заболевания. Величина папул варьирует от размеров просяного зерна до чечевицы и более. Узелки при ряде заболеваний могут увеличиваться и сливаться, образуя бляшки, а на слизистой оболочке - поражение в виде колец, дуг, кружева и т.д. Особенностью узелков, возникающих на слизистой оболочке рта, является то, что они могут почти не возвышаться над окружающей поверхностью. На месте узелков длительное время может сохраняться пигментация.

Образование папул связано с различными патологическими процессами, происходящими в эпидермисе (эпителии) и дерме. Это гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез, папилломатоз, воспалительная инфильтрация верхней части дермы или собственно слизистой оболочки. Гиперкератоз - усиленное ороговение, ведущее к утолщению рогового слоя, появлению чешуек, плотно сидящих на подлежащем основании, он может возникать и за счет уменьшения (замедления) отторжения роговых масс. Если папула возникает только за счет изменений, происходящих в эпидермисе, как это бывает при бородавках, то она называется эпидермальной; если она возникает в результате изменений в эпидермисе и наличия инфильтратов в дерме, то ее называют эпидермо-дермальной, например, при красном плоском лишае, псориазе и при других заболеваниях; если же папула возникает только за счет инфильтрата в сосочковом слое дермы, например при сифилисе, то ее называют дермальной. Узелковые высыпания могут быть обусловлены дегенеративными изменениями соединительно-тканного слоя, а также различными отложениями в нем, например холестерина, амилоида и т.д.

Бугорок (tuberculum) - инфильтративный бесполостной, возвышающийся над окружающей поверхностью, полушаровидной или плоской формы, округлый, воспалительной окраски, разной консистенции, размером до горошины и больше элемент, инфильтрат которого располагается преимущественно в сетчатом слое дермы или соединительно-тканном слое слизистой оболочки. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Особенностью бугорков является то, что центральная их часть, а иногда и весь элемент претерпевают некроз, в результате которого бугорки либо изъязвляются с последующим рубцеванием, либо рассасываются, оставляя на своем месте рубцовую атрофию. На слизистой оболочке рта бугорки обычно довольно быстро изъязвляются. Бугорки обычно образуются на ограниченных участках кожи и слизистых оболочек, при этом они либо группируются, располагаясь близко друг к другу, либо сливаются, образуя сплошной, резко отграниченный, разной величины инфильтрат. Бугорковые высыпания являются первичными элементами при третичном сифилисе, туберкулезной волчанке, лепре и др.

Узел (nodus) представляет собой ограниченное разной плотности образование, возникающее в подкожной жировой клетчатке или подслизистом слое слизистой оболочки, размером от горошины до куриного яйца, которое вначале прощупывается в толще кожи или слизистой оболочки, а затем возвышается над окружающими тканями. Образование узлов может быть следствием воспалительного процесса, опухолевого роста как злокачественного, так и доброкачественного и результатом отложения в толще кожи кальция, холестерина и др.

Воспалительные узлы, формирующиеся за счет неспецифической и специфической (туберкулез, сифилис, лепра и др.) инфильтрации тканей, характеризуются довольно быстрым увеличением, особенно при остром воспалении кожи или слизистой оболочки над

ними. В зависимости от заболевания инфильтрат, образующий узел, либо рассасывается (узловатый васкулит и т.д.), либо некротизируется (гумма и т.д.), либо гнойно расплавляется (гидраденит и т.д.). Образовавшиеся на месте узлов язвы заживают, образуя рубец.

Вторичные морфологические элементы

Вторичные морфологические элементы – результат разрешения (эволюции) элементов первичных. Пигментация и депигментация (pigmentatio, depigmentatio) могут образоваться на месте любого элемента в результате временного скопления или исчезновения пигмента - меланина. Кроме того, пигментация может возникнуть в результате отложения в коже гемосидерина при повреждении стенок сосудов.

Чешуйка (squama) возникает в результате гипер- и паракератоза. Их образование клинически проявляется в виде большего, чем в норме, шелушения. Чешуйки бывают разного цвета и величины, в связи с этим различают шелушение муковидное, отрубевидное и пластинчатое; в тех случаях, когда чешуйки отторгаются пластами, говорят об эксфолиативном шелушении. Чешуйки представляют собой отторгающиеся верхние ряды клеток рогового слоя. На слизистой оболочке рта такое отторжение, как бы шелушение верхних рядов шиповатого слоя, наблюдается лишь при мягкой лейкоплакии.

При слиянии эрозий могут образовываться обширные **эрозивные поверхности** с самыми разными очертаниями. При длительном существовании эрозии на слизистой оболочке рта ее края могут отекают и даже инфильтрироваться. В этом случае трудно бывает отличить эрозию от язвы, и иногда этот вопрос решается после исхода элемента, так как на месте язвы всегда остается рубец. На слизистой оболочке рта и губах, реже коже при некоторых патологических процессах эрозивные поверхности образуются без предшествующего им пузыря, например эрозивные папулы при сифилисе, эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая и красной волчанки. Образование таких эрозий фактически является следствием травматизации легко ранимой воспаленной слизистой оболочки или кожи. В результате травмы нарушается целостность отечного, часто мацерированного эпителия. От эрозии следует отличать так называемую травматическую эрозию, или ссадину (excoriatio), возникающую в результате каких-либо механических повреждений (например протезом, разрушенным зубом) нормальной слизистой оболочки. На коже экскориации чаще всего возникают в результате расчесов при зудящих заболеваниях, они обычно покрываются черновато-бурыми кровянистыми корками и бывают линейными, глубокими или биопсирующими. Экскориации являются ведущим и часто единственным симптомом патомимии.

Язва (ulcus) - дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы как минимум в пределах дермы или соединительного слоя слизистой оболочки. Поэтому язва всегда заживает с образованием рубца. Язвы возникают в основном в результате распада (некроза), гнойного расплавления (абсцедирования) узлов и бугорков. Кроме того, язвы могут возникать в результате изъязвления эрозии или нарушения трофики тканей с последующим их некрозом (трофические язвы). В язвах различают края и дно. Размеры язв, их глубина, контуры, характер краев и основания, воспаления различны и определяются дерматозом, в результате которого они возникают. Так, язвы, возникающие на месте бугорков, если они не сливаются между собой, обычно не превышают в диаметре 3 – 4 см, язвы же на месте узлов крупнее и значительно глубже. Края язвы могут быть подрытыми и нависающими над дном, отвесными и «блюдеобразными», когда образованию язвы предшествует эрозия. Края и дно язвы могут быть мягкими или плотными, кроме того, дно язвы может быть покрыто гнойным налетом, некротическими массами, сосочковыми разрастаниями, оно может кровоточить при легкой травматизации поверхности. Глубокие язвы могут достигать до кости и даже разрушать ее. При осмотре язвы следует обращать внимание не только на ее форму, величину и

глубину. Края язвы, нередко сохраняющие остатки основного патологического процесса, ее дно и характер отделяемого почти всегда позволяют судить о процессе, который привел к образованию язвы.

Трещина (ragades) возникает в результате потери эластичности кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ на местах длительно существующей инфильтрации тканей. Трещины, имеющие вид линейных надрывов, чаще всего возникают на местах, подвергающихся растяжению: в кожных складках, углах рта и т.д. Если трещина достаточно глубока и захватывает дерму, то на ее месте остается рубец, как, например, это бывает с трещинами вокруг рта при раннем врожденном сифилисе.

Корка (crusta) - ссохшийся экссудат. Образуется в результате засыхания содержимого пузырей нередко вместе с их покрывкой, а также на поверхности эрозий и язв. В связи с этим корка либо как бы наслаивается на поверхность кожи, либо частично погружена в кожу и лишь верхняя ее часть выступает над поверхностью кожи. Недавно образовавшиеся корки имеют обычно мягкую консистенцию и довольно легко отделяются от подлежащей ткани, обнажая эрозию или язву. Длительно существующие корки уплотняются и плотно спаиваются с подлежащей тканью. Цвет корок зависит от характера экссудата. Если сохнет серозный экссудат, то формируются серовато-желтые, а при серозно-гнойном - медово-желтые корки, гнойный экссудат ведет к образованию грязно-серых или зеленовато-желтых корок, геморрагический - кровянисто-бурых.

Рубец (cicatrix) представляет собой новообразованную ткань, развивающуюся после и на месте разрушения дермы или соединительно-тканного слоя слизистой оболочки. Рубец состоит в основном из коллагеновых волокон, эластических волокон в нем нет. Эпителиальный пласт на поверхности рубца истончен, дермальные сосочки и эпителиальные выросты отсутствуют, количество сосудов и нервных окончаний значительно уменьшено, отсутствуют железы, а в рубцах на коже и волосные фолликулы. Обычно поверхность рубца гладкая, ровная, без кожного рисунка. Свежие рубцы имеют розовый цвет, позднее они бледнеют и становятся белыми. Но иногда рубцы бывают и гиперпигментированными. При ряде заболеваний рубцы имеют неровную поверхность, бахромчатые сосочки, перемычки, небольшие карманы. Размеры рубцов определяются площадью повреждения тканей, их очертания могут быть различными. Чаще рубцы на коже и слизистых оболочках бывают мягкими, тонкими, располагающимися на уровне окружающей кожи или слизистой оболочки или чуть западающими ниже ее уровня, иногда они спаиваются с подлежащими тканями. Реже рубцы бывают плотными, толстыми, возвышающимися над окружающими тканями. Это так называемые гипертрофические рубцы, или келоиды. Следует отметить возможность развития у некоторых лиц спонтанных келоидов, возникающих без каких-либо видимых причин на клинически неизменной коже.

Если рубцовая ткань образуется при разрешении очагов поражения без предварительного изъязвления, то образуется рубцовая атрофия: кожа или слизистая оболочка выглядят истонченными, сквозь них просвечивают сосуды, эти участки легко собираются в тонкие складки. Следует отметить, что рубцовые изменения на красной кайме губ клинически могут быть почти не заметны.

Диагностическое значение рубцов велико, так как рубцы, образующиеся при многих дерматозах и сифилисе, имеют весьма характерный вид, позволяющий даже спустя многие годы после их образования с достаточной точностью судить о причинах их возникновения.

Вегетации (vegetatio) возникают в результате разрастания сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия, особенно межсосочковых эпителиальных отростков. Вегетации представляют собой мягкие разрастания, напоминающие внешне петушиные гребни или цветную капусту. Поверхность вегетации либо сухая, пепельно-серая, либо эрозирована, красная, отделяющая часто большое

количество серозного или серозно-гнойного экссудата. Vegetации чаще образуются на поверхности эрозий и папул, но могут возникать и первично (остроконечные кондиломы).

Лихенизация (lichenificatio) - изменение кожи, красной каймы губ, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя и акантозом. В результате становится резко выраженным кожный рисунок. Такая кожа или красная кайма неярко гиперемирована, уплотнена, сухая, шелушится. Лихенизация возникает в результате слияния папул или наличия хронического воспалительного инфильтрата и, как правило, сопровождается сильным зудом.

Функции кожи

Обменная функция кожи объединяет секреторную, экскреторную, резорбционную и дыхательную активность.

Кожа участвует в обмене углеводов, белков, липидов, воды, минеральных веществ и витаминов. По интенсивности водного, минерального и углекислого обмена кожа лишь немного уступает печени и мышцам. Она накапливает и отдает большое количество воды. Процессы метаболизма и кислотно-щелочного равновесия зависят от питания человека (при злоупотреблении кислой пищей в коже уменьшается содержание натрия) и других факторов. Кожа и подкожная жировая клетчатка - мощные депо питательных веществ, расходующихся в период голодания.

Секреторная функция осуществляется сальными и потовыми железами. Кожное сало - сложное по составу жировое вещество полужидкой консистенции, в состав которого входят свободные низшие и высшие жирные кислоты, связанные жирные кислоты в виде эфиров холестерина и других стеаринов и высокомолекулярных алифатических алкоholes и глицерина, небольшие количества углеводов, свободного холестерина, следы азотистых и фосфорных соединений. Стерилизующее действие кожного сала обусловлено значительным содержанием в нём свободных жирных кислот. Функция сальных желёз регулируется нервной системой, а также гормонами эндокринных желёз (половых, гипофиза и коры надпочечников). На поверхности кожи кожное сало, смешиваясь с потом, образует тонкую плёнку водно-жировой эмульсии, играющей важную роль в поддержании нормального физиологического состояния кожи.

Экскреторная функция осуществляется секрецией потовых и сальных желёз. Количество выделяемых ими органических и неорганических веществ, продуктов минерального обмена, углеводов, витаминов, гормонов, ферментов, микроэлементов и воды зависит от пола, возраста, топографических особенностей кожи. При недостаточности функции печени или почек выделение через кожу таких веществ, которые обычно удаляются с мочой (ацетон, желчные пигменты и др.) увеличивается.

Резорбционная функция кожи. Кожа является многослойной оболочкой с тремя анатомически различаемыми слоями: роговым слоем, толщиной 10 мкм, ростковым (мальпигиевым) слоем, толщиной 100 мкм, и сосочковым слоем дермы, толщиной 100-200 мкм; каждый из них имеет различные константы диффузии. Многие химические вещества проникают в кожу через относительно непроницаемый роговой слой (трансдермальный путь) и остаются в нём на длительное время. Некоторые химические вещества с малыми размерами молекул могут проникать внутрь через волосяные фолликулы, а также выводные протоки сальных и потовых желёз. Существенное повышение проницаемости кожи происходит после ее обработки органическими растворителями (ацетоном, хлороформом и т.д.), которые приводят к местному уменьшению количества липидов. При контакте кожи с водой не только удаляется часть липидной мантии, но и изменяются барьерные функции кожи в результате ее гидратации, что также ведет к увеличению ее проницаемости. Существенно влияет на проницаемость состав химического вещества. Лучше проникают через кожу жиры и растворенные в них вещества.

Проницаемость кожи меняется и при развитии дерматозов; вещества, ранее не проникавшие через роговой слой интактной кожи, начинают свободно преодолевать этот

барьер. Что касается доставки лекарственных препаратов трансдермальным путем, то его преимущество перед введением их через рот или парентерально обусловлено тем, что такой путь не зависит от величины рН, содержимого желудка, времени после приема пищи и т.д. Лекарственный препарат при таком методе введения может быть доставлен непосредственно к пораженному органу, а его дозировка исключает большие колебания концентрации, как при парентеральном введении. Следует особо отметить, что большинство лекарств при парентеральном введении не обладает выраженной способностью накапливаться избирательно в коже, т.е. не являются дерматотропными. Попытки же повышения концентрации препарата в коже путем увеличения его парентеральных доз ведет к повышению частоты побочных эффектов. Местное применение лекарственных средств лишено подобных недостатков.

Дыхательная функция кожи заключается в поглощении кислорода из воздуха и выделении углекислого газа. Кожное дыхание усиливается при повышении температуры окружающей среды, во время физической работы, при пищеварении, развитии островоспалительных процессов в коже и т.д.; оно тесно связано с окислительно-восстановительными процессами и контролируется ферментами, деятельностью потовых желёз, богатых кровеносными сосудами и нервными волокнами.

Недостаточность кожи - состояние, связанное с тяжёлой потерей или нарушением функции кожи (по аналогии с недостаточностью других систем - сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печёночной и т.д.), заключается в потере нормального контроля за терморегуляцией, водно-электролитным и белковым балансом организма, потере механического, химического и микробного барьера. Она требует специального лечения как неотложное состояние и, помимо термических ожогов, может возникать при синдромах Лайелла и Стивенса-Джонсона, пустулёзном псориазе, эритродермии, вульгарной пузырчатке, реакции трансплантата против хозяина, буллёзном эпидермолизе.

Бактерицидные свойства кожи снижаются под влиянием загрязнений кожи, при переохлаждении, переутомлении организма, недостаточности половых желёз; они также снижены у больных кожными заболеваниями и у детей. В частности, у детей грудного возраста это обусловлено нежностью и рыхлостью рогового слоя эпидермиса, морфологической неполноценностью эластических и коллагеновых волокон, вследствие чего детская кожа легко подвергается механическим, радиационным, термическим и химическим раздражениям.

Выживанию патогенной микробной флоры на поверхности кожи при этом также способствует слабощелочная или нейтральная среда водно-липидной мантии с недостаточным количеством низкомолекулярных свободных жирных кислот. Проникновение микробов через верхние слои эпидермиса сопровождается миграцией лейкоцитов из сосудов и проникновением их в дерму и эпидермис с формированием защитной воспалительной реакции.

Иммунная функция кожи. Основными элементами иммунной системы кожи являются кератиноциты, клетки Лангерганса, эпидермальные Т-лимфоциты. Кератиноциты способствуют созреванию Т-лимфоцитов путем воздействия на них ферментом дезоксирибонуклеотидилтрансферазой. Большинство Т-лимфоцитов кожи человека располагаются в дерме, обычно вокруг посткапиллярных венул и придатков кожи. На долю внутриэпидермальных Т-лимфоцитов приходится менее 10%. Т-лимфоциты способны распознавать экзогенные и эндогенные антигены только после их представления антигенпредставляющими клетками Лангерганса, или вспомогательными клетками. Т-клетки распознают антиген только в единой структуре с ГКГ. Для распознавания Т-хелперными лимфоцитами (СВ4+) антиген должен предъявляться в комплексе с ГКГ II класса (НЬА-ВК, ВР, ВР), тогда как большинство Т-супрессорных лимфоцитов (СВ8+) распознают антиген в ассоциации с молекулами I класса ГКГ (НЬА-А, В, С). В процессе иммунного ответа на экзогенные или эндогенные антигены клетки Лангерганса,

вовлеченные в антигенную презентацию претерпевают фенотипические и функциональные изменения, покидают эпидермис и попадают в лимфатические сосуды дермы, а оттуда мигрируют в паракортикальный слой лимфатических узлов. На этой стадии клетки Лангерганса презентуют расположенный на их поверхности антиген – ГКГ-комплекс Т-клеточному антигенному рецептору на поверхности CD4+/CD8-или CD4-/CD8+ Т-клеток. Антигенспецифический Т-клеточный ответ заключается в образовании бластных форм эпидермальных Т-лимфоцитов, которые возвращаются в участки кожи, содержащие антиген. Иммунные нарушения играют патогенетическую роль при различных заболеваниях кожи, в том числе при буллезных дерматозах, аллергодерматозах.

ЭКЗЕМА

СТАДИИ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА

Эритема
Папулезная
Везикулезная
Стадия пустулизации
Мокнутия
Корочковая
Шелушения
Восстановления

Таблица 1

Характеристика контактных (простого и аллергического) дерматитов

Признаки	Контактный дерматит	
	простой	аллергический
Причина возникновения	Воздействие химических или физических факторов (механических, актинических и т.д.), не обязательно обладающих аллергизирующими свойствами	Контакт с веществами сенсibiliзирующего действия (аллергия)
Сила реакции	Зависит от концентрации, продолжительности действия раздражителя	Зависит от степени сенсibiliзации
Время появления	Непосредственно или вскоре после воздействия раздражителей	В течение первых 3-х месяцев контакта

Локализация	Непосредственно на месте нанесения раздражителя. Границы четкие	На месте нанесения аллергена, затем на отдельных участках. Границы нечеткие
Клиника	Поражение диффузное. Сыпь чаще мономорфная. Отек, мокнутие почти сплошное	Поражение очаговое, полиморфизм высыпаний. Отек, мокнутие по типу «серозных колодцев», нерезкое
Течение	Острое	Острое и подострое. Возможны рецидивы
Исход	Исчезает бесследно после устранения раздражителя	Исчезает при устранении аллергена, рецидивирует при контакте, может трансформироваться в экзему
Связь с внутренней соматической патологией	Нет	Могут быть другие аллергические заболевания и патология внутренних органов и нервной системы
Кожные пробы	Не ставятся	Положительные. При клиническом излечении угасают не всегда. Моновалентная сенсibilизация

Продолжение табл. 1

Патофизиологические нарушения в коже	Нет	Только в очаге
Лечение	Устранение раздражителя. Наружно-противовоспалительные средства	Десенсибилизирующее. Наружносимптоматическое
Профилактика	Временный перевод на другую работу вне связи с раздражающим веществом	Перевод на другую работу вне связи с аллергеном

Таблица 2

Дифференциальная диагностика экземы и дерматита

Дерматит	Экзема
Экзогенный раздражитель	Аллергический синдром
Возникает при воздействии на кожу	

Экзогенного фактора	Экзогенного и эндогенного фактора
Локализуется	
На местах воздействия раздражителя	На любом участке кожного покрова
Поражение	
Очаг сплошной	Не сплошное, с просветами здоровой кожи
Полиморфизм	
Слабо выражен	Резко выражен
Мокнущие и серозные колодцы	
Непостоянный синдром	Доминирующий синдром
Буллезные высыпания	
Часты	Отсутствуют
Течение	
Непродолжительное, бурное	Длительное, рецидивирующее
Исчезает при устранении экзогенного фактора	
Всегда	Не всегда
Сенсибилизация	
Моновалентная	Поливалентная
Аллергическая реактивность	
Отсутствует, или нерезко выражена	Постоянная, резко выражена
Аллергические высыпания	
Отсутствуют	Обычное явление

ПСОРИАЗ

Таблица 3

Клинико-морфологическая характеристика стадий псориаза

Характеристика стадий	Прогрессивная	Стационарная	Регрессивная
Появление новых папул	Наблюдается постоянно	Не бывает	Не появляются. Крупные бляшки распадаются на отдельные папулы
Величина папул	Мелкие	Крупные	Различные
Периферический рост	Наблюдается	Не отмечается	Не отмечается
Краевой валик (зона роста)	Имеется	Отсутствует	Отсутствует
Шелушение	В центральной части элементов	По всей поверхности, сплошное, выраженное	По всей поверхности
Зона анемии вокруг папул	Имеется	Имеется	Отсутствует

(симптом Ядассона)			
Псевдоатрофический ободок вокруг папул (симптом Воронова)	Отсутствует	Имеется	Отсутствует
Зуд	Часто	Редко	Редко
Вторичные гипер- и депигментация	Отсутствуют	Отсутствуют	Имеются
Изоморфная реакция (симптом Кебнера)	Наблюдается	Не бывает	Не вызывается
Псориатическая триада	Постоянно	Выражена нечетко	Выражена не на всех элементах

Таблица 4

Дифференциальная диагностика псориаза, красного плоского лишая и папулезного сифилиса

Признаки	Псориаз	Красный плоский лишай	Сифилис
Форма элемента	Круглая, овальная	Полигональная	Круглая
Цвет	Ярко-красный	Ливидная	Ветчинно-красный
Склонность к периферическому росту	Имеется	Нет	Нет
Шелушение	Центральное или сплошное	Нет	Воротничок Биетта
Излюбленная локализация	Разгибательная поверхность конечностей, волосистая часть головы	Гениталии, сгибательная поверхность конечностей, слизистая рта	Любая
Длительность высыпаний	Месяцы и годы	Месяцы	1,5 – 2 месяца
Дополнительные симптомы для исследования	Триада Аустница (псориатическая триада), симптом Кебнера	Симптом Кебнера	Симптом Ядассона, положительные серологические реакции на сифилис

КРИТЕРИИ КЛАССИЧЕСКОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов пальцев;

2. Одновременное поражение трех суставов одного и того же пальца;
3. Раннее вовлечение пальцев стоп;
4. Талалгия;
5. Наличие кожных псориатических высыпаний или поражение ногтей;
6. Случаи псориаза у родственников;
7. Отрицательные реакции на ревматоидный фактор;
8. Склонность к остеолиту;
9. Частое поражение илеосакральных сочленений;
10. Развитие паравертебральных оссификаций.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСОРИАЗА

По характеру сыпи:

1. Типичный (на коже, ногтях, слизистых);
2. Атипичный: экссудативный, пустулезный, артропатический, псориатическая эритродермия;

По размеру папул:

1. Точечный;
2. Каплевидный;
3. Монетовидный;
4. Сливной;
5. Фигурный (географический);
6. Кольцевидный;

По стадиям развития:

1. Прогрессивная;
2. Стационарная;
3. Регрессивная;

По сезонам:

1. Зимний,
2. Летний,
3. Внесезонный.

ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ

КЛАССИФИКАЦИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Кератомикозы:

- разноцветный лишай;
- эритразма.

Дерматомиозы:

- эпидермофития;
- руброфития;
- трихофития;
- микроспория;
- фавус.

Кандидозы

Глубокие микозы:

- актиномикоз;
- бластомикоз глубокий;
- хромомиоз;

- споротрихоз.

КЛАССИФИКАЦИЯ МИКРОСПОРИИ

1. Микроспория (*microsporum lanosum*, *microsporum canis*)
 - а. волосистой части головы;
 - б. гладкой кожи.
2. Глубокая микроспория.

КЛАССИФИКАЦИЯ ФАВУСА (*achorion Schonleini*)

1. Волосистой части головы:
 - а. скутулярный;
 - б. импетигиозный;
 - в. сквамозный.
2. Гладкой кожи;
3. Ногтей.

КЛАССИФИКАЦИЯ ТРИХОФИТИИ

- I. Поверхностная (*tr. endothrix: tr. violaceum, tr. crateriforme*)
 1. Детского возраста:
 - а) Волосистой части головы;
 - б) Гладкой кожи;
 - в) Ногтей.
 2. Хроническая трихофития:
 - а) Волосистой части головы (черноточечная, эритемато-сквамозная, атрофирующая).
 - б) Гладкой кожи;
 - в) Ногтей.
- II. Глубокая (*tr. ectothrix: tr. faviforme, tr. gypseum*)
 - а) Волосистой части головы;
 - б) Бороды и усов;
 - в) Гладкой кожи.
- III. Трихофитиды.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИДЕРМОФИТИИ И РУБРОФИТИИ

Эпидермофития

Паховая эпидермофития;

Эпидермофития стоп:

- 1) сквамозная и гиперкератотическая;
- 2) интритригинозная;
- 3) дисгидротическая;
- 4) эпидермофития ногтей;
- 5) эпидермофитиды (регионарные, генерализованные, острая эпидермофития).

Руброфития:

руброфития стоп и кистей;

руброфития ногтей;

руброфития гладкой кожи и крупных складок;

вторичные аллергические высыпания (руброфитиды).

Таблица 5

Грибковые заболевания кожи		
Микоз	Возбудитель	Источник заболевания
Кератомикозы		
Разноцветный (отрубевидный лишай)	<i>Pityrosporum orbiculare</i>	Человек
Эритразма	<i>Corynebacterium</i>	Человек
Пьедра (узловая трихофития)	<i>Trichosporum giganteum</i>	Человек
Дерматомикозы		
Эпидермофития крупных складок	<i>Epidermophyton inguinale</i>	Человек
Эпидермофития стоп	<i>Trichophyton Kauffman-Wolf</i>	Человек
Руброфития	<i>Trichophyton rubrum</i>	Человек
Трихофития	<i>Trichophyton violaceum</i> <i>Trichophyton gypsum</i> <i>Trichophyton faviforme</i>	Человек Грызуны Крупный рогатый скот
Микроспория	<i>Microsporum lanosum</i> <i>Microsporum ferrugineum</i>	Кошки Человек
Кандидозы		
Кандидоз кожи и слизистых оболочек	Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i> (<i>C. albicans</i> , <i>C. irusei</i> , <i>C. kefiri</i> и т.д.)	Человек
Глубокие микозы		
Актиномикоз	<i>Actinomycetes</i>	Человек-носитель
Криптококкоз	<i>Cryptococcus neoformans</i>	Резервуар – почва
Гистоплазмоз	<i>Histoplasma capsulatum</i>	Резервуар – почва
Кокцидиоидоз	<i>Coccidioides immitis</i>	Резервуар-почва
Споротрихоз	<i>Sporotrichum</i>	Резервуар-почва
Хромомикоз	<i>Hermodendrum</i>	Резервуар-почва
Кандидоз	<i>Candida</i>	Резервуар-почва
Плесневый микоз	<i>Penicillium</i>	Резервуар-почва

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ

Классификация туберкулеза кожи

Таблица 6

Локализованные формы	Дессиминированные формы
Вульгарная волчанка	Колликувативный туберкулез кожи (скрофулодерма)
Бородавчатый туберкулез кожи	Папулонекротический туберкулез
Язвенный туберкулез кожи и слизистых	Уплотненная эритема Базена (индуративный туберкулез кожи)
Туберкулезный шанкр	Лихеноидный туберкулез (лишай золотушных)

48

Продолжение табл. 6

	Милиарная диссеминированная волчанка
	Острый диссеминированный милиарный туберкулез кожи

Таблица 7

Дифференциальная диагностика туберкулезной волчанки и бугоркового сифилиса

Диагностические признаки	Туберкулезная волчанка	Бугорковый сифилис
Начало заболевания	Чаще в детские годы	В любое время жизни
Течение (без лечения)	Многие годы	Месяцы
Цвет бугорка	Красный с желтоватым оттенком	Медно- или ветчинно-красный
Консистенция	Мягкая	Плотно-эластическая
Симптом зонда	Положительный	Отсутствует
Симптом «яблочного желе»	Положительный	Отсутствует
Характер рубца	Поверхностный, гладкий, тонкий, рисунок «кружева»	Мозаичный (за счет различной глубины, величины и возраста бугорков)
Появление на рубцах новых бугорков	Как правило	Не бывает

Гистопатология	Гранулема: в центре гигантские клетки, вокруг них – эпителиодные, в периферической лимфоидные, иногда – плазматические клетки	Эндо-мезо-периваскулиты, инфильтрат из плазматических клеток
Туберкулиновая проба	Положительная	Отрицательная
Серологические реакции на сифилис	Отрицательные	Положительные

ГНОЙНИЧКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ (ПИОДЕРМИТЫ)

Классификация стрептококковых заболеваний кожи

1. Стрептококковое импетиго;
2. Импетиго углов рта (заеда);
3. Стрептококковый панариций (поверхностный панариций);
4. Папуло-эрозивная стрептодермия (папуло-эрозивное импетиго);
5. Стрептококковое интертриго (интертригинозная стрептодермия);
6. Эпидемическая пузырчатка новорожденных (буллезное импетиго новорожденных);
7. Эксфолиативная пузырчатка новорожденных (эксфолиативный дерматит новорожденных);
8. Стрептококковый хейлит;
9. Простой лишай лица;
10. Острая диффузная стрептодермия взрослых;
11. Хроническая диффузная стрептодермия;
12. Вульгарная эктима;
13. Сверлящая эктима.

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Обследование женщин

Осмотр

У всех больных после общего осмотра кожного покрова и видимых слизистых оболочек, а также пальпации периферических лимфатических узлов приступают к осмотру и обследованию половых органов.

Объективный осмотр женщин начинают с пальпации брюшной стенки, для исключения возможного перитонита, затем производят осмотр вульвы, слизистой оболочки преддверия влагалища на наличие эрозий или высыпаний. Обращают внимание на состояние паховых лимфатических узлов. При осмотре уретры учитывают отечность и гиперемию губок, наличие парауретральных ходов, при пальпации - инфильтрацию, пастозность стенок, количество и характер выделений. При обследовании больших вестибулярных желез обращают внимание на гиперемию устья протока железы, наличие отделяемого после массажа, болезненность. Осматривая влагалище, отмечают гиперемию стенок, наличие эрозий, количество, цвет и характер выделений. При осмотре шейки матки обращают внимание на ее форму, наличие эрозий и характер выделений. При бимануальном

исследовании тела матки и ее придатков определяют размер, консистенцию и болезненность. В области ануса отмечают наличие гиперемии, выделений, эрозий. Получение материала для исследований

При обследовании женщин на гонорею обязательно берут мазки из уретры, цервикального канала, и прямой кишки. Из парауретральных ходов, больших вестибулярных желез, а также ротоглотки материал забирают по показаниям. Перед взятием мазков область уретры и парауретральных ходов вытирают сухим стерильным тампоном. Затем уретру массируют пальцем со стороны влагалища, прижимая ее к лобковой кости. Ложечкой Фолькмана или желобоватым зондом забирают материал, вводя инструмент в глубь уретры на 1,5-2 см и стараясь получить отделяемое легким поскабливанием передней и боковой стенок уретры. Если при надавливании на переднюю часть уретры появится отделяемое из парауретральных ходов, его собирают ложечкой Фолькмана и делают мазки. После того, как шейка матки открыта в зеркалах и протерта сухим ватным тампоном, отделяемое забирают длинным гинекологическим пинцетом, вводя его в цервикальный канал на глубину 1 см и захватывая отделяемое со стенок канала. Из прямой кишки материал для лабораторного исследования берут путем соскоба со слизистой оболочки с помощью тупой ложки Фолькмана. Можно использовать и метод промывных вод. Материал для приготовления мазков из секрета больших вестибулярных желез получают при осторожном надавливании пальцами, один из которых введен во влагалище, а другой располагается снаружи на нижней трети большой половой губы. Для исследования отделяемого слизистой оболочки глотки и миндалин производят только бактериологическое исследование на гонорею.

У девочек исследуется отделяемое слизистой оболочки уретры, влагалища и прямой кишки. Методика взятия материала та же, что и у женщин, только материал из влагалища берут осторожно, без зеркал, ушной ложкой или желобоватым зондом. Беременные женщины подвергаются обследованию на гонорею на любом сроке беременности. Взятие мазков производят из всех возможных очагов инфекции. Во 2-й половине беременности материал из цервикального канала берут без ввода пинцета в канал.

Обследование мужчин.

Осмотр и пальпация наружных половых органов

У больных уретритом в первую очередь осматривают половой член и определяют по состоянию наружного отверстия уретры (гиперемия, отечность, склеивание "губок"), наличие аномалий развития (гипоспадия, облегчающая проникновение микроорганизмов, удвоение уретры и др.), количество, цвет и характер отделяемого. Необходимо внимательно обследовать кожу головки и тела полового члена, особенно бороздку, уздечку, крайнюю плоть и срединный шов на задней поверхности, где открываются парауретральные ходы и могут наблюдаться различные воспалительные изменения. При надавливании на эти участки уретральных ходов при их воспалении может появиться гнойное или слизистое отделяемое. Обращают внимание на область заднего прохода, так как при некоторых формах уретральных инфекций иногда поражается прямая кишка, что внешне проявляется гиперемией, скоплением гноя и слизи в складках заднепроходного отверстия.

Путем пальпации определяют наличие инфильтратов и узелковых уплотнений в коже крайней плоти, полового члена. Прощупывают всю нижнюю поверхность полового члена от промежностной части до головки. При этом могут быть выявлены болезненные фолликулярные абсцессы (перифолликулиты и периуретриты), каверниты в виде ограниченных и разлитых инфильтратов. Затем пальпируют лимфатические сосуды на спинке полового члена и паховые лимфатические узлы.

При осмотре органов мошонки определяют состояние кожного покрова, форму, величину, консистенцию подвижность яичек и их придатков, наличие выпота в оболочке яичка. Асимметрия мошонки, гиперемия и отечность кожи наблюдаются при остром воспалении яичка или его придатка, а безболезненное растяжение кожи с исчезновением

складчатости и без гиперемии - при водянке оболочек яичка и сперматоцеле больших размеров.

Пальпируя семенной канатик, устанавливают, хорошо ли выявляются его остальные части (семявыводящий проток, сосуды оболочки), нет ли в нем инфильтратов, скопления жидкости, не расширены ли венозные сосуды. Определяют форму, величину, консистенцию и подвижность яичек, наличие уплотнения или участков размягчения, выпота в оболочке, четкость границы между придатком и яичком, плотность, размеры и характер поверхности инфильтратов. Яички в норме прощупываются в виде слегка чувствительных к давлению гладких образований упругоэластической консистенции, свободно смещающихся в пределах мошонки. Консистенция придатка несколько мягче, и он более чувствителен.

Наиболее плотным является семявыводящий проток, вследствие чего его легко определяют как гладкий шнур толщиной 3-5мм, лежащий наиболее дорсально среди остальных элементов канатика.

Получение материала из уретры для исследований

После осмотра и пальпации полового члена и органов мошонки получают материал для лабораторных исследований. С этой целью нужно использовать для получения соскобов кюретки ложечные глазные или ушные, ложки Фолькмана, желобоватые зонды, стеклянные глазные, проволочные биологические палочки, а также чистые предметные и покровные стекла. Перед получением материала ватным тампоном, смоченным теплой водой или изотоническим раствором хлорида натрия, обмывают головку полового члена и удаляют свободно стекающие выделения. Затем инструментом (ложкой Фолькмана, стеклянной глазной палочкой и т.д.) берут отделяемое из уретры и делают равномерный мазок на чистом обезжиренном предметном стекле. При скудном отделяемом больному предлагают до исследования не мочиться 4-8 часов и слегка помассировать уретру, чтобы выдавить скопившийся в глубине секрет. В таких случаях можно также с помощью пипетки вылавливать гнойные нити из мочи и делать мазки из них. В лабораторию одновременно направляют два мазка для окраски по Граму и метиленовым синим или другим анилиновым красителями, а также соскобы со слизистой уретры для исследования на хламидии. Кроме того, бактериологической петлей берется материал из уретры для посева на питательные среды.

Исследование мочи у больных уретритами.

После того, как взяты мазки, проводят осмотр свежесобранной мочи, что является важной частью топической диагностики. Чаще всего применяют двухстаканную пробу Томсона, соблюдая 2 условия. Во-первых, больной должен последовательно мочиться в 2 стакана, не прерывая струи мочи. Во-вторых, количество мочи, выпускаемой в первый стакан, должно быть тем больше, чем больше гноя в передней уретре. При малосимптомных и хронических уретритах с небольшим количеством отделяемого первый стакан нельзя наполнять более чем на четверть (40-50 мл), иначе патологические включения будут слишком сильно разбавлены и не вызовут помутнения мочи.

Помутнение, нити гноя и хлопья, обнаруживаемые только в первом стакане, обычно свидетельствуют об изолированном поражении передней уретры. При тотальной пиурии необходимо установить ее источник: предстательная железа, семенные пузырьки, мочевой пузырь и т.д. Если моча мутная, а выделения из уретры отсутствуют или скудные, то это может быть связано, как и помутнение только второй порции мочи, с нарушением солевого обмена, из которых наибольшее значение имеет фосфатурия (временная и периодическая).

Первую порцию свежесобранной мочи отправляют в лабораторию для проведения общего анализа, исследования на трихомонады и изучения клеточных элементов. Наличие более 15 полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения микроскопа при изучении этой порции мочи, собранной, по меньшей мере, через 4 часа после предыдущего мочеиспускания, свидетельствует о наличии уретрита. Микроскопия осадка позволяет выявить наличие микроорганизмов и кристаллы солей при бактериурии.

Помутнение второй порции мочи при пробе Томсона означает, что гной в нее попал либо из заднего отдела уретры, либо из предстательной железы и семенных пузырьков.

Для того, чтобы решить этот вопрос, больному после мочеиспускания промывают заднюю уретру, наполняют мочевой пузырь и предлагают помочиться. Если во второй порции содержится меньше лейкоцитов, чем в промывной жидкости, то значит, они поступают из половых желез.

Это исследование можно проводить иначе: больной последовательно выпускает мочу в 2 стакана, оставив часть мочи в мочевом пузыре. После массажа предстательной железы больной выпускает мочу в третий стакан; эту порцию направляют на микроскопическое исследование.

Местное лечение урогенитальных инфекций

Промывание уретры.

Промывание уретры с помощью уретрального наконечника. Промывание мочеиспускательного канала проводят из кружки Эсмарха. При промывании переднего отдела уретры кружку подвешивают над уровнем половых органов на 80 см, при промывании задней уретры - на 1,5 м. Используемый раствор должен иметь температуру 36-37 °С. Применяют растворы перманганата калия (1:10000), окисианида ртути (1:8000 или 1:6000), нитрата серебра (1:3000), фурациллина (1:5000) или сульфата цинка (1:400). Для промывания переднего отдела уретры обычно требуется 0,5 л жидкости, а для всей уретры - 1 литр. Перед промыванием уретры больной выпускает мочу. Врач, стоя с правой стороны от больного, захватывает половой член третьим и четвертым пальцами левой руки, раздвигает губки наружного отверстия уретры (большим и указательным пальцами левой руки). Вначале струей жидкости обмывают головку и после этого приставляют наконечник к наружному отверстию уретры. Промывая переднюю часть уретры, жидкость впускают порциями по 15-20 мл, давая возможность вытекать ей обратно (выдвигая наконечник наружу). Если необходимо промыть задний отдел, уретральный наконечник приставляют плотно к наружному отверстию уретры и предлагают больному помочиться. В этом случае жидкость, преодолевая сопротивление наружного сфинктера, попадает в мочевой пузырь. При появлении позыва к мочеиспусканию процедуру прерывают, и больной мочится, после чего введение раствора лекарственного средства в мочевой пузырь повторяют до исчезновения патологических примесей в промывной жидкости (как правило, два или три раза). Промывания противопоказаны при острых воспалительных процессах мочеполювых органов (остром уретрите, цистите, эпидемите и простатите).

Методика инстилляций уретры через резиновый катетер

Головка полового члена и наружное отверстие уретры обрабатываются дезинфицирующим раствором. При поражении задней уретры простерилизованный и смазанный стерильным глицерином тонкий резиновый катетер вводят за наружный сфинктер. После этого свободный конец катетера надевают на канюлю шприца, с помощью которого вливают 3-4 мл 0,5% раствора азотнокислого серебра или 2% протаргола. Раствор удерживают в уретре 2-3 минуты, после чего выпускают. Мочеиспускание разрешается не ранее чем через 20 минут. Инстилляцию производят через день до прекращения дизурических явлений, добиваясь прозрачности второй порции мочи. В случае поражения только передней уретры катетер вводят до наружного сфинктера. Затем, постепенно выводя катетер, вливают раствор азотнокислого серебра или протаргола (мужчинам - 6-8 мл, женщинам - 3-5 мл).

Методика инстилляций уретры с помощью шприца с наконечником

Перед процедурой головка полового члена и наружное отверстие уретры обрабатывается дезинфицирующим раствором. В правую руку берется шприц, наполненный лекарственным препаратом. Большой палец правой руки устанавливается на шторке поршня шприца. Затем канюля шприца с надетым на нее наконечником

приставляется к наружному отверстию уретры. Головка полового члена плотно и неподвижно фиксируется большим и указательным пальцами левой руки на наконечнике шприца, введенном в наружное отверстие уретры. При осторожном и медленном надавливании большим пальцем правой руки на поршень шприца раствор из него устремляется в уретру. При необходимости наполнения мочевого пузыря сравнительно легко преодолевается сопротивление наружного сфинктера мочеиспускательного канала, и лекарственный раствор свободно проходит по задней уретре в мочевой пузырь.

Смазывание слизистой оболочки и тампонада уретры

Смазывание слизистой уретры

Цель действия: вызвать обострение хронического воспалительного процесса (достигается воздействием на слизистую оболочку 1-2% растворами препаратов серебра) или поверхностный некроз эпителия и устранить грануляции (применение препаратов серебра в 10-20% концентрации).

Показания:

1. Торпидно протекающие и хронические уретриты.
2. Ограниченные очаги воспаления, наличие грануляций в передней и задней уретре.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в уретре.

Больной выпускает мочу. В уретру вводится простерилизованная уретроскопическая трубка. После извлечения обтуратора через эндоскопическую трубку под контролем глаза смазывают пораженный участок слизистой. Обычно используют ватный тампон, плотно намотанный на зонд и смоченный раствором препаратов серебра нужной концентрации. После смазывания уретры больной по возможности дольше воздерживается от мочеиспускания. Как правило, назначается до 3-5 процедур (с промежутками в 5-6 дней).

Тампонада уретры.

В переднюю уретру (до наружного сфинктера) продвигается простерилизованная и смазанная стерильным глицерином уретроскопическая трубка (№ 23-25-27). Извлекается обтуратор и через уретральный тубус вводится слабо накрученный на круглый зонд тампон, пропитанный лекарственной смесью (1 г протаргола и 50 мл глицерина). Затем удаляют тубус уретроскопа и после из тампона - зонд, а тампон оставляют на 2-3 часа. Выводится он струей мочи при мочеиспускании.

Тампонада уретры назначается не чаще 2 раз в 7-10 дней, на курс 6-8 сеансов.

СИФИЛИС

Клинические разновидности первичной сифиломы (твердый шанкр)

Типичные твердые шанкры.

1. Эрозивный твердый шанкр;
2. Язвенный твердый шанкр;
3. Импетигиозный (корковый) твердый шанкр;
4. Герпетиформный твердый шанкр;
5. Карликовый твердый шанкр;
6. Гигантский твердый шанкр.

Атипичные твердые шанкры.

1. Индуративный отек;
2. Шанкр-панариций;
3. Шанкр-амигдалит.

Осложненные твердые шанкры.

1. Воспалительный шанкр;
2. Гангренозный шанкр;
3. Фагеденический шанкр;
4. Смешанный шанкр.

5.

Дифференциальная диагностика твердых шанкров

Таблица 8

Формы шанкров	Заболевания, с которыми дифференцируется
Типичные	
Эрозивный	Простой пузырьковый лишай, баланопостит (вульгарный, кандидозный, от воздействия химических веществ и др.), травматическая эрозия, буллезная токсикодермия
Язвенный	Мягкий шанкр, сифилитическая гумма, чесоточная эктима, шанкриформная пиодермия, раковая язва, туберкулезная язва
Атипичные	
Индуративный отек	У мужчин – индурация, слоновость полового члена, у женщин – бартолинит, абсцесс бартолиновой железы
Шанкр-панариций	Панариций банальный (стафилококковая инфекция)
Шанкр-амигдалит	Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана

Сифилиды кожи вторичного периода

Таблица 9

Пятнистые	Папулезные	Пустулезные	Поражение волос
Сифилитическая розеола	Миллиарные (фолликулярные)	Угревидные	Мелкоочаговое облысение
Мелкопятнистая	Монетовидные	Импетигоподобные	Смешанное облысение
Эвелирующая (уртикоподобная)	Гипертрофические (широкие кондиломы)	Эктимоподобные	Поражение бровей и ресниц (симптом Пинкуса)
Зернистая	Эрозивные (мокнущие)	Рупиодные	
Сливная	Псориазеформные		
Аннулярная	Аннулярные		
Пигментный сифилид (лейкодерма)	Роговые папулы ладоней и подошв		

Общая характеристика течения сифилиса в различные периоды

Характеристика	ПЕРИОД		
	Первичный	Вторичный	Третичный
Локализация проявлений	Только на месте внедрения трепонемы	Повсеместно (кожа и слизистые)	Повсеместно
Морфологические элементы	Твердый шанкр (эрозивный, язвенный и т.д.)	Розеола, папулы, пустулы, везикулы	Бугорки, гуммы
Исход сыпи	Исчезает бесследно или оставляет рубец	Преимущественно бесследно	Всегда рубцы
Увеличение лимфоузлов	Регионарный аденит	Полиаденит при вторичном свежем, остаточные явления или отсутствие полиаденита при вторичном рецидивном	Отсутствует
Контагиозность	Заразен	Заразен	Практически не заразен

59

Продолжение табл. 8

Острая воспалительная реакция	Отсутствует	То же	То же
Субъективные ощущения	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Поражение нервной системы	Изредка, доброкачественные	Нередко носят доброкачественный характер	Часто носят злокачественный характер (органические поражения)
Поражение внутренних органов	Возможны функциональные нарушения	Нередко носят функциональный характер	Часто носят тяжелый характер

Серологические реакции	Первые 2-3 недели отрицательные, затем положительные	Положительные в 97 %	Положительные в 70-75%
------------------------	--	----------------------	------------------------

Таблица 11

Дифференциальная диагностика вторичного свежего и рецидивного периодов сифилиса

Признаки	Сифилис вторичный	
	Свежий	Рецидивный
1. Сыпь:		
а) величина	Мелкая	Крупная
б) количество	Обильная	Скудная
в) цвет	Яркий	Блеклый
г) распространенность	Рассеянная	На отдельных участках
д) симметричность	Симметричное	Асимметричное
2. Полиаденит	Выражен	Отсутствует или выражен слабо
3. Остатки первичного склероза	Имеются	Нет
4. Продромальные явления	Бывают	Не наблюдаются

Таблица 12

Дифференциальная диагностика сифилидов вторичного периода

Разновидности сифилидов	С каким заболеванием дифференцируются
Розеола: обычная, отечная, шелушащаяся, сливная, точечная, круговидная	Розовый лишай Жибера, крапивница, разноцветный (отрубевидный) лишай, токсикодермия, ливедо (мраморная кожа)
Розеола: пятнистая, кружевная, мраморная	Витилиго, вторичные де- и гиперпигментации
Папулы: милиарные, лентикулярные, монетовидные, мокнущие эрозивные), вегетирующие (широкие кондиломы), псориазеформные	Красный плоский лишай, псориаз, остроконечные кондиломы, парапсориаз, вегетирующая пузырчатка
Папуло-везикулезная сыпь	Ветряная оспа, опоясывающий лишай, герпетиформный дерматоз Дюринга

Импетигиозный, угревидный, оспенновидный, эктимоподобный, рупиодный	Импетиго стрепто- и стафилогенные, эктимавульгарная, вульгарные, йодистые и бромистые угри
Очаговая, диффузная, смешанная	Гнездная плешивость, грибковые поражения волосистой части головы (трихофития, микроспория), красная волчанка
Пятнистые, папулезные, пустулезные	Различные формы ангин (вульгарная, Венсана), автозный стоматит, красный плоский лишай, леприды

Третичный сифилис

Третичный сифилис (*syphilis III tertiaria*) — стадия, следующая за вторичным сифилисом; характеризуется деструктивными поражениями внутренних органов и нервной системы с возникновением в них гумм. Различают активный бугорковый, или гуммозный, третичный сифилис (*syphilis III activa, seu manifesta, tuberculosa, seu gummosa*), характеризующийся активным процессом образования бугорков, разрешающихся некротическим распадом, образованием язв, их заживлением, рубцеванием и появлением неравномерной пигментации (мозаичности), и скрытый третичный сифилис (*syphilis III latens*) — период болезни у лиц, перенесших активные проявления третичного сифилиса.

Обычно через 5—10 лет, а иногда позднее, после заражения сифилисом начинается третичный период болезни. Однако он не является неминуемым завершением заболевания даже в том случае, когда больной не получил полноценного лечения или вообще не лечился. Данные исследований показывают, что частота перехода сифилиса в третичную стадию колеблется в значительных пределах (от 5 до 40 %). В последние десятилетия третичный сифилис наблюдается редко.

Считают, что основными причинами появления признаков третичного сифилиса становятся тяжелые сопутствующие заболевания, хронические интоксикации, травмы, переутомление, неполноценное питание, алкоголизм, иммунодефицитные состояния и т.д.

В третичном периоде могут поражаться кожа, слизистые оболочки, нервная и эндокринная системы, кости, суставы, внутренние органы (сердце, аорта, легкие, печень), глаза, органы чувств.

Различают манифестную (активную) стадию третичного сифилиса и скрытую (латентную). Манифестная стадия сопровождается явными признаками сифилиса, скрытая — характеризуется наличием остаточных признаков (рубцы, изменения костей и т.д.) активных проявлений заболевания.

В этом периоде сифилиса очаги поражений практически не содержат возбудителя, поэтому они не заразны. Обычно возникают бугорки или гуммы, склонные к распаду, изъязвлению. Они оставляют после себя рубцы или рубцовую атрофию. Третичные сифилиды размещаются группами в одной области, не сопровождаются лимфаденитом. Поверхностно расположенные в коже бугорки могут группироваться в форме дуг, колец, гирлянд и, регрессируя, оставляют после себя характерные атрофические рубцы (бурые пятна с явлениями атрофии) с причудливым рисунком, напоминающим мозаику. Глубоко расположенные бугорки (гуммы), исходящие из подкожной клетчатки, достигают большой величины. Они могут рассасываться, но чаще распадаются, превращаясь в глубокие, неправильной формы язвы. Гуммы могут появляться в любом органе.

Доказать наличие предшествующей сифилитической инфекции труднее, чем может показаться на первый взгляд. Непосредственно обнаружить бледную трепонему удастся

редко. Немалое значение в постановке диагноза имеет клиническая картина. При выраженных клинических признаках диагностика не представляет трудностей. Классические серологические реакции в большинстве случаев положительные, по титру — колеблющиеся. Они могут быть отрицательными у 35 % больных третичным сифилисом. Специфические серологические реакции почти всегда положительные. После лечения КСР редко становятся полностью отрицательными, а специфические серологические реакции практически никогда не становятся отрицательными. Существенное значение имеют гистологические исследования. Обнаруживается специфическое гранулематозное воспаление — сифилитическая гранулема, которую нередко крайне трудно дифференцировать с туберкулезной и другими гранулемами. Кроме этого, полезна и проба с йодистым калием: при оральной терапии: с помощью йодистого калия в течение 5 суток наступает специфическое обратное развитие кожных проявлений третичного сифилиса. До начала пробы должны быть исключены туберкулез легких, а также сифилитическая аневризма аорты, поскольку под воздействием йодистого калия возможны обострение туберкулезного процесса и перфорация аневризмы.

Бугорковые сифилиды характеризуются высыпаниями на ограниченных участках кожных покровов плотных, синюшно-красных, безболезненных сгруппированных бугорков размером от чечевицы до горошины, залегающих на разной глубине дермы и не сливающихся между собой.

Высыпания появляются волнообразно. Поэтому при осмотре больного видны свежие, зрелые элементы, бугорки в состоянии распада, язвы, а в некоторых случаях и рубцы. Отмечается их выраженная склонность к группированию: у одних больных они располагаются скученно, у других — в виде неполных колец, полудуг, гирлянд, которые сливаются, образуя сплошные очаги поражения. Различают несколько клинических разновидностей бугоркового сифилида — сгруппированный, диффузный, серпингинирующий, карликовый. Наиболее часто встречается сгруппированный бугорковый сифилид; при котором бугорки располагаются близко друг к другу, фокусно, не сливаются, обычно их 10—20 в одной области. Иногда они беспорядочно рассеяны. Могут находиться на разных этапах развития (эволюционный полиморфизм). Возникший бугорок (небольших размеров, плотный, полушаровидный, красно-синюшного цвета) может рассосаться, оставляя после себя рубцовую атрофию, или изъязвляться. Язва округлая, имеет плотный валикообразный, красно-синюшный край, возвышающийся над окружающей кожей и постепенно опускающийся ко дну язвы, где располагается некротическая, расплавленная ткань грязно-желтого цвета (некротический стержень). Глубина язвы не одинакова в различных участках, зависит от залегания бугорка. Через несколько недель некротический стержень отторгается; язва выполняется грануляциями, рубцует. Рубец плотный, глубокий, звездчатый, на нем никогда не отмечаются рецидивы бугорков. Постепенно он обесцвечивается. Диффузный бугорковый сифилид (бугорковый сифилид площадкой) характеризуется слиянием бугорков. Возникает сплошная уплотненная темно-красная бляшка, иногда с незначительным шелушением. Отдельные бугорки не видны. Очаг может быть размером с монету и более (почти с ладонь), различной формы, с полициклическими очертаниями. Разрешается путем рассасывания (остается рубцовая атрофия) или изъязвления с последующим образованием рубца.

Серпингинирующий бугорковый сифилид появляется в виде небольшого очага слившихся бугорков. Постепенно процесс прогрессирует по периферии, а в центре регрессирует. Возникают обширные очаги поражения с характерным рубцом в центральной зоне. "Мозаичный рубец" в старых участках депигментированный, в более свежих — синюшно-красный, красно-коричневый, бледно-коричневый в зависимости от срока его появления. Имеет неоднородный рельеф в соответствии с глубиной залегания отдельных бугорков. По периферии имеются молодые бугорковые элементы на разных этапах развития (инфильтраты, изъязвления), образующие своеобразный валик с фестончатыми

очертаниями. При отсутствии лечения заболевание прогрессирует и может поражать обширные участки кожных покровов. Карликовый бугорковый сифилид проявляется бугорками небольших размеров, обычно сгруппированно расположенных. Они никогда не изъязвляются, напоминают папулы, но оставляют после себя рубцовую атрофию. Следует дифференцировать его с волчанкой (*lupus vulgaris*), папулонекротическим туберкулезом кожи, базально-клеточной карциномой, мелкоузелковым доброкачественным саркоидом, туберкулоидной лепрой.

В отличие от сифилиса, при волчанке бугорки имеют мягкую консистенцию, красного цвета с желтоватым оттенком, при надавливании на них пуговчатым зондом остается ямка (след вдавливания), при диаскопии отмечается феномен яблочного желе, язва существует долго, не проявляет тенденции к рубцеванию, поверхностная, мягкая, с желтовато-красными вялыми грануляциями, неровными краями, слегка кровоточит. Образовавшийся рубец мягкий, ровный, поверхностный, на нем отмечаются рецидивы бугорков; реакция Манту положительная.

При папулонекротическом туберкулезе высыпания располагаются симметрично, главным образом на задней поверхности верхних и передней поверхности нижних конечностей, рассеяны, обильны, с некрозом в центре. В последующем образуются штампованные рубцы. У больного обнаруживают и другие очаги туберкулезного поражения (во внутренних органах); реакция Манту положительная. Базально-клеточная карцинома обычно одиночная, чаще локализуется на лице, имеет четкий валикообразный край, состоящий из мелких белесоватых узелков. В центре — эрозия, которая слегка кровоточит при прикосновении, медленно прогрессирует, не проявляя тенденции к рубцеванию.

Мелкоузелковый доброкачественный саркоид выражается во множественных плотных узелках красно-коричневого цвета, не склонных к изъязвлению; при диаскопии на фоне бледно-желтой окраски видны мелкие точки (в виде песчинок), окрашенные более интенсивно.

При туберкулоидной лепре бугорки красно-бурые, блестящие, кольцевидно расположенные, в очаге выпадают волосы, отсутствует потоотделение, нарушена чувствительность. Гуммозные сифилиды в настоящее время встречаются редко. Проявляются отдельными узлами или разлитой гуммозной инфильтрацией. Возникают в подкожной основе или более глубоко расположенных тканях. На этом этапе они представляют собой четко отграниченные, плотные, безболезненные образования без воспалительных явлений, легко смещающиеся под кожей. Постепенно узел увеличивается и достигает величины ореха, а иногда куриного яйца, спаивается с окружающими тканями и кожей, которая постепенно краснеет, затем наступает размягчение гуммы, определяется флюктуация. Из образующегося небольшого свища в результате истончения и прорыва кожи выделяется небольшое количество вязкой жидкости грязно-желтого цвета. Постепенно свищевое отверстие увеличивается и превращается в глубокую язву с плотными валикообразными краями, постепенно спускающимися ко дну, где располагается гуммозный стержень (грязно-желтая некротическая ткань). После его отторжения дно язвы заполняется грануляциями, затем наступает рубцевание. Рубец вначале красно-бурый, в дальнейшем приобретает коричневатый оттенок и постепенно депигментируется; глубокий, втянутый, звездчатый, плотный. Эволюция гуммы длится от нескольких недель до нескольких месяцев. Обычно гумма не вызывает субъективных ощущений, кроме случаев, когда она располагается непосредственно над костью, вблизи суставов, угла рта, языка, наружных половых органов. Если больной начинает своевременно лечиться (до начала распада гуммы), может наступить ее рассасывание без образования язвы, после чего остается рубцовая атрофия. При хорошей сопротивляемости организма гуммозный инфильтрат может замещаться соединительной тканью, подвергается фиброзу с последующим отложением в нем солей кальция. При таких изменениях у передней и задней

поверхности крупных суставов (коленных, локтевых и др.) возникают «околосуставные узловатости». Обычно они одиночные, реже наблюдаются 2—3 гуммы. В единичных случаях очаг состоит из нескольких слившихся гумм и имеет большие размеры (6—8 и 4—6 см и более). Такая гумма может вскрываться в нескольких местах, что приводит к образованию обширных язв с неровным дном, полициклическими очертаниями.

Гуммозные язвы могут осложняться вторичной инфекцией, рожистым воспалением. Иногда очаг разрастается вглубь и по периферии (иррадиация гуммы). Вследствие глубокого расположения инфильтрата, вовлечения в процесс лимфатических сосудов, нарушения лимфооттока появляется слоновость. Чаще гуммы возникают в области голеней, реже — на верхних конечностях, затем на голове, груди, животе, спине, в области поясницы и др.

Стандартные серологические реакции при сифилитических гуммах положительны у 60—70 % больных, РИБТ и РИФ — несколько чаще. Для уточнения диагноза иногда (когда серологические реакции отрицательны, а клинические проявления типичны для третичного сифилиса) проводят пробное лечение.

До распада сифилитической гуммы ее нужно отличать от липомы или фибролипомы (обычно множественные подкожные более мягкие узлы, размеры которых длительное время не изменяются или увеличиваются очень медленно; они имеют дольчатое строение, кожа над ними не изменена). Атеромы (медленно прогрессирующая киста сальной железы плотноэластической консистенции, с четкими границами, иногда нагнаивается, при пункции из нее извлекают зловонное творожистое содержимое). Уплотненной эритемы Базена (плотные, слегка болезненные узлы, у молодых женщин или девочек расположены преимущественно на голенях; над очагами кожа красно-синюшная, иногда они изъязвляются, существуют длительное время; обострения наступают в холодное время года, реакция Манту положительна, серологические реакции, РИБТ, РИФ отрицательны).

После изъязвления гуммы ее необходимо отличать от колликувативного туберкулеза кожи (подкожные узлы, постепенно увеличивающиеся в размерах, спаиваются с кожей, которая становится синюшной). Узлы размягчаются в центре, а затем образуются язвы с мягкими синюшными подрывными краями. Дно язвы покрыто вялыми грануляциями, слегка кровоточит; течение длительное, в последующем образуются мягкие рубцы с сосочками по краям и «мостиками» здоровой кожи; реакция Манту положительна. Следует дифференцировать гумму со злокачественной язвой (неправильной формы, деревянисто-плотные края и основание, изрытое дно, покрытое распадом, легко кровоточит, постоянно прогрессирует, обычно имеется один очаг). В редких случаях проводят дифференциальную диагностику сифилитической гуммы и лепрозных узлов, глубоких микозов (глубокий бластомикоз, споротрихоз), актиномикоза, хронической узловатой пиодермии. Своеобразное проявление этого периода болезни — третичная сифилитическая эритема в виде красно-синюшных крупных пятен, располагающихся дугообразно, преимущественно на боковой поверхности туловища. Не вызывает субъективных ощущений, существует долго (до года и более). Размеры очага крупные (10—15 см), иногда он сочетается с карликовым бугорковым сифилидом. После регресса эритемы следов не остается, но в отдельных случаях отмечаются небольшие участки рубцовой атрофии (симптом А.Г. Ге). Третичную сифилитическую эритему нужно отличать от трихофитии или микроспории гладкой кожи (пузырьки в периферической зоне эритематозных очагов, небольшое шелушение, обнаружение спор и мицелия гриба в чешуйках, быстрый эффект при антимикотическом лечении), отрубевидного лишая, розового лишая Жибера, себореида.

Поражения слизистых оболочек в третичный период болезни встречаются сравнительно часто. На губах, особенно верхней, наблюдаются ограниченные узлы (гуммы) или диффузные гуммозные инфильтрации. Такого же типа поражения отмечаются и в области языка. При гуммозном глоссите в толще языка образуются 2—3 гуммы размером с небольшой грецкий орех, которые без лечения изъязвляются. При диффузном

склерогуммозном глоссите язык резко увеличен в объеме, со сглаженными складками, плотный, красно-синюшный, легко травмируется, подвижность его резко нарушена. После рассасывания инфильтрата язык сморщивается, искривляется, теряет свою подвижность, очень плотный в связи с образованием рубцовой ткани.

На мягком и твердом небе могут располагаться бугорковые и гуммозные высыпания. Они изъязвляются, приводят к разрушению тканей, иногда к отторжению язычка, а после рубцевания — к деформации мягкого неба. В глотке иногда возникают мелкие гуммозные узлы или разлитая гуммозная инфильтрация. После их изъязвления появляются боль и функциональные расстройства. Третичные сифилиды гортани могут вызывать перихондриты, поражения голосовых связок (осиплость, охриплость, афония), кашель с отхождением грязно-желтой густой слизи. В результате рубцевания язв происходит неполное смыкание голосовых связок, и голос навсегда остается сиплым. Может быть стойкое затруднение дыхания.

Гуммозные поражения слизистой оболочки носа чаще располагаются в области перегородки, на границе хрящевой и костной частей, но могут возникать и в других местах. У некоторых больных процесс начинается непосредственно в носу, иногда переходит с соседних участков (кожи, хрящей, костей) и проявляется ограниченными узлами или разлитой гуммозной инфильтрацией. Субъективные ощущения обычно отсутствуют. Слизь из носа после образования язвы становится гнойной. На дне язвы зондом нередко можно определить омертвевшую кость. При переходе процесса на кость носовой перегородки может произойти ее разрушение и, как следствие, — деформация носа (седловидный нос).

Сифилитические бугорки — гуммы слизистых оболочек нужно отличать от туберкулезных поражений (мягкие, более поверхностные очаги, язвы неправильной формы слегка кровоточат, вялые грануляции с зернами Трела: торпидное течение, болезненные, сопутствующие туберкулезные поражения легких; положительная реакция Манту; отрицательные серологические стандартные реакции на сифилис, а также РИБТ и РИФ), от злокачественных опухолей (часто предшествуют лейкоплакия, лейкокератоз; одиночные поражения; язва неправильной формы с вывороченными, деревянисто-плотными краями, очень болезненная, дно ее кровоточит; наблюдаются метастазы; биопсия подтверждает диагноз).

Гуммозные поражения лимфатических узлов бывают очень редко. Течение их торпидное. В отличие от изменений при колликативном туберкулезе, они более плотные, не беспокоят больных. После изъязвления развивается типичная гуммозная сифилитическая язва. Реакция Манту отрицательная. Серологические стандартные реакции положительны у 60—70% больных, а процент положительных РИБТ и РИФ — еще выше.

Третичный сифилис костей и суставов проявляется в виде остеоperiостита или остеомиелита. Остеоperiостит может быть ограниченным и диффузным. Ограниченный остеоperiостит представляет собой гумму, которая в своем развитии либо оссифицируется, либо распадается и превращается в типичную гуммозную язву. Диффузный остеоperiостит — следствие диффузной гуммозной инфильтрации. Обычно он заканчивается оссификацией с образованием рахитических костных мозолей. При остеомиелите гумма либо оссифицируется, либо в ней образуется секвестр. Иногда секвестрация приводит к развитию гуммозной язвы. Поражение суставов в третичном периоде сифилиса в одних случаях обусловлено диффузной гуммозной инфильтрацией синовиальной оболочки и суставной сумки (гидрартроз), в других — к этому присоединяется развитие гумм в эпифизе костей (остеоартрит). Наиболее часто поражаются коленный, локтевой или лучезапястный суставы. Появляется выпот в полости сустава, что ведет к увеличению его объема. Типичными для гидрартроза и остеоартрита при третичном сифилисе являются почти полное отсутствие болевых ощущений и сохранение двигательной функции.

В третичный период сифилиса поражения опорно-двигательного аппарата возникают чаще, чем во вторичный (у 20—30% больных), протекают значительно тяжелее и

сопровождаются деструктивными изменениями, главным образом костей голени, черепа, грудины, ключицы, локтевой, носовой костей и др. В процесс вовлекаются надкостница, корковое, губчатое и мозговое вещество. Пациенты жалуются на боль, усиливающуюся в ночное время и при поколачивании по пораженным костям. На рентгенограмме наблюдается сочетание остеопороза с остеосклерозом. Чаще выявляются ограниченные гуммозные остеоperiоститы — в корковом слое расположены одиночные гуммы, которые образуют узел с плотным костным валиком. В результате их распада возникает язва с гуммозным стержнем в центре. Через некоторое время появляются секвестры; реже костная гумма оссифицируется. Обычно заживление заканчивается образованием глубокого втянутого рубца.

При диффузном гуммозном периостите, остеоperiостите изменения сходные, но более распространенные, в виде веретенообразного, бугристого утолщения. Особенно хорошо заметны они в средней части гребня большеберцовой и локтевой костей.

Сифилитический остеомиелит наблюдается при поражении губчатого и мозгового вещества кости, в случае деструкции центральной части очага и возникновения реактивного остеосклероза по периферии. В дальнейшем поражаются кортикальный слой кости, надкостница, мягкие ткани, образуется глубокая язва, выделяются костные секвестры, кость становится хрупкой, может возникнуть патологический перелом.

При третичном сифилисе костей и суставов необходимо проводить дифференциальную диагностику с костным туберкулезом, остеомиелитом другой этиологии, с саркомой кости и пр. Следует учитывать, что:

1) поражения костей при туберкулезе чаще развиваются в детском возрасте, множественны, протекают длительно. При этом в первую очередь в процесс вовлекается эпифиз. Появляется сильная боль, в результате чего больной ограничивает движения конечности, что приводит к атрофии без действующих мышц. Свищи длительное время не заживают. Общее состояние нарушено. На рентгенограмме явления остеосклероза отсутствуют, надкостница не изменена;

2) остеомиелит, вызванный гноеродными микробами, характеризуется наличием секвестров, отсутствием остеосклероза, иногда располагается в метафизе (абсцесс Броди);

3) саркома кости часто поражает проксимальную часть метафиза, одиночна, болезненна, характеризуется прогрессирующим ростом, незначительными явлениями реактивного остеосклероза, расщеплением периоста.

В третичный период болезни крайне редко наблюдаются острые сифилитические полиартриты. Они могут возникнуть в результате иррадиации патологического процесса из метафизарной гуммы. Сустав увеличен в объеме, отмечается хруст при движениях, которые затруднены, болезненны. Хронические сифилитические синовиты образуются первично, протекают торпидно, без боли, при нормальной функции суставов, хорошем общем состоянии больного. Выраженные воспалительные явления отсутствуют. Гуммозные синовиты приводят к образованию перисиновиитов, плохо поддаются лечению.

При сифилитических гуммозных остеоартритах поражается не только суставная сумка, но и хрящи, кости. Множественные гуммы располагаются в эпифизе кости, разрушая ее. В суставе появляется выпот, происходит его деформация, движения в нем сохранены, боли почти не ощущаются. Общее состояние больного хорошее. Иногда поражаются и окружающие мягкие ткани. Процесс развивается медленно, без острых воспалительных явлений. В редких случаях возникает сифилитический миозит (припухание длинной мышцы конечности, уплотнение и болезненность очага, нарушение ее функции). Иногда встречается гуммозный миозит, чаще грудино-ключично-сосцевидной мышцы, реже мышц конечностей и языка. Диагноз поражений аппарата движения при сифилисе устанавливают на основании клинических и рентгенологических данных, результатов серологического обследования (стандартные реакции, РИБТ, РИФ), а иногда и пробного противосифилитического лечения.

Заболевание может сопровождаться поражением жизненно важных органов (крупных сосудов, печени, почек, мозга и др.), часто встречаются выраженные изменения со стороны нервной системы. Третичный сифилис может привести к инвалидности (глухота, потеря зрения вследствие атрофии зрительных нервов) и даже к летальному исходу.

Врожденный сифилис

Врожденный сифилис (syphilis congenita) — сифилис, заражение которым произошло от больной матери в период внутриутробного развития.

Бледные трепонемы проникают в организм плода через пупочную вену, лимфатические щели пупочных сосудов, с материнской кровью через поврежденную плаценту, начиная с 10-й недели беременности. Обычно внутриутробное заражение сифилисом происходит на 4—5-м мес. беременности. У беременных, больных вторичным сифилисом, инфицирование плода имеет место практически в 100 % случаев, реже внутриутробное инфицирование происходит у больных поздними формами сифилиса и очень редко — у пациенток с первичным сифилисом.

Плацента женщин, больных сифилисом, увеличена в размерах и весе. В норме соотношение массы плаценты к массе тела ребенка составляет 1:6, у больных детей — 1:3; 1:4. У них наблюдаются отек, гиперплазия соединительной ткани, некротические изменения, более выраженные в зародышевой части плаценты. Во всех сомнительных случаях акушер-гинеколог обязан внимательно изучить состояние плаценты, взвесить и направить на гистологическое исследование зародышевую (детскую) ее часть.

Часть инфицированных плодов погибают, в других случаях ребенок рождается в срок, но мертвым. Некоторые дети появляются на свет живыми, однако уже в детском возрасте у них отмечаются признаки врожденного сифилиса: интерстициальный кератит, зубы Гетчинсона, седловидный нос, периоститы, различные аномалии развития центральной нервной системы.

Титры реагинов в крови ребенка нарастают во время активной стадии болезни; при пассивной передаче антител от матери — со временем снижаются.

Правильное лечение матери во время беременности предупреждает развитие врожденного сифилиса. Согласно принятой в настоящее время классификации ВОЗ, различают ранний врожденный сифилис с характерными признаками и ранний врожденный сифилис скрытый — без клинических проявлений, с сероположительными реакциями крови и спинно-мозговой жидкости. К позднему врожденному сифилису относят все признаки врожденного сифилиса, уточненные как поздние либо проявившиеся через 2 года и более с момента рождения, а также поздний врожденный сифилис скрытый, без клинических симптомов, сопровождающийся положительными серологическими реакциями и нормальным составом спинно-мозговой жидкости.

Поражения внутренних органов при врожденном сифилисе могут определяться уже в первые месяцы жизни ребенка. Чаще им подвергаются печень и селезенка (увеличиваются в размерах, становятся плотными). В легких развивается интерстициальная, реже — белая пневмония. Наблюдаются анемия, повышение СОЭ. Заболевания сердца, почек, пищеварительного тракта при сифилисе у детей грудного возраста встречаются редко. При поражении центральной нервной системы в процесс вовлекаются сосуды и оболочки головного, реже — спинного мозга, развиваются менингит, менингоэнцефалит, сифилис мозга с характерной полиморфной симптоматикой. В отдельных случаях может наблюдаться скрытый менингит, обнаруживаемый только при исследовании спинно-мозговой жидкости.

Врожденный сифилис раннего детского возраста (от 1-го года до 2-х лет) по своим клиническим признакам не отличается от вторичного рецидивного. На 2-м году жизни ребенка клиническая симптоматика врожденного сифилиса менее многообразна. На коже и слизистых оболочках наблюдаются папулезные элементы, редко — розеола. Могут

отмечаться рубцы Робинсона— Фурнье, периоститы, фалангиты, гуммы костей, орхиты, хориоретиниты, поражения печени, селезенки, ЦНС по типу менингита, менингоэнцефалита, сифилиса сосудов мозга.

В настоящее время активное проявление раннего врожденного сифилиса на коже и во внутренних органах встречаются редко. Это обусловлено в основном ранним выявлением и своевременным лечением данного заболевания у беременных, что стало возможным благодаря широкому внедрению их двукратной вассерманизации, а также, по-видимому, приемом антибиотиков во время беременности по поводу интеркуррентных заболеваний и отмечающимся в последние годы общим более мягким течением сифилиса.

Важно подчеркнуть, что ранний врожденный сифилис протекает преимущественно скрыто или со скудной симптоматикой (остеохондрит I—II степени, периоститы, хориоретиниты). Диагноз скрытых, стертых форм устанавливают на основании данных серологического исследования (КСР, РИБТ, РИФ), заключений врачей смежных специальностей, рентгенографии длинных трубчатых костей. При оценке положительных серологических реакций у детей первых месяцев жизни необходимо учитывать возможность трансплацентарной передачи антител и реакинов от матери ребенку. При проведении дифференциального диагноза раннего скрытого врожденного сифилиса и пассивной передачи антител важное значение имеют количественные реакции. Для диагностики сифилиса титры антител у ребенка должны быть выше, чем у матери. Необходима также ежемесячная серодиагностика. У здоровых детей титры снижаются, и в течение 4—5 мес. происходит спонтанная негативация серологических реакций. При наличии инфекции титры антител стойкие либо наблюдается их повышение. Пассивная передача от матери ребенку возможна только для низкомолекулярных IgG, а крупные молекулы IgM проникают в организм ребенка лишь при нарушении барьерной функции плаценты либо активно вырабатываются организмом ребенка при заболевании его сифилисом. Это дает основание для использования в диагностике раннего врожденного сифилиса реакции РИФ IgM.

Следовательно, детям (при отсутствии у них клинических, рентгенологических, офтальмологических симптомов сифилиса), рожденным матерями, полноценно лечившимися до и во время беременности или закончившими основное лечение, но не получившими профилактического, не следует ставить диагноз раннего скрытого врожденного сифилиса, если у них титры антител ниже, чем у матери. Таким детям необходимо назначить профилактическое лечение. Если спустя 6 мес. у них будет определяться положительная РИБТ или РИФ, то следует сделать заключение, что имел место врожденный скрытый сифилис. Надо учитывать, что в связи с особенностями реактивности организма новорожденного (повышенная лабильность белков крови, отсутствие комплемента и естественного гемолизина, недостаточное содержание в сыворотке крови антител) в первые дни жизни ребенка серологические реакции могут быть отрицательными, несмотря на наличие сифилиса. Поэтому их не рекомендуется проводить в первые несколько дней после рождения ребенка. Серологические реакции могут быть также отрицательными в первые 4—12 недель жизни новорожденного, мать которого инфицировалась в поздние сроки беременности. Согласно соответствующей инструкции, таким детям также необходимо проводить 6 курсов профилактического лечения.

Поздний врожденный сифилис. Клиническая симптоматика заболевания весьма вариабельна. Выделяются патогномичные, безусловные, и вероятные симптомы позднего врожденного сифилиса. К патогномичным симптомам относится триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, специфический лабиринтит, изменение постоянных верхних центральных резцов (зубы Гетчинсона). Сюда же отнесен признак четвертый - саблевидные голени и предплечья. При паренхиматозном кератите появляются покраснение и помутнение роговицы, светобоязнь, слезотечение. Процесс обычно двусторонний: вначале заболевает один глаз, а спустя некоторое время поражается и второй. Наблюдаются

васкулярные формы кератитов, при которых помутнение роговицы развивается без покраснения глаз и светобоязни. При паренхиматозном кератите эписклеральные и склеральные сосуды прорастают в роговицу. Отмечается помутнение роговицы различной степени выраженности. Нередко оно захватывает почти всю роговицу в виде молочного или серовато-красного цвета «облака». Наиболее интенсивно помутнение выражено в центре роговицы. В более легких случаях оно не носит диффузного характера, а представлено отдельными облаковидными пятнышками небольших размеров. Инъекция прикорнеальных сосудов и сосудов конъюнктивы выражена значительно. Паренхиматозный кератит может сопровождаться притом, иридоциклитом, хориоретинитом. Период между заболеванием одного и второго глаза часто, несмотря на проводимое лечение, может составлять от нескольких недель до 12 месяцев, а по данным отдельных авторов, даже несколько лет. Исход кератита зависит от выраженности и расположения зоны помутнения. При небольшой степени помутнения и своевременном рациональном лечении зрение ребенка может быть восстановлено полностью. Наблюдаются и случаи почти полной потери зрения. При недостаточном лечении возможны рецидивы. После разрешения паренхиматозного кератита помутнение роговицы и запустевшие сосуды, которые обнаруживаются при офтальмоскопии с помощью щелевой лампы, остаются пожизненно, вследствие чего диагноз перенесенного паренхиматозного кератита всегда можно поставить ретроспективно. Это очень важно, так как паренхиматозный кератит наиболее частый и, возможно, единственный симптом триады Гетчинсона. Развивается в возрасте 5—15 лет.

Сифилитический лабиринтит и развивающаяся при этом глухота обусловлены развитием периостита в костной части лабиринта и поражением слухового нерва. Процесс обычно двусторонний. Глухота возникает внезапно. Иногда ей предшествуют головокружение, шум и звон в ушах. Развивается в возрасте 7—15 лет. При раннем возникновении, до формирования у ребенка речи, может наблюдаться глухонмота. Лабиринтная глухота устойчива к проводимому лечению. Наблюдается дистрофия двух постоянных верхних центральных резцов (зубы Гетчинсона). Основной признак — атрофия коронки, вследствие чего зуб у шейки шире, чем на режущем крае. Зубы обычно имеют форму долота или отвертки с полулунной выемкой по режущему краю. Оси зубов конвергированы к средней линии, иногда характерные изменения может иметь один центральный резец. До прорезывания постоянных зубов указанные изменения выявляют на рентгенограмме. Триаду Гетчинсона обнаруживают редко. Чаще наблюдают паренхиматозный кератит и гетчинсоновские зубы или один из этих симптомов. Кроме патогномичных, т.е. безусловных, признаков, обнаружение даже одного из которых позволяет без сомнения диагностировать поздний врожденный сифилис, выделяют вероятные признаки, наличие которых позволяет заподозрить врожденный сифилис, но для подтверждения диагноза необходимы дополнительные данные: сопутствующие клинические проявления или результаты обследования членов семьи.

К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса большинство авторов относят: радиальные рубцы вокруг губ и на подбородке (рубцы Робинсона—Фурнье), некоторые формы нейросифилиса, сифилитический хориоретинит, сформировавшийся до года жизни ягодицеобразный череп, «седловидный» нос, дистрофию зубов в виде кисетообразных больших коренных зубов и клыков, «саблевидные» голени, симметричные синовиты коленных суставов. Вероятным признаком считают и признак Авситидийского—Гигуменакиса — утолщение грудинного конца ключицы (чаще правой). К дистрофиям относятся: высокое (готическое) твердое небо, инфантильный мизинец, отсутствие мечевидного отростка грудины, наличие пятого бугорка на жевательной поверхности первого большого коренного зуба верхней челюсти (бугорок Корабелли), широкая диастема между передними верхними резцами, микроденитизм, «олимпийский» лоб, увеличение лобных и теменных бугорков и т.д. Обнаружение нескольких дистрофий, сочетание их с одним из патогномичных признаков или несколькими вероятными, с положительными

серологическими реакциями у ребенка и его родителей являются основанием для постановки диагноза позднего врожденного сифилиса. Тяжелые, нередко приводящие к инвалидности изменения наблюдаются при поражении ЦНС у больных поздним врожденным сифилисом. Развитие специфического менингита, сосудистых поражений проявляется гипертензией спинно-мозговой жидкости, упорной головной болью, расстройством речи, гемипарезами и гемиплегиями, слабоумием, вторичной атрофией зрительных нервов, джексоновской эпилепсией. У таких детей рано развиваются *tabes dorsalis*, прогрессивный паралич с частой первичной атрофией зрительных нервов. Если необратимые рубцовые изменения при поражении нервной системы отсутствуют, специфическое лечение достаточно эффективно.

Поражения внутренних органов при позднем врожденном сифилисе наблюдаются реже, чем при раннем врожденном. Нередко страдает печень, которая определяется увеличенной, плотной, бугристой. Наблюдаются спленомегалия, альбуминурия, пароксизмальная гематурия, болезни обмена веществ (анизм, инфантилизм, ожирение и др.). Специфическое поражение сердечно-сосудистой системы развивается редко. положительные у 70—80 % больных и почти у 100 % больных с паренхиматозным кератитом. РИБТ и РИФ положительные в 92—100 % случаев. После полноценного лечения стандартные серологические реакции (особенно РИБТ и РИФ) остаются положительными в течение многих лет, что, однако, не свидетельствует о необходимости проведения дополнительного лечения.

Определенные трудности представляет диагностика позднего врожденного скрытого сифилиса, для которого, в соответствии с международной классификацией, характерны отсутствие клинических проявлений врожденного сифилиса и нормальная спинно-мозговая жидкость. При дифференциальной диагностике позднего врожденного скрытого сифилиса и позднего скрытого приобретенного сифилиса необходимо учитывать результаты обследования семени больного, давность заболевания матери, наличие и характер проявлений позднего врожденного сифилиса у братьев и сестер. Вместе с тем, обнаружение сифилиса у матери не всегда служит доказательством того, что у обследуемого ребенка имеется врожденный сифилис. Ранний врожденный сифилис (*syphilis congenita praesens*) — врожденный сифилис у плода и у детей младше 2-х лет, проявляющийся сифилитической пузырьчаткой, диффузной папулезной инфильтрацией кожи, поражением слизистых оболочек, внутренних органов, костной ткани, нервной системы, глаз. Поздний врожденный сифилис (*syphilis congenita tarda*) — врожденный сифилис у детей старше 2-х лет, проявляющийся триадой Гетчинсона, а также поражением кожи, внутренних органов и костей по типу третичного сифилиса. Скрытый врожденный сифилис (*syphilis congenita latens*) — врожденный сифилис, при котором клинические проявления отсутствуют и лабораторные показатели спинно-мозговой жидкости в норме.

Таблица 13

Классификация врожденного сифилиса

Ранний врожденный		Поздний врожденный
У детей первого года жизни	У детей раннего возраста (1-5 лет)	Триада Гетчинсона: 1. Изменение зубов; 2. Паренхиматозный кератит 3. Поражение лабиринта (глухота)
1. Диффузный инфильтрат	1. Папулезные сифилиды кожи и слизистых	
2. Сифилитическая пузырьчатка	2. Увеличение лимфатических узлов	
3. Сифилитический ринит	3. Поражение костной системы (периоститы)	4. Саблевидные голени, саблевидные предплечья

4. Остеохондриты (псевдопаралич Парро)	4. Поражение внутренних органов (печени, селезенки)	5. Сифилитические хронические гониты
5. Поражение внутренних органов (печени, селезенки)		6. Седловидный нос
		7. Радиальные рубцы вокруг рта

Таблица 14

Дифференциальная диагностика эпидемической и сифилитической пузырчаток новорожденных

Признак	Эпидемическая пузырчатка	Сифилитическая пузырчатка новорожденных
Время появления пузырей	5-7 дней с момента рождения	Рождается с пузырями или появляются в 1 неделю
Покрышка	Дряблая, морщинистая	Плотная

Продолжение табл. 14

Содержимое	Гнойное	Серозное, геморрагическое
Воспалительные явления окружающих тканей	Резко выражены	Не выражены
Типичная локализация	Повсеместно (кроме ладоней и подошв)	Ладони, подошвы, сгибательные поверхности конечностей, лицо
Висцеропатия	+	-
Серологические реакции крови	Отрицательные	Положительные
Контагиозность	Высокая	При близком контакте
Обследование матери	Серореакция « - » Здорова	Серореакция « + »

ГОНОРЕЯ И НЕГОНОРЕЙНЫЕ УРЕТРИТЫ

Таблица 15

Оценка двухстаканной пробы

Порция мочи		Место воспаления	Предположительный диагноз
1 Диффузно-мутная	2 Прозрачная, чистая	Передняя уретра	Острый передний уретрит
Слегка мутная	Прозрачная, чистая	Передняя уретра	Подострый передний уретрит
Прозрачная, с тяжелыми нитями, оседающими на дно	Прозрачная, чистая	Передняя уретра	Хронический передний уретрит
Диффузно-мутная	Диффузно-мутная	Весь мочеиспускательный канал	Пиелит Цистит Тотальный острый уретрит Урато-фосфато-оксалатобактериурия
Прозрачная, с нитями в виде запятых	Прозрачная, с нитями в виде запятых	Передняя уретра Простата	Литтреит Простатит
Опалесцирующая	Опалесцирующая	Простата	Простата