

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Л. Кашутин

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Учебное пособие

Архангельск
2015

УДК [616.5+616.97](075)

ББК 55.8я73

К 31

Рецензенты: доктор педагогических наук, заведующий кафедрой «Педагогики» Северного государственного медицинского университета **Е.Ю. Васильева**; доктор медицинских наук, заведующий кафедрой инфекционных болезней **О.В. Самодова**

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Кашутин С.Л.

К 31 Дерматовенерология: учебное пособие / С.Л. Кашутин. –
Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинско-
го университета, 2015. – 138 с.

ISBN 978-5-91702-213-0

Учебное пособие посвящено вопросам дерматовенерологии и предназначено для самостоятельной подготовки клинических интернов и ординаторов, обучающихся по специальности «Дерматовенерология», а также может быть использовано для студентов, обучающихся по образовательным программам «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело» при освоении программы по дисциплине «Дерматовенерология».

УДК [616.5+616.97](075)

ББК 55.8я73

ISBN 978-5-91702-213-0

© Кашутин С.Л., 2015

© Северный государственный
медицинский университет, 2015

Оглавление

Введение	5
Глава 1. Общая дерматология	6
Тема 1: Анатомия и физиология кожи	6
Тема 2: Морфологические элементы кожи	17
Глава 2. Инфекционные болезни кожи	19
Тема 2.1. Алергодерматозы	19
2.1.1. Дерматиты	19
2.1.2. Токсидермия	22
2.1.3. Экзема	24
2.1.4. Атопический дерматит	27
2.1.5. Крапивница	33
Тема 2. Буллезные дерматозы	35
2.2.1. Пузырчатка	35
2.2.2. Герпетиформный дерматит Дюринга	39
Тема 3. Болезни придатков кожи	43
2.3.1. Себорея	43
2.3.2. Угревая болезнь	45
Тема 4. Папуло-сквамозные дерматозы	48
2.4.1. Псориаз	48
2.4.2. Красный плоский лишай	55
Тема 5. Красная волчанка	58
Тема 6: Профессиональные болезни кожи.	61
Глава 3. Инфекционные болезни кожи	64
Тема 1: Пиодермии	64
Тема 2. Микозы	72
Тема 3. Герпесы	81
Тема 4: Туберкулез кожи.	85
Тема 5. Паразитарные болезни	91

3.5.1. Чесотка	91
3.5.2. Педикулез (вшивость)	94
Тема 6. Многоформная экссудативная эритема	97
Глава 4. Сифилис.....	100
Тема 1. Этиология и патогенез сифилиса. Первичный сифилис	100
Тема 2. Вторичный период сифилиса	107
Тема 3. Третичный период сифилиса.....	113
Тема 4. Врожденный сифилис	116
Тема 5: Диагностика сифилиса.....	121
Тема 6. Лечение и профилактика сифилиса	125
Глава 5. Инфекции передаваемые половым путем	127
Тема 1. Гонорея	127
Тема 2. Негонорейные уретриты.....	132
5.2.1. Урогенитальный трихомониаз.....	132
5.2.2. Хламидиоз	134
Литература.....	135

Введение

В учебном пособии представлены современные сведения об анатомо-физиологических особенностях кожи, барьерных свойствах кожи. Освещены вопросы этиопатогенеза хронических дерматозов. Дан обзор клиники и принципов терапии, наиболее часто встречающихся в практике дерматовенеролога нозологий. Приведены принципы коррекции. Для полноты представленного материала и систематизации знаний учебное пособие проиллюстрировано таблицами и рисунками. С целью проверки собственных знаний представлены вопросы для самоконтроля и клинические задачи с эталонами ответов.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной подготовки клинических интернов и ординаторов, обучающихся по специальности «дерматовенерология», а также может быть использована для студентов, обучающихся по образовательным программам «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело» при освоении программы по дисциплине «Дерматовенерология».

Глава 1. ОБЩАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Тема 1: Анатомия и физиология кожи

Цель: знать строение кожи: эпидермиса, дермы, подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы к семинару:

1. Строение эпидермиса.
2. Строение дермы.
3. Строение подкожно-жировой клетчатки.
4. Функции кожи
4. Вопросы для самоконтроля.

Общая характеристика кожного покрова

Кожа покрывает все тело человека, а ее площадь равна 1,5–2 м² в зависимости от возраста, роста и пола. Вес кожи составляет приблизительно 15 % процентов от общей массы тела. Сосудистая система кожи вмещает треть всей крови, что циркулирует в организме, а именно – 1,6 литра. Оттенок кожи определяется тем, как расположены капилляры и в каком они состоянии. На кусочке человеческой кожи размером с пятикопеечную монету находится более 1000 нервных окончаний, 645 потовых желез, 75 сальных желез, 65 волосных мешочков, 25 метров нервных волокон и 6 метров кровеносных сосудов. Кожа отделяет внутреннюю среду организма от внешнего мира. Кожный покров связан со всеми внутренними органами и системами, осуществляет и регулирует взаимодействие между организмом и внешней средой

Состояние кожи определяется следующими параметрами: влажность, увлажненность, профиль, пигментация, состояние сосудов, чувствительность, аллергия.

Строение кожи

Эпидермис

- роговой слой
- блестящий слой
- зернистый слой
- шиповатый слой
- базальный слой

Дерма

- сосочковый слой

- сетчатый слой
- кровеносные и лимфатические сосуды
- мышечные волокна
- нервные окончания
- придатки кожи: волосы, ногти, сальные и потовые железы

Гиподерма

- подкожно-жировая клетчатка
- соединительная ткань
- кровеносные и лимфатические сосуды
- нервные и мышечные волокна

Строение эпидермиса

Эпидермис – это верхний, постоянно обновляющийся слой кожи, через базальную мембрану эпидермис может влиять на клетки дермы, заставляя их усиливать или замедлять синтез различных веществ. Эта идея используется при разработке некоторых косметических средств, в которые вводятся особые молекулы – биорегуляторы, запускающие процесс дермо-эпидермального взаимодействия.

Наиболее важные функции эпидермиса – защита от факторов окружающей среды (барьерная функция), предупреждение обезвоживания и иммунный надзор. Роговой слой играет наиболее важную роль в защите от токсинов и обезвоживания. Основную прочность кожи обеспечивают роговой и блестящий слои эпидермиса. Ультрафиолетовое излучение эффективно отражается роговым слоем и поглощается меланосомами.

Эпидермис состоит из 4 или 5 слоев:

- роговой слой
- блестящий слой (ладони, подошвы)
- зернистый слой
- шиповатый слой
- базальный слой

Клетки эпидермиса

Структурно-функциональной единицей эпидермиса является кератиноцит.

Кератиноциты – основные клетки эпидермиса, которые повторяют в миниатюру путь каждого живущего на земле организма.

Меланоциты – крупные отростчатые клетки располагаются на базальной мембране и способны вырабатывать пигмент меланин –

вещество темно-коричневого цвета. Меланоциты передают меланин кератиноцитам. Пигмент меланин защищает организм от вредного воздействия лучистой энергии. Меланоциты начинают действовать, когда кожа открыта попаданию прямых солнечных лучей, вырабатывая все больше и больше меланина и пытаясь таким образом защитить кожу. Крупные молекулы пигмента меланина отражают солнечные лучи, защищая от повреждения ультрафиолетом внутренние органы. Именно меланин придает коже загорелый вид после пребывания на солнце. Он поглощает ультрафиолетовые лучи солнца, но не полностью, поэтому солнце хотя и в меньшей мере, но вредит клеткам кожи, что приводит к преждевременному старению и даже развитию рака кожи.

Клетки Меркеля – отвечают за чувствительность кожи, поэтому их назвали осязательными клетками. – рецепторные клетки, которые воспринимают осязательные раздражения, возникающие при соприкосновении кожи с предметами окружающей среды, и передают их чувствительным клеткам. Располагаются на особо чувствительных участках кожи. Больше всего клеток Меркеля обнаруживается на губах, ладонях, ступнях, в эрогенных зонах.

Клетки Лангерганса – белые отростчатые клетки, располагаются преимущественно в шиповатом слое, осуществляют иммунные функции, защищают кожу от внешнего вторжения и управляют деятельностью других клеток. Клетки Лангерганса исполняют роль стражей порядка, то есть защищают кожу от внешнего вторжения и управляют деятельностью других клеток. Располагаются преимущественно в шиповатом слое. Отростки клеток Лангерганса пронизывают все слои эпидермиса, достигая уровня рогового слоя, осуществляя иммунный надзор.

Клетки Лангерганса контролируют размножение клеток базального слоя, поддерживая его на оптимально низком уровне. При стрессовых воздействиях, когда на поверхность кожи действуют химические или физические травмирующие факторы, клетки Лангерганса дают базальным клеткам эпидермиса сигнал к усиленному делению.

Неклеточные элементы эпидермиса:

- Межклеточное вещество

- Жиры
- Жирные кислоты
- Холестерин
- Аминокислоты
- Сахара
- Другие водорастворимые вещества

Дерма – собственно кожа

Поверхностная, сосочковая дерма представляет собой относительно тонкую зону, располагающуюся под эпидермисом, представлена сосочками, которые погружаются в эпидермис.

Сетчатый слой представлен коллагеновыми, эластическими, волокнами соединительной ткани.

Структурно-функциональной единицей дермы является фибробласт, в котором и происходит синтез коллагена, эластина и протеогликанов.

Клетки дермы

- фибробласты – синтез гликозаминогликанов (ГАГ), коллагена, эластина
- фиброциты – дифинитивная часть фибробластов
- фиброкласты – разрушение и внутриклеточное переваривание фрагментов коллагена
- миофибробласты – способны к констрикции

Волокна дермы

Коллаген – различают четыре уровня организации коллагеновых волокон:

- молекулы тропоколлагена
- протофибриллы
- фибриллы
- волокна

Эластические волокна – в отличие от коллагеновых, тонкие, иногда разветвлены, образуют друг с другом многочисленные связи (анастомозы). Они образованы глобулярным белком эластином (включающим одну полипептидную цепь). Эти глобулярные молекулы с помощью остатков лизина соединяются в цепочки (протофибриллы), обладающие способностью к растяжению и эластичности.

Аморфное вещество дермы

Основные характеристики аморфного вещества дермы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика аморфного вещества дермы

Состав:	Основное аморфное вещество
Протеогликаны	а) Главный компонент этой субстанции гликозаминогликаны – <ul style="list-style-type: none">• длинные цепи гиалуроновой кислоты, а также• сульфатированные гликозаминогликаны (хондроитинсерная кислота и др.);
Другие компоненты	в составе аморфного вещества могут быть <ul style="list-style-type: none">• гликопротеины (белки с олигосахаридными боковыми цепями), синтезируемые фибробластами;• белки, поступающие из плазмы крови: альбумин (60 % всего альбумина организма) и глобулины;• неорганические ионы, которые также поступают из крови.

Характеристика слоев дермы

Основные характеристики сосочковой и сетчатой дермы представлены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика слоев дермы

	Сосочковый слой	Сетчатый слой
Клетки	Фибробласты Макрофаги Тучные клетки (и др.)	Фибробласты
Волокна	Тонкие коллагеновые Эластические	Мощные пучки коллагеновых волокон, образующие трёхмерную сеть (строение которой зависит от функциональной нагрузки на участке кожи). Сеть эластических волокон.
Другие элементы	Небольшие пучки гладких миоцитов: одни связаны с волосом и поднимают его; другие вызывают появление «гусиной кожи» и сжимают при этом мелкие сосуды.	Потовые железы. Сальные железы. Корни волос (волосяные фолликулы).

	Сосочковый слой	Сетчатый слой
Линии на коже	Сосочкам дермы соответствуют на «толстой» коже гребешки эпидермиса. (Это лежит в основе дактилоскопии).	Сеть коллагеновых волокон сетчатого слоя обуславливает появление линий Лангера. Это более крупный рисунок, видимый, например, на запястье в виде ромбовидной сети.

Подкожно-жировая клетчатка (гиподерма)

третий, самый внутренний слой кожи, состоит из жировых долек, разделенных фиброзными перегородками, кровеносных и лимфатических сосудов, мышечных и нервных волокон. Особенно хорошо развита в тех участках кожи, которые подвергаются механическим воздействиям (подушечки пальцев, ладони, подошвы)

Состоит из долек, разделенных коллагеновыми волокнами, образующими соединительно-тканые перегородки (септы).

Структурно-функциональной единицей гиподермы является адипоцит.

Жировая клетка, или адипоцит – это клетка жировой ткани, специализированная на синтезе и накоплении больших частичек жира

Функции гиподермы

- сохраняет тепло
- поглощает энергию механических воздействий (удары)
- энергетический резерв организма

У женщин (в отличие от мужчин) септы расположены вертикально, более крупные дольки, рыхлая жировая ткань



Рис.1. Различие в строении гиподермы по полу

Рецепторы адипоцитов

2 типа рецепторов: альфа- и бета-рецепторы

альфа-рецепторы отвечают за липогенез

бета-рецепторы обеспечивают липолиз

Адипоциты функционируют под контролем катехоламинов (адреналин и норадреналин), которые имеют более выраженное сродство с альфа-рецепторами. У женщин альфа-рецепторы преобладают на адипоцитах, расположенных в области ягодиц, бедер и с внутренней стороны колен.

Кожные железы

1. Потовые железы

– мерокриновые

– апокриновые

2. Сальные железы

Потовые железы – располагаются на границе дермы и гиподермы. Наиболее богата потовыми железами кожа лица, ладоней и подошв, подмышечных и паховых складок. Смешиваясь, секрет сальных и потовых желез образует водно-липидную мантию кожи, которая является первым звеном защиты (Таблица 3).

Таблица 3

Характеристика потовых желез

Кол-во потовых желёз	а) Средняя концентрация – 200 желёз/см ² кожи. б) Общее количество - $2 \cdot 10^2 \text{ 1/см}^2 \cdot 2 \cdot 10^4 \text{ см}^2 \text{ (площадь кожи)} = 4.000.000 \text{ желёз.}$
Пот	а) Объём пота – 600-700 мл/сутки. б) Состав: 98 % – вода, 2 % – твёрдые компоненты: <ul style="list-style-type: none">• соли (NaCl и др.)• продукты метаболизма (лактат, мочеви́на, мочева́я кислота, и др.),• некоторые белки.
Функциональное значение	<ul style="list-style-type: none">• это один из способов теплоотдачи• дополнительный способ выделения• продуктов обмена.
Регуляция	Большинство потовых желёз стимулируется симпатической нервной системой, но эффекторным медиатором является не норадреналин, а ацетилхолин.

а) По морфологии потовые железы – простые неразветвлённые трубчатые.

б) По характеру секреции бывают двух видов: мерокриновые (экриновые) и апокриновые (Таблица 4).

Таблица 4

Характеристика мерокриновых и апокриновых желез

	Мерокриновые железы	Апокриновые железы
Локализация	Составляют большинство потовых желёз.	Находятся в <ul style="list-style-type: none"> • подмышечных впадинах, • аногенитальной области.
Тип секреции	Выделяя секрет, клетки сохраняют свою целостность.	Выделение секрета сопровождается разрушением апикальных отделов секреторных клеток.
Состав секрета	Содержание органических веществ – низкое (около 2 %).	а) В секрете – относительно много (до 5 %) органических веществ (в т.ч. белков секреторных клеток). б) При их разложении на поверхности кожи – резкий запах.

Сальные железы – по характеру секреции – голокринные т.е. секреторные клетки, выделяя секрет, полностью разрушаются. Сальные железы располагаются более поверхностно, нежели потовые железы, – на границе сетчатого и сосочкового слоёв дермы. – стимулируют функциональную активность тестостерон и прогестерон. Андрогены стимулируют работу сальных желез, эстрогены – угнетают. Клетки-мишени – клетки сальных желез. Выделение кожного сала из сальных желёз стимулируется при сокращении мышцы, поднимающей волос, т.е. при охлаждении организма (Таблица 5).

Себоциты

Среди себоцитов различают:

- малодифференцированные базальные (или камбиальные) клетки, способные к митотическим делениям
- секреторные клетки на разных стадиях жирового перерождения. Последние имеют
 - ✓ большой объём, светлую ячеистую цитоплазму и
 - ✓ постепенно смещаются к выводному протоку.

Смесь перерождённых и разрушенных себоцитов и составляет кожное сало.

Секрет – кожное сало. Продукция кожного сала – 20 г/сутки.

Состав:

- 60 % – нейтральный жир (триглицериды),
- 40 % – сквален (нециклический углеводородный предшественник холестерина), сам холестерин и восковые эфиры.
- Углеводы следы
- Сапрофиты (бактерии, грибки) Благодаря сальным железам, pH на поверхности кожи – слабокислый (4,5-5,5).

!!!

СЕБОРЕЯ – РЕЗУЛЬТАТ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ В КОЖЕ

Таблица 5.

Характеристика сальных желез

Распространение	<ul style="list-style-type: none">• Сальные железы имеются на всей площади «тонкой» кожи (т.е. данных желёз нет только в «толстой» коже ладоней и подошв).• При этом большая часть желёз связана с волосами, открываясь своими выводными протоками в волосяные воронки.• Себорейные участки – лицо, волосистая часть головы, «декольте», межлопаточная область
Концентрация	<ul style="list-style-type: none">• С 1 волосом связано по 1-3 железы.• В расчёте на площадь кожи, получается 50-800 желёз/см², в зависимости от участка тела (больше всего – в коже головы).

Кровоснабжение кожи

Поверхностная сосудистая сеть кожи – локализация сосочковая дерма

Глубокая сосудистая сеть кожи – локализация на границе сетчатой дермы и гиподермы.

Микроциркуляторная единица как источник тканевого питания состоит из артериол, капилляров, венул, лимфатических сосудов, соединительнотканых элементов, специфических для данного органа клеток, снабженных нервными окончаниями. Из таких единиц формируются системы 1-го, 2-го порядка (рси.2.).

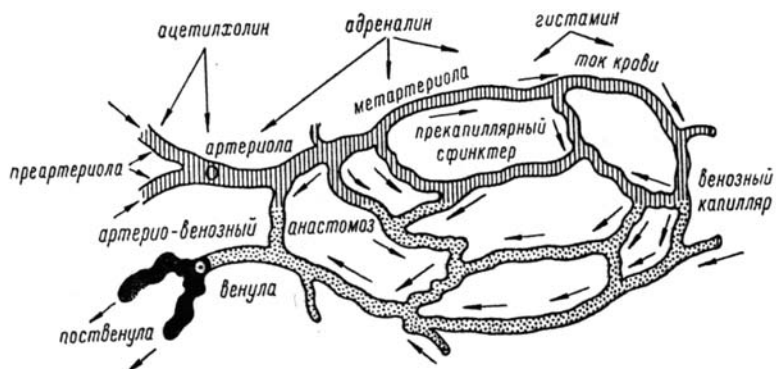


Рис. 2. Строение микроциркуляторного русла в дерме

Капилляры представляют собой наиболее тонкостенные сосуды микроциркуляторного русла, состоящие из одного слоя эндотелиоцитов и перицитов с тонкой базальной мембраной между ними. Капилляры, расположенные в сосочках дермы, имеющие форму дамской шпильки, обращены венозной частью к поверхности кожи (рис.3.).

Особенности строения кровеносной системы кожи лица:

1. Взаимосвязь поверхностных сосудистых сетей лица с кровеносными сосудами желудка
2. Большое количество сосудов в области вокруг глаз (периорбитальной области).

Схема функционирования капилляра

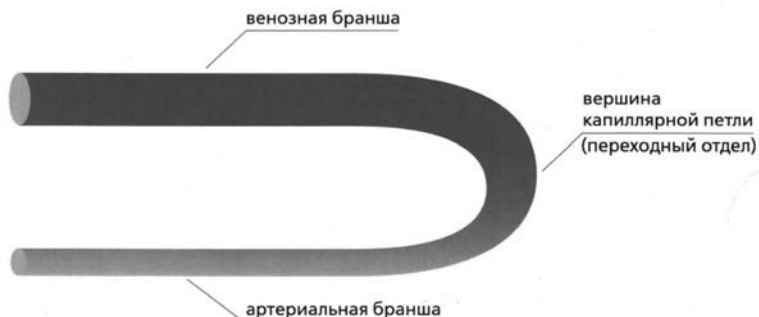


Рис. 3. Схема строения капилляра

Тип кожи по строению

Толстая кожа – на ладонях и подошвах, в эпидермисе – 5 слоёв. Роговой слой – очень толстый: ороговевшие клетки образуют несколько десятков рядов. Сосочки дермы выражены особенно сильно: это увеличивает площадь базального (росткового) слоя эпидермиса. В дифференцировку вступает большее количество клеток. Здесь не растут волосы.

Тонкая кожа – в остальных участках тела. В эпидермисе – отсутствует блестящий слой. Роговой слой – тонкий: содержит 3-4 ряда ороговевших клеток. Сосочки дермы выражены слабо. Растут волосы.

Функции кожи

Таблица 6

Функции кожи

1. Кератиноциты	<ul style="list-style-type: none">• Барьерная функция.• Образование активной формы витамина D.• Привлечение Т-лимфоцитов
2. Эпителиальные макрофаги и Т-лимфоциты	<ul style="list-style-type: none">• Участие в иммунных реакциях.
3. Меланоциты	<ul style="list-style-type: none">• Защита подлежащих тканей от УФ-излучения.
4. Клетки Меркеля и рецепторные окончания	Восприятие <ul style="list-style-type: none">• прикосновения• давления• боли• температуры
5. Сосуды и гладкие миоциты дермы	<ul style="list-style-type: none">• Депонирование крови.• Теплоотдача (путём теплопередачи) и её регуляция.
6. Потовые железы	<ul style="list-style-type: none">• Ещё один способ теплоотдачи (путём испарения).• Выделение некоторых продуктов обмена.
7. Сальные железы	<ul style="list-style-type: none">• Ограничение теплопотери.• Смазка кожи, в т.ч. усиление её гидрофобности.• Бактерицидное и фунгицидное действие.
8. Волосы и ногти.	<ul style="list-style-type: none">• Отчасти защитная функция (ногти).• У человека, в основном, – косметическая функция.

Вопросы для самоконтроля:

1. Слои эпидермиса и их строение.
2. Особенности строения кожи ладоней, подошв, лица, крупных складок.

3. Где вырабатывается и располагается пигмент меланин. Процесс меланогенеза. Какой еще можно встретить пигмент в коже при ее патологии.

4. Клеточный состав дермы.

5. Соединительная ткань дермы.

6. Кровоснабжение дермы и подкожно-жировой клетчатки.

7. Особенности кровоснабжения кожи ладоней и подошв.

8. Особенности трофики эпидермиса.

9. Придатки кожи.

10. Нервные рецепторы в коже (в эпидермисе, дерме, подкожной клетчатке).

Тема 2: Морфологические элементы кожи

Цель: изучить морфологические элементы кожи.

Вопросы к семинару:

1. Первичные морфологические элементы кожи. Их классификация, эволюция.

2. Вторичные морфологические элементы кожи. Их классификация, эволюция.

3. Вопросы для самоконтроля.

2.1. Первичные морфологические элементы кожи

Бесполостные элементы

- Пятно
- Папула (узелок)
- Бугорок
- Узел
- Опухоль

Полостные элементы

- Пузырек
- Пузырь
- Киста
- Пустулы
 - ✓ Связанные с волосом
 - ✓ Не связанные с волосом

2.2. Вторичные морфологические элементы – это результат эволюции первичных морфологических элементов

- Шелушение
- Трещины
- Эрозии
- Язвы
- Рубцы
- Лихенификация
- Вегетации

2.3. Вопросы для самоконтроля:

1. Бесполостные первичные элементы.
2. Разновидности пятен.
3. Виды папул в зависимости от их размеров.
4. Первичные элементы, в процессе эволюции которых возможно образование эрозий.
5. Какие первичные элементы склонны изъязвляться?
6. На месте каких первичных элементов формируются рубцы?
7. На какой глубине залегает клеточный инфильтрат узелка, бугорка, узла?
8. Полостные элементы.
9. Различие между пузырьком и пузырем.
10. Виды пустул, связанных с волосяным фолликулом.
11. Волдырь: полостной или бесполостной элемент?
12. Эволюция эрозии и язвы.
13. Виды рубцов.
14. В чем заключается мономорфизм и полиморфизм высыпаний?

Глава 2. Инфекционные болезни кожи

Тема 2.1. Алергодерматозы

Цель: изучить патогенетические основы развития аллергодерматозов, знать их классификацию, уметь диагностировать, проводить дифференциальный диагноз и лечить аллергодерматозы, проводить рациональную профилактику.

Вопросы к семинару:

1. Дерматиты (простые и аллергические).
2. Токсидермии.
3. Экзема.
4. Атопический дерматит.
5. Крапивница.

2.1.1. Дерматиты

- острое воспаление кожи, возникающее под влиянием непосредственного воздействия внешнего раздражителя.
- после прекращения действия раздражителя, воспалительная реакция кожи ослабевает и явления дерматита исчезают полностью.
- повторное воздействие раздражителя вызывает новое воспаление кожи.

Этиология дерматитов

- механические раздражители (давление, трение)
- химические раздражители (кислоты, щелочи)
- физические раздражители (высокий и низкие температуры, излучение)

Виды дерматитов

Острый дерматит

- ярко выраженная эритема
- отек
- везикулезные и буллезные высыпания
- или происходит некроз тканей с изъязвлениями

Хронический дерматит

- неяркая гиперемия
- инфильтрация
- лихенификация
- гиперкератоз или атрофия

Простой контактный (артифициальный) дерматит

- Возникает на месте воздействия раздражителя
- Отсутствует сенсибилизация и тенденция к распространению
- Проявляются в быту ожогом, отморожением, потертостью кожи

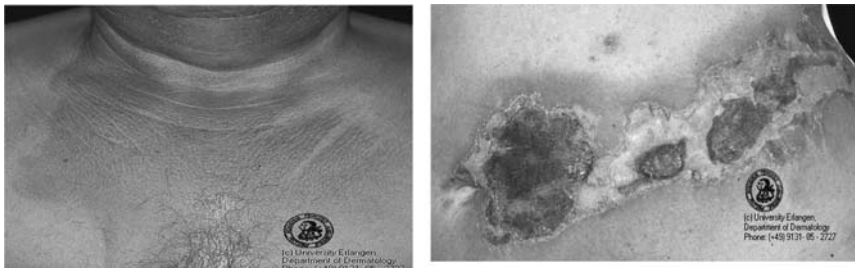


Рис.3. Контактный простой дерматит

Потертость

- возникает после длительного давления, трения;
- в участке поражения появляются краснота, отек, жжение, болезненность;
- затем пузыри вскрываются и образуя болезненные эрозии;
- после прекращения действия раздражителя высыпания регрессируют, оставляя де- или гиперпигментации.

Омозелелость

- выраженный гиперкератоз желто-бурого цвета
- гладкая или шероховатая поверхность
- в основном на ладонях и подошвах

Опрелость

- в складках кожи при трении соприкасающихся поверхностей кожи;
- эритема, трещины, эрозии, мацерация;
- очаги поражения имеют неровные края;
- зуд, жжение.

Острый солнечный дерматит

- гиперемия
- отек
- пузырьки

- пузыри
- жжение
- болезненность

Хронический солнечный дерматит

У людей, профессия которых связана с длительной инсоляцией (рыбаки, моряки) Кожа утолщена, инфильтрованная, пигментированная, сухая, нередко с трещинами и участками атрофии.

Дерматит от воздействия электрического тока

- в месте контакта и выхода твердый струп серого цвета
- безболезненность и полная потеря чувствительности в очаге поражения
- вокруг струпа эпидермолиз
- после заживления остается рубец

Острый лучевой дерматит

- эритема с фиолетовым оттенком и отеком
- пузырьки
- выпадение волос
- некроз
- после регресса:
- атрофия
- алопеция
- телеангиэктазии
- рубцы

Хронический лучевой дерматит

- пойкилодермия (пестрота)
- сухость и истончение
- телеангиэктазии
- гипердепигментированные пятна
- ониходистрофии
- чувство зуда

Фитодерматит

- вызывается рядом растений (борщевик, первоцвет, герань, лютик)
- на кистях, предплечьях, реже на лице:
- отек

- эритема
- пузырьки, пузыри, волдыри
- сильный зуд, жжение

Лечение контактных дерматитов

- выявление и устранение действия раздражителя;
- средством скорой помощи при попадании на кожу концентрированных кислот и щелочей является обильное и длительное промывание водой очага поражения;
- при выраженном зуде и нарушении сна показаны антигистаминные препараты 1-го поколения:
 - ✓ хлоропирамин в/м 20мг(1мл), 1-2 р/сутки №10
 - ✓ глюконат кальция 10 % в/м 5-10мл, 1 р/сутки №10 и др.;
- при выраженной эритеме с отеком показаны примочки (2 % раствор борной кислоты и др.) и кортикостероидные мази (синалар, фторокорт, флюцинар и др.);
- при везикуло-буллезной стадии производят вскрытие пузырей с сохранением их покрывки и пропитыванием ее дезинфицирующими жидкостями (метиленовая синь) и наложением эпителизирующих и дезинфицирующих мазей (2-5 % дерматоловая, целестодерм с гирамицин и др.).

2.1.2. Токсидермия

- острое токсикоаллергическое воспалительное поражение кожи.
- представляет собой аллергическую реакцию на введение в организм веществ, обладающих сенсibiliзирующими свойствами.

Медикаментозная токсикодермия

- возникает остро
- эритема, волдыри, пузырьки, пузыри, узелки, кровоизлияния, пигментации
- высыпания симметричны, имеют склонность к слиянию
- при разрешении возникает шелушение
- зуд
- йодистая токсидермия – угревая сыпь («бромистые» угри)
- токсидермии, вызванные антибиотиками – распространенные шелушащиеся эритематозные пятна

Алиментарная

- возникает остро
- эритема, волдыри, пузырьки, пузыри, узелки, кровоизлияния, пигментации
- высыпания симметричны, имеют склонность к слиянию
- при разрешении возникает шелушение
- зуд

Распространенная

- появление многочисленных пятнистых, уртикарных, папулезных, папуловезикулезных элементов, сопровождающихся зудом
- нередко в процесс вовлекаются слизистые оболочки, на которых возникают эритематозно-отечные, геморрагические и буллезно-эрозивные элементы, высыпания

Фиксированная

- причина – прием сульфаниламидов, анальгетиков
- возникает одно или несколько отечных гиперемированных пятен овальных очертаний, в центре которых пузырь.
- локализуется на гладкой коже, слизистых оболочках полости рта и половых органов

Пятнистая

- зудящие пятна (эритематозные, геморрагические и пигментные)
- располагаются изолированно
- на поверхности очагов поражения может наблюдаться шелушение

Папулезная

- после приема тетрациклина, препаратов йода
- на разгибательной поверхности конечностей
- распространенные, полигональной формы папулы

Пустулезная

- после приема галогеновых препаратов (йода, брома, фтора)
- пустулезные высыпания или островоспалительные папулы
- в центральной части определяются пустулы

Узловатая

- болезненные островоспалительного характера узлы
- возвышаются над поверхностью кожи

Везикулезная

- мелкие или крупные пузырьки
- носят диссеминированный характер
- окружены ободком гиперемии

Буллезная

- после приема препаратов йода
- распространенные или ограниченные буллезные высыпания
- по периферии которых отмечается ободок гиперемии

Синдром Лайелла – острый эпидермальный некролиз

- некролиз эпидермиса и эпителия
- процесс носит распространенный характер
- на коже и слизистых оболочках возникают пузыри, которые быстро вскрываются с образованием мокнущих ярко-красных эрозий
- эпидермис легко отторгается и свисает обширными лоскутами
- симптом Никольского резко положительный

2.1.3. Экзема

- рецидивирующее воспаление верхних слоев кожи
- результат влияния внутренних, хронических заболеваний организма, к которым прежде всего относятся:
 - ✓ нарушения работы нейро-эндокринной системы,
 - ✓ заболевания желудочно-кишечного тракта,
 - ✓ истинная аллергияпатология,
 - ✓ генетическая предрасположенность,
 - ✓ сбои в работе иммунной системы,
 - ✓ гормональные сдвиги,
 - ✓ микозы,
 - ✓ заболевания печени и желудка,
 - ✓ нервное напряжение, постоянные стрессы.

Теории возникновения экземы

- неврогенная – большое влияние в развитии истинной экземы придается рефлекторным влияниям, исходящим из центральной нервной системы с преобладанием парасимпатических.
- аллергическая – поливалентная сенсibilизация

Эволюционный полиморфизм

- гиперемия, серопапулы, микровезикулы, эрозии, капельное мокнутие, корочки, а также отек кожи.

Клинические формы экземы

Острая экзема

- продолжительность заболевания до 2 месяцев;
- яркая отечная эритема (артериальная гиперемия);
- выражено мокнутие;
- отсутствие инфильтрации и лихенификации

Хроническая экзема

- продолжительность заболевания более 2 месяцев;
- цианотичная эритема (венозная гиперемия);
- мокнутие менее выражено;
- наличие инфильтрации и лихенификации;
- наличие ремиссии.

Хроническая рецидивирующая экзема

- продолжительность заболевания более 2 месяцев;
- цианотичная эритема (венозная гиперемия);
- мокнутие менее выражено;
- наличие инфильтрации и лихенификации;
- отсутствие ремиссии: вслед за рецидивом следует новый рецидив.

Истинная экзема

- (идиопатическая) в острой стадии характеризуется: везикулами, активной гиперемией и точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корками, экскорияциями, реже – папулами и пустулами (со стерильным содержимым);
- границы очагов нечеткие;
- процесс симметричный, чаще локализуется на лице и конечностях с чередованием участков здоровой и пораженной кожи («архипелаг островов»);

Себорейная экзема

- часто ассоциируется с наличием в очагах поражения *Pityrosporum ovale*;

- поражаются волосистая часть головы, лоб, складки кожи за ушными раковинами, верхняя часть груди, межлопаточная область, сгибы конечностей;
- границы очагов четкие, волосы склеены. В складках кожи – эволюционный полиморфизм;
- на туловище и конечностях – желто-розовые шелушащиеся пятна с четкими границами, в центре очагов – иногда мелкоузелковые элементы.

Микробная экзема (паратравматическая)

- моновалентная сенсibilизация;
- асимметричные очаги поражения, центральная часть которых покрыта гнойными корками; после снятия корок обнажается эрозивная поверхность с мокнутием в виде «колодцев»;
- границы очагов четкие;
- зуд интенсивный;
- последующие высыпания микровезикул, папул вокруг первичного очага способствуют постепенному стиранию его границ и происходит трансформация в истинную экзему.

Профессиональная экзема

- контакт с раздражающими веществами в условиях производства;
- моновалентная сенсibilизация;
- поражаются открытые участки кожи;
- течение длительное, но регресс быстро наступает после устранения контакта с производственным аллергеном;
- диагноз устанавливается профпатологом;

Таблица 7

Дифференциальная диагностика с контактным аллергодерматитом

Признаки	Контактный аллергический дерматит	Экзема
Сенсibilизация	моновалентная	поливалентная
Патологический процесс	не выходит за пределы действия причинного агента	выходит за пределы действия причинного агента
С прекращением действия причины	начинает стихать	продолжает развиваться

**Дифференциальная диагностика с диффузным
атопическим дерматитом**

Признаки	Экзема	Диффузный атопический дерматит
Начало заболевания	в молодом, среднем и старшем возрасте	в раннем детском возрасте
Возрастные фазы	отсутствуют	присутствуют
Лихеноидные папулы	отсутствуют	присутствуют
Атопическое лицо	отсутствует	присутствует
Дермографизм	красный	белый
Ig E	в пределах нормы	повышен

Лечение экземы

Общая терапия

- диета: исключение острого, соленого, копченого, маринованного;
- седативные: комплекс экстрактов лекарственных растений;
- десенсибилизирующие: кальций глюконат 10 % раствор в/м 10 мл 1 р/день в течение 10 сут. или натрия тиосульфат 30 % раствор в/в 10 мл 1 р/день в течение 10 сут и др.
- антигистаминные: супрастин 0,25 по 1 т.х2 р/д, №10

Местная терапия

- примочки в мокнущей стадии: растворы: риванола (0,1 %), резорцина (1-2 %), азотнокислого серебра (0,1-0,25 %), таннина (1-10 %), марганцовокислого калия (1 %), 6-8 слоев марли пропитывают одним из растворов, отжимают и накладывают на очаг поражения. Раствор должен быть холодным. Повязку менять каждые 5-30 мин, в зависимости от быстроты высыхания и согревания ткани;
- аэрозоли: Окситетрациклин+гидрокортизон, местно 2 р/сут в течение 5-10 сут.

2.1.4. Атопический дерматит

- это хроническое аллергическое заболевание, которое:
- развивается у лиц с генетической предрасположенностью к атопии;

- имеет рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений;
- характеризуется экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями;
- сопровождается повышением уровня сывороточного IgE и гиперчувствительностью к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям

Наследственность

- отягощенность наследственного анамнеза проявляется в наличии у близких родственников нейродермита, пищевой аллергии, поллиноза, бронхиальной астмы.
- связь с atopическими заболеваниями чаще выявляется по линии матери(60-70 %), реже -по линии отца.

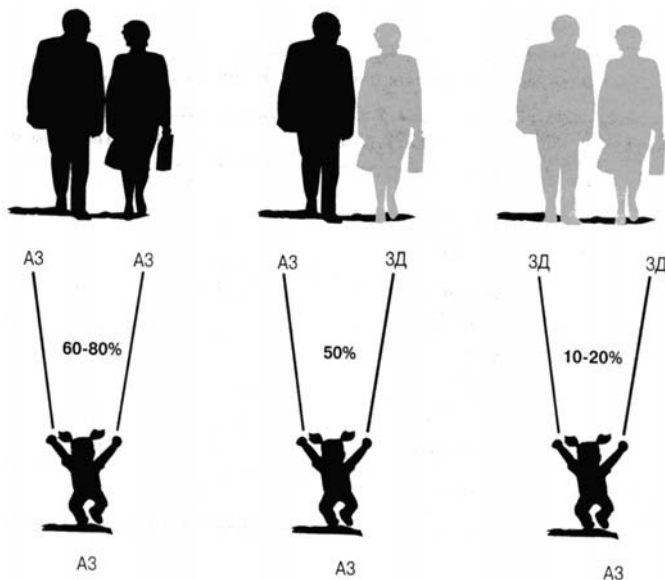


Рис.4. Вероятность наследования atopического дерматита (АЗ – atopическое заболевание; ЗД – здоровый)

Атопия

При атопии имеется готовность организма к реализации реакции гиперчувствительности немедленного типа на любое поступление в организм чужеродных белков или полисахаридов.

В основе атопии лежит:

- активация Т-хелперов II типа (CD4+)
 - гиперпродукция общего IgE и специфических IgE- антител
- Гиперреактивность кожи*
- проявляется в виде повышенного синтеза тучными клетками кожи провоспалительных биологически активных веществ: гистамина, серотонина, брадикинина и т.д.
 - склонность к гиперреактивности кожи становится тем фактором, который определяет реализацию атопической болезни.

Таблица 9

Факторы, способствующие развитию атопического дерматита

Причинные (триггерные) факторы		Факторы, усугубляющие действие триггеров
Аллергенные	Неаллергенные	
Пищевые	Психоэмоциональные нагрузки	Климато-географические
Бытовые	Изменение метоситуации	Нарушение характера питания
Пыльцевые	Табачный дым	Нарушение правил режима и ухода за кожей
Эпидермальные	Пищевые добавки	Бытовые условия
Грибковые	Поллютанты	ОРВИ
Бактериальные	Ксенобиотики	
Вакцинальные		

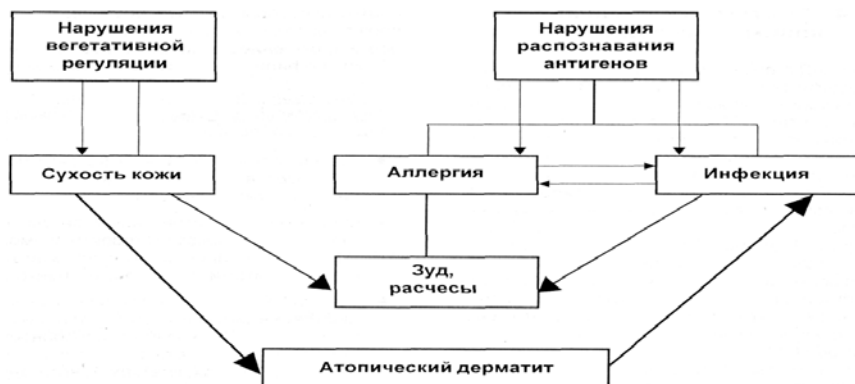


Рис. 5. Схема патогенеза атопического дерматита

Рабочая классификация атопического дерматита

Стадии развития, периоды и фазы болезни	Возрастные фазы	Распространенность	Тяжесть течения
Начальная стадия Стадия обострения • острая фаза • хроническая фаза Стадия ремиссии • неполная • полная Клиническое выздоровление	Младенческая Детская Пубертатная, Постпубертатная	Ограниченный Распространенный Диффузный легкое	Легкое Среднетяжелое тяжелое

Младенческая форма

- продолжается до 3 лет.
- в очагах полиморфизм сыпи: эритема, серопапулы, микровезикулы,
- точечные эрозии с капельным мокнутием, серозные корочки, шелушение.
- локализация поражений большей частью симметрична: лицо, конечности, туловище.
- дермографизм: красный или смешанный

Детская форма

- продолжается от 3 до 12 лет. Переход ко второй фазе происходит не резко, а постепенно. В эту форму происходит смена топографии:
- тенденция к складчатому расположению (локтевые и подколенные складки, шея, за ушами, вокруг запястий, реже в складке голеностопного сустава, в паховых и подключичных складках.
- даже при отсутствии выраженных воспалительных очагов на спине или на боковых поверхностях туловища можно увидеть полушаровидные папулы. Кожа приобретает сероватый оттенок. В детскую форму формируется “атопическое лицо”

Пубертатная форма

- нарастает лихенификация и сосудистые нарушения.
- уменьшаются островоспалительные явления.
- лихеноидные плоские полигональные папулы и округлые полушаровидные папулы становятся значительно крупнее, плотнее, приобретают сероватый цвет.

- наиболее ярко проявляются психосоматические нарушения, более выражена вегето-сосудистая дистония.

- дермографизм: белый, стойкий

Ограниченный атопический дерматит

- поражение ограничивается одной анатомической областью.
- за пределы очага воспаление не распространяется.

Диссеминированный атопический дерматит

- поражение затрагивает более 2 анатомических областей.
- воспаление выходит за пределы очагов.
- вне очагов поражения кожа имеет землисто-серый оттенок, нередко с отрубевидным или мелкопластинчатым шелушением.

Диффузный атопический дерматит

- поражается вся поверхность кожи (за исключением ладоней и носогубного треугольника).
- зуд выраженной интенсивности, приводящий к скальпированию кожи самим больным, особенно в области спины и конечностей.

Легкая степень

- в очагах легкая гиперемия, экссудация и шелушение, единичные папуло-везикулы.
- слабый зуд.
- увеличение лимфатических узлов до «горошины».
- частота обострений – 1-2 раза в год.
- продолжительность ремиссий – 6-8 месяцев

Средняя степень

- множественные очаги поражения на коже с достаточно выраженной экссудацией и лихенификацией, экскориациями и геморрагическими корками.
- зуд умеренный или сильный.
- лимфатические узлы увеличены до «лесного ореха» или «фасоли».
- частота обострений 3-4 раза в год.
- длительность ремиссий – 2-3 месяца.

Тяжелая степень

- множественные и обширные очаги поражения с выраженной экссудацией, стойкой инфильтрацией и лихенификацией, с глубокими линейными трещинами, эрозиями.

- зуд сильный «пульсирующий» или постоянный.
- полиаденит.
- частота обострений – 5 и более раз в год.
- ремиссия непродолжительная от 1 до 1,5 месяцев и, как правило, неполная.
- в крайне тяжелых случаях АД может протекать без ремиссий, с частыми обострениями.

Первичные элементы

- папулы.
- везикулы.
- папуло-везикулы (когда на папуле появляется везикула).
- плоские полигональные папулы.

Вторичные элементы

- чешуйки.
- серозные корки.
- эрозии.
- трещины.
- геморрагические корки.
- рубцы после глубоких трещин и эскориаций.
- лихенификация и эскориации.

Атопическое лицо

- застойная гиперемия.
- инфильтрация и лехинификация.
- хейлит и заеды.
- морщинистость кожи лба.
- разрежение или отсутствие бровей.

Таблица 11

Дифференциальный диагноз с нейродермитом Видаля

Признаки	Ограниченный атопический дерматит	Нейродермит Видаля
анамнез	болен с детства	болен в течение последних месяцев (с 17-19 лет)
возрастные фазы	имеются	не имеются
элементы сыпи	вокруг очага лихенификации – папулы	только лихенификация

Таблица 12

Дифференциальный диагноз с пруригинозной экземой

Признаки	Диффузный атопический дерматит	Пруригинозная экзема
анамнез	болен с детства	болен в зрелом возрасте
возрастные фазы	имеются	не имеются
элементы сыпи	папулы милиарные и лентикулярные, присутствует эритема, атопическое лицо, землисто-серый цвет кожи	разлитая эритема с папулами, микровезикулами, точечными эрозиями и капельным мокнутием
дермографизм	белый	красный

Таблица 13

Дифференциальный диагноз с чесоткой

Признаки	Диффузный атопический дерматит	Чесотка
анамнез	болен с детства	болен до месяца
зуд	постоянный	в вечерне-ночное время
элементы сыпи	папулы милиарные и лентикулярные, нет парности, присутствует эритема, атопическое лицо, землисто-серый цвет кожи	точечная парная папуло-везикулезная сыпь
эпид.анамнез	эпид.анамнез отсутствует	похожая симптоматика у проживающих в коллективе (в семье, классе, в комнате общежития и т.д.)

2.1.5. Крапивница

- аллергическое заболевание кожи и слизистых оболочек
- образование эфемерных высыпаний – волдырей, сопровождающихся зудом и жжением

*Этиология**Экзогенные раздражители:*

- крапива
- укусы насекомых)

Лекарственные средства:

- аминазин
- витамины группы В

- лечебные сыворотки, вакцины

Пищевые продукты:

- рыба, раки
- яйца, клубника, мед

Физические агенты:

- холод (холодовая крапивница)
- солнечные лучи (солнечная крапивница)

Патогенез

- аллергическая реакция гиперчувствительности немедленного типа
- обусловленная высоким содержанием в сыворотке крови биологически активных веществ, которые оказывают токсическое влияние на стенки кровеносных сосудов, повышая их проницаемость

Острая крапивница

- внезапное начало
- сильно зудящие уртикарные высыпания разной величины и локализации
- форма волдырей округлая, склонны к слиянию
- эфемерность волдырей – каждый элемент существует несколько часов и исчезает бесследно
- возможно поражение слизистых оболочек губ, языка, мягкого неба

Острая крапивница с отеком Квинке

- внезапное развитие ограниченного отека кожи и подкожной жировой клетчатки лица или половых органов
- кожа плотноэластической консистенции, белого, реже розового цвета
- субъективные ощущения отсутствуют, реже отмечаются жжение и зуд
- сочетается с уртикарными элементами на коже

Хроническая рецидивирующая крапивница

- длительное течение
- появление менее распространенных и менее отечных уртикарных элементов
- интенсивный зуд
- бессонница, раздражительность

- обширные экскориации, экзематизация, пустулы, пигментация кожи

Таблица 14

Дифференциальный диагноз с уртикарным типом полиморфнодермального ангиита

Признаки	Крапивница	Уртикарный васкулит
Субъективные ощущения	Выраженный зуд	Жжение или чувство раздражения кожи
Признаки системного поражения (артралгии, боли в животе и др.)	Нет	Могут быть
Лечение антигистаминными	+эффект	-эффект
Первичная или преимущественная локализация на нижних конечностях	нет	есть
Длительность существования сыпи	Эфемерность (до 1 суток)	Стойкость (1-3 суток и более)
Наличие сопутствующих сосудистых, аллергических, ревматических, аутоиммунных и других системных заболеваний	нет	есть

Тема 2. Буллезные дерматозы

Цель: уметь диагностировать и лечить вульгарную пузырчатку и герпетиформный дерматит Дюринга по рекомендации дерматолога. Знать основные принципы диспансеризации этих больных.

Вопросы к семинару:

1. Пузырчатка, ее клинические формы.
2. Герпетиформный дерматит Дюринга.

2.2.1. Пузырчатка

- вызывается представителем группы ретровирусов
- имеется генетическая предрасположенность
- в основе патогенеза лежат аутоиммунные процессы

Наследственность

- доминантный тип наследования – при простом эпидермолизе
- рецессивный тип – при дистрофическом эпидермолизе

Аутоиммунитет

- формирование «пемфигусподобных» аутоантител (класса IgG)

к цементирующей межклеточной субстанции и мембранам клеток шиповатого слоя

- иммунный комплекс антиген – антитело
- расслоение эпителия за счет анкатолиза (растворения межклеточного вещества, разрушения десмосом, что приводит к нарушению связей между клетками) с образованием внутриэпидермальных полостей

Характеристика пузырей в начале заболевания

- пузыри, обычно маленькие, напряженные, часто расположены на гиперемированном основании
- первичные высыпания обычно не поддаются терапии. Они продолжают появляться, образуя затем красные мокнущие эрозии, которые покрываются корками
- высыпания мало беспокоят больных

Характеристика пузырей в разгар заболевания

- высыпания располагаются на клинически не измененной коже
- пузыри имеют величину от горошины до яблока
- пузыри дряблые, форма их грушевидная
- содержимое пузырей прозрачное серозное, а в случае присоединения вторичной инфекции – гнойное

Характеристика эрозии

- овалы очертания, но вследствие периферического роста и слияния возникают эрозивные участки полициклических или географических очертаний
- размер колеблется от величины горошины до ладони и даже больше
- по краям видны обрывки эпидермиса или еще целые пузыри

Клинические формы

Вегетирующая пузырчатка

- в начале заболевания на клинически не измененной коже возникают пузыри
- на поверхности эрозий возникают папилломатозные грануляции
- локализация вегетаций: на местах перехода слизистых оболочек в кожу -на красной кайме губ, вульве, у ануса
- вегетации покрываются коричневато-желтоватыми корками

- при длительном существовании вегетации становятся плотными, с бородавчатыми наслоениями и явлениями гиперкератоза
- имеются плоские пузыри и эрозии

Вульгарная пузырчатка

- начинается с поражения СОПР и зева, затем кожа груди и спины
- пузыри, быстро вскрываясь, превращаются в болезненные, ярко-красные или покрытые белесоватым налетом эрозии, окаймленные обрывками эпителия
- пузыри на внешне не измененной коже, наполнены прозрачным серозным содержимым
- через несколько вскрываются, обнажая эрозии ярко-красного цвета

Листовидная пузырчатка

- встречается чаще, чем вегетирующая форма
- на клинически неизменной коже появляются дряблые с очень тонкой покрывкой пузыри
- под бывшими пузырями, экссудат которых подсох в корки, во вновь образовавшемся роговом слое формируется новый пузырь, также засыхающий в корки, под которыми вновь появляются пузыри
- образуются слоистые корки на покрасневшей коже

Дополнительные симптомы для подтверждения диагноза «пузырчатка»

Симптом Никольского

- если потянуть за покрывку пузыря пинцетом, то эпидермис легко отслаивается за пределы пузыря на значительное расстояние
- если потереть кожу на видимо здоровом участке, то образуется эрозия из-за отслойки поверхностных слоев эпидермиса

Симптом Асбо-Хансена

- увеличение пузыря на площади при надавливании на него пальцем

Симптом груши

- образование на коже или слизистых оболочках пузырей грушевидной формы
- обусловлено давлением экссудата на клетки шиповатого слоя эпидермиса, измененные акантолизом

Лабораторная диагностика

Клетки Тцанка

- акантолитические клетки
- образуются в результате потери связи кератиноцитов между собой
- очень крупное ядро интенсивно-фиолетового, занимающее почти всю клетку
- незначительный ободок цитоплазмы, резко базофильна

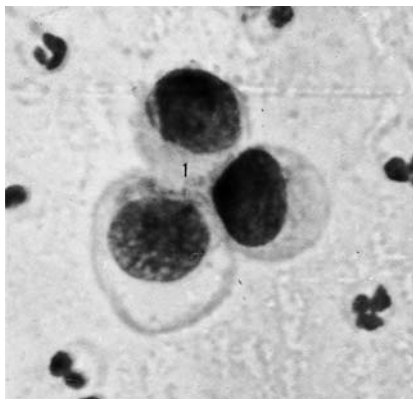


Рис. 6. Клетки Тцанка

Таблица 15

Дифференциальный диагноз с дерматитом Дюринга

Признаки	Дерматит Дюринга	Пузырчатка
Акантолиз	Отсутствует	Присутствует
Первичный элемент	Пузырьки и пузыри с напряженной покрывкой на измененной коже (инфильтрация в основании, гиперемия вокруг)	Пузырь с вялой покрывкой на неизменной коже
Эрозии	Небольшие, быстро эпителизируются	Обширные, без склонности к эпителизации
Характер сыпи	Полиморфизм сыпи	Мономорфизм сыпи
Расположение сыпи	Герпетиформное	Бессистемное
Поражение СОПР	Практически нет	В 100 %

Признаки	Дерматит Дюринга	Пузырчатка
Симптом Никольского	Отрицательный	Положительный
Клетки Тцанка	Не определяются	Определяются
Реакция на йод	Имеется	Отсутствует
Эозинофилия	Часто	Редко

Лечение

Кортикостероидная терапия

- высокие дозы стероидных гормонов
- суточная доза от 60 до 80 мг, дают 2-3 недели до наступления клинического улучшения (прекращения свежих высыпаний, эпителизации эрозий), затем медленно снижают по 1 таблетке 1 раз в 10 дней, затем по 0,5 таблетке 1 раз в 10 дней.
- полностью стероид не прекращают, а ведут больного на поддерживающей дозе. (одну таблетку или 1/4 таблетки).

2.2.2. Герпетиформный дерматит Дюринга

- хроническое заболевание кожи, характеризующееся истинным полиморфизмом сыпи и сильным зудом.

Этиология неизвестна. Заболевание встречается в любом возрасте, но чаще в 30-40 лет. Предполагают аутоиммунную природу заболевания: у абсолютного большинства больных имеется глютенчувствительная энтеропатия (синдром мальабсорбции) и выявление при прямой иммунофлюоресценции отложений IgA-антител против структурных компонентов дермальных сосочков и в дермоэпидермальном соединении. Установлена провоцирующая роль приема большого количества крахмала и йода, чрезмерной инсоляции и вирусных заболеваний. В случае манифестации в более старшем возрасте, при непрерывно рецидивирующем течении необходимо исключать паранеопластический синдром.

Группировка сыпи

Высыпания обычно симметричны, располагаются на разгибательной поверхности рук и ног, локтях, коленях и плечах, а также на крестце, ягодицах, пояснице, задней поверхности шеи, волосистой части головы и лице. Они часто группируются, нередко напоминая герпес.

Полиморфизм сыпи

Полиморфизм сыпи характеризуется наличием сразу нескольких первичных морфологических элементов: в очаге эритемы появляются папулы, везикулы, пузыри, волдыри. Уртикароподобные и папулезные высыпания могут возникать и без предварительной эритематозной стадии.

Выраженный зуд

Наблюдается не у всех. Выражен зуд особенно в начале приступа болезни, а также после употребления хлеба, каш, других мучных изделий, морепродуктов. В тяжелых случаях из-за мучительного зуда и жжения больные перестают спать, становятся раздражительными, ослабленными и истощенными. Во время ремиссии зуд стихает и состояние больных значительно улучшается.

Диагностика

Проба Яддасона или определение чувствительности к йоду. На 1 см видимой здоровой кожи, лучше предплечья, под компресс на 24 часа накладывают мазь с 50 % йодидом калия. Оценка пробы проводится через 24-48 часов. Проба считается положительной, если на месте наложения мази появляются эритема, везикулы или папулы – диагноз дерматита Дюринга подтверждается. При отрицательной пробе через 48 часов ее повторяют: мазь наносят на гиперпигментированный участок кожи на месте бывших высыпаний.

Эозинофилия в крови и пузырной жидкости – повышенный уровень эозинофилов в обеих этих жидкостях или одной из них свидетельствует в пользу диагноза герпетиформного дерматита, однако, отсутствии эозинофилии не исключает его.

Гистологическое исследование – субэпидермальное расположение пузыря -

Таблица 16

Дифференциальная диагностика с истинной экземой

Признаки	Дерматит Дюринга	Истинная экзема
Первичный элемент	Пузырьки и пузыри с напряженной крышкой на измененной коже (инфильтрация в основании, гиперемия вокруг)	Микровезикулы и серопапулы с капельным мокнутием
Расположение сыпи	Герпетиформное	Бессистемное

Признаки	Дерматит Дюринга	Истинная экзема
Гистологически	Субэпидермальные пузыри	Спонгиоз
Отношение к злаковым белкам	Обострение заболевания	Отсутствие какой-либо реакции
Синдром мальабсорбции	Присутствует	Отсутствует
Проба Яддасона	Положительная	Отрицательная
Эозинофилия в крови	+	+/-
Эозинофилия пузыря	+	+
Эффективность антигистаминной и десенсибилизирующей терапии	-	+

Лечение

Сульфаниламиды

- при строгом соблюдении диеты назначают сульфадимезин (сульфодиметкосин) по 2-3 г в сутки, циклами по 10-14 дней
- после 3-5 дней перерыва лечение повторяют (2-3 цикла).
- целесообразно использовать при повышении температуры тела или в случае присоединения гнойничковой инфекции.
- при неэффективности сульфаниламидов назначают преднизолон.

Преднизолон

- как правило назначают средние дозы преднизолона 40 – 60 мг/сутки на 2 недели.
- в случае положительной динамики через 2 недели дозу преднизолона начинают снижать по 1 таблетке 1 раз в 5-7 дней.
- при достижении суточной дозы 5-10 мг, дозу преднизолона снижают по 0,5 таблетки 1 раз в 5-7 дней до поддерживающей дозы.

Вопросы для самоконтроля:

1. Современные взгляды на этиологию и патогенез вульгарной пузырчатки и герпетиформного дерматита Дюринга.
2. Клиника пузырных дерматозов.
3. Клинические формы пузырчатки, особенности течения каждой из форм.

4. Основные диагностические методы при пузырьных дерматозах.
5. Дифференциальная диагностика пузырьных дерматозов.
6. Лечение и принципы диспансерного наблюдения больных пузырьными дерматозами.

Ситуационные задачи:

Задача 1. В клинику поступила женщина 52 лет с жалобами на повышенную ранимость эпидермиса, высыпания пузырей в области груди, спины. Из анамнеза выяснили, что больна около 4-х месяцев. Вначале появились изолированные пузыри на слизистой щек, которые быстро вскрывались, образуя эрозии. Лечилась у стоматолога по ПМЖ, но лечение успеха не дало. Затем обратилась к дерматологу. При осмотре: на коже туловища множество беспорядочно расположенных пузырей. Пузыри дряблые, с серозным содержимым, вокруг них краснота отсутствует. Местами на месте вскрывшихся пузырей видны эрозии ярко-красного цвета. На слизистой щек и твердого неба единичные эрозии.

1. Необходимые дополнительные исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Ваши рекомендации по лечению больного.

Задача 2. Больной 28 лет жалуется на сильный зуд и высыпания пузырей на спине, груди и разгибательных поверхностях конечностей. Из анамнеза выяснено, что болен около 2-х лет, процесс сопровождается сильным зудом. Отмечает лишь кратковременные ремиссии, но полностью сыпь не разрешается. При осмотре: в области спины, груди, рук сыпь полиморфна, располагается сгруппировано. На эритематозном фоне узелки, напряженные пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, эрозии, кровянистые корочки. В области разгибательных поверхностей предплечий множество эрозий, кровянистых корочек. На месте заэпителизовавшихся эрозий выраженная пигментация кожи.

1. Необходимые дополнительные и лаб. исследования .
2. Ваш диагноз.
3. Ваши назначения.
4. Диета.

Ответы

Задача 1. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки, выявление специфических антител, симптом Никольского, иммунофлюоресцентная диагностика, гистологическое исследование.

1. Вульгарная пузырчатка.

2. Кортикостероидные гормоны, цитостатики внутрь, антибиотики при осложнениях, препараты калия, кальция, анаболические гормоны, плазмаферез, витамины. Наружно – дезинфицирующие мази, водные р-ры анилиновых красок.

Задача 2. Проба с йодистым калием, исследование крови и содержимого пузыря на эозинофилию, иммунодиагностика.

1. Герпетиформный дерматит Дюринга.

2. Сульфоны: диаминодифенилсульфон (ДДС), сульфаниламиды. Десенсибилизирующие средства, седативные препараты. Наружное лечение: анилиновые краски, дезинфицирующие мази.

3. Диета без клейковины, с ограничением соли и продуктов, в которых может быть наличие йода (сосиски, морская рыба и др.).

Тема 3. Болезни придатков кожи

Цель: познакомиться с классификацией и клиническими формами себореи, угревой болезни, розовых угрей диагностировать и лечить угревую болезнь.

Вопросы к семинару:

1. Себорея.

2. Угревая болезнь.

3. Розовые угри.

2.3.1. Себорея

- состояние, обусловленное гиперандрогенией в коже
- проявляется усиленной секреторной активностью сальных желез;
- изменение химического состава кожного сала.

Густая жирная себорея

- уплотнение и снижение эластичности кожи, буровато-сероватая окраска;
- значительное расширение устьев сальных желез;
- комедон (черный угорь) – роговая пробка, если этот элемент сдавить, то выделяется густая сальная масса;

- волосы густые, грубые, жесткие;
- часто встречаются атеромы-кисты сальных желез, при вскрытии которых выделяется творожистая масса;
- может осложниться возникновением вторичных пиодермий (фурункулы, абсцессы, фолликулиты).

Жидкая жирная себорея

- кожа лоснится, напоминает апельсиновую корку (поры расширены, зияют);
- из расширенных протоков сальных желез в избытке выделяется кожное сало;
- волосы на голове имеют вид смазанных маслом (блестящие), склеиваются в пряди;
- на волосах желтоватые чешуйки.

Сухая себорея

- салоотделение снижено, роговые чешуйки почти сплошь покрывают кожу головы и волосы;
- шелушение;
- чешуйки легко отделяются, загрязняя волосы, наслаиваясь друг на друга образуя корки серовато-белого или желтовато-серого цвета;
- волосы сухие, тонкие, ломкие, с расщепленными концами;
- на коже могут располагаться пятна розового или красноватого цвета, покрытые мелкими чешуйками – себореиды.

Себорейный дерматит

- 1 волна: манифестирует на 1-3-м месяце жизни, развитие связано с гормонами матери; на 3-4 мес. спонтанно разрешается.
- 2 волна: манифестирует во время пубертата.
- гиперемия и инфильтрация кожи складок (заушных, шейных, подмышечных, пахово-бедренных). нумулярные шелушащиеся папулы по периферии очагов (легкая степень тяжести);
- процесс выходит за границы кожных складок, эритема, инфильтрация, шелушение (средняя степень тяжести);
- поражено не менее 2/3 кожного покрова, на волосистой части головы – «кора» из жирных чешуек на фоне эритемы и инфильтрации (тяжелая степень тяжести).

Лечение

- при I–II степени тяжести процесса возможна монотерапия гелем «Дифферин»;
- при II–III – желательна комбинация с местными антибиотиками (далацин Т, зинерит) или бензоилпероксидом («Базирон АС»);
- при III – целесообразно добавление системных антибиотиков (тетрациклин, эритромицин);
- продолжительность лечения составляет в среднем 3 месяца;
- после достижения хорошего терапевтического эффекта независимо от методики лечения (моно- или сочетанная терапия) рекомендуется использовать «Дифферин» в качестве поддерживающего средства с различной частотой применения (от 2–3 раз в 1 неделю до 2 раз в 1 месяц) в зависимости от состояния кожи, что позволяет добиться длительного сохранения достигнутого результата.

2.3.2. Угревая болезнь

- гиперпродукция секрета сальными железами и изменение свойств кожного сала ;
- фолликулярный гиперкератоз (закупорка протока сально-волосяного фолликула);
- деятельность сапрофитной микрофлоры кожи;
- воспаление.

I степень

- наличие комедонов (закрытых и открытых);
- и до 10 папул.

II степень

- комедоны;
- папулы;
- до 10 пустул.

III степень

- комедоны;
- папуло-пустулезная сыпь;
- до 3 узлов.

IV степень

- выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы;
- формирование множественных болезненных узлов и кист.

Невоспалительные акне

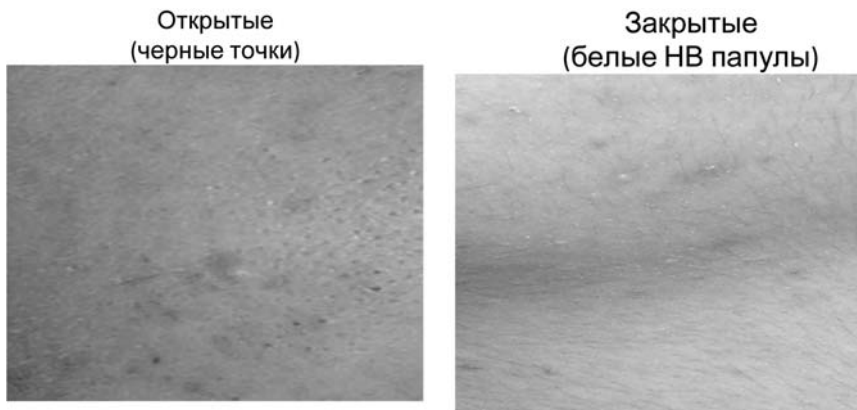


Рис. 7. Невоспалительные акне

Воспалительные акне

- папулезные и папуло-пустулезные угри
- конглобатные (нагроможденные) угри -В клинической картине заболевания наряду с множественными болезненными узлами и кистами часто присутствуют гигантские фистульные (свищевые) комедоны;
- флегмонозные угри -глубокие, медленно развивающиеся фолликулярные или перифолликулярные холодные дермо-гиподермальные абсцессы.
- инверсные угри – в крупных складках
- молниеносные угри – ургентное состояние в виде внезапного обострения угревой болезни.

Вопросы для самоконтроля:

1. Патогенез себореи.
2. В каких возрастных группах наблюдается себорея?
3. Клинические формы себореи.
4. Этиология и патогенез угревой болезни.
5. Клинические разновидности вульгарных угрей.
6. Дифференциальный диагноз угревой сыпи.
7. Лечение и профилактика угревой болезни.

8. Этиология и патогенез розацеа.
9. Клиника розовых угрей.
10. Роль демодекоза в течение розовых угрей.
11. Дифференциальный диагноз розовых угрей
12. Лечение и профилактика розовых угрей.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторный прием обратилась больная 16 лет с жалобами на зуд и перхоть волосистой части головы. Болеет 1,5 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло неделю назад. При осмотре: у больной на в/ч головы и лице кожа слегка гиперемирована, блестящая, жирная, с отрубевидным шелушением. На коже лица отмечается повышенное выделение кожного сала, единичные комедоны. Волосы сальные, слипаются.

1. Ваш диагноз.
2. Какая клиническая форма болезни?
3. Лечение.

Задача 2. К дерматологу обратилась больная 14 лет с жалобами на высыпания в области лица. Болеет в течение 6 месяцев. Не лечилась. На коже лица узелковые высыпания розового цвета величиной до мелкой горошины и единичные пустулы. Кожа лица жирная, волосы сальные, слипаются.

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические разновидности заболевания ?
3. Рекомендации в лечении.

Задача 3. В стационар поступил больной 18 лет с жалобами на высыпания в области лица, груди, спины. Болеет 3 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло месяц назад. Не лечился. В области лица, груди, спины кожа утолщена, имеет вид пористой, видны многочисленные комедоны, поверхностные папуло-пустулезные высыпания и отдельные узловатые, конглобатные элементы и рубцы. Кожное сало густой консистенции.

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические формы заболевания?

Задача 4. Больная 40 лет жалуется на покраснение кожи лица. Болеет 8 месяцев. На носу, щеках имеется эритема с синюшным оттенком. На ее фоне телеангиэктазии, ярко-розовые папулы величиной до горошины.

3. Ваш диагноз.
4. Возможные факторы возникновения заболевания.
5. Лечение.

Ответы

Задача 1. Себорея.

1. Жидкая себорея.
2. Диета, препараты Са, вит. А. Наружно: седативные средства, обезжиривающие спиртовые растворы борной, салициловой кислот или лосьоны и тоники для жирной кожи.

Задача 2. Жидкая себорея. Вульгарные угри.

1. Узелковые и пустулезные вульгарные угри.
2. Диета, препараты Са, витамин А. Наружно: седативные средства, обезжиривающие и антибактериальные спиртовые р-ры борной, салициловой кислот. УФО.

Задача 3. Густая себорея. Вульгарные угри.

1. Папуло-пустулезные, конглобатные угри.
2. Диета, препараты Са, вит. А, Е, С, антибиотики, специфическая и неспецифическая иммунотерапия. Наружно: спирто-эфирные растворы, взбалтываемые взвеси, содержащие серу, эстрогены, УФО, УВЧ.

Задача 4. Розовые угри.

1. Прием горячей, раздражающей пищи, употребление кофе, алкоголя, повышение температуры окружающей среды, эмоциональные факторы.
2. Диета, препараты Са, антигистаминные, никотиновая кислота, стероидные кремы, затем серно-дегтярная мазь, паста.

Тема 4. Папуло-сквамозные дерматозы

2.4.1. Псориаз

Цель: познакомиться с патогенезом, клиникой, течением, дифференциальным диагнозом лечением псориаза.

Вопросы к семинару:

1. Патогенез псориаза
2. Клиническая картина заболевания, стадии.
3. Клинические формы псориаза.

4. Лечение псориаза в зависимости от стадии заболевания.

Общие характеристики

- хроническое рецидивирующее заболевание
- проявляется появлением папулезной сыпи и шелушением на ней
- может сопровождаться поражением суставов, костей, мышц, поджелудочной железы, лимфатических узлов, почек
- сопряжен с неврологическими изменениями
- в основе псориаза лежит высокая пролиферативная активность кератиноцитов

Триггерные (провоцирующие) факторы

- психоэмоциональная нагрузка – 52 %
- стрептококковая инфекция – 21 %
- острые вирусные инфекции – 11 %
- механические травмы – 7 %
- интенсивная инсоляция

Генетические факторы

- мультифакториальный тип наследования предусматривает аддитивное взаимодействие нескольких генов и факторов внешней среды
- конкордантность по заболеваемости псориазом у монозиготных близнецов в 3-4 раза выше, чем у дизиготных.
- HLA – зависимая болезнь

Иммунологические факторы

- первично – иммунные факторы способствуют повышению пролиферативной активности
- вторично – высокая пролиферативная активность кератиноцитов запускает иммунологические реакции

Клинические формы в зависимости от размера папул

Каплевидный псориаз

- триггерный фактор – стрептококковая инфекция
- рецидивы псориаза после обострения хронического тонзиллита, ринита, гайморита и т.д.

Монетовидный псориаз

- лентикокулярные и монетовидные папулы

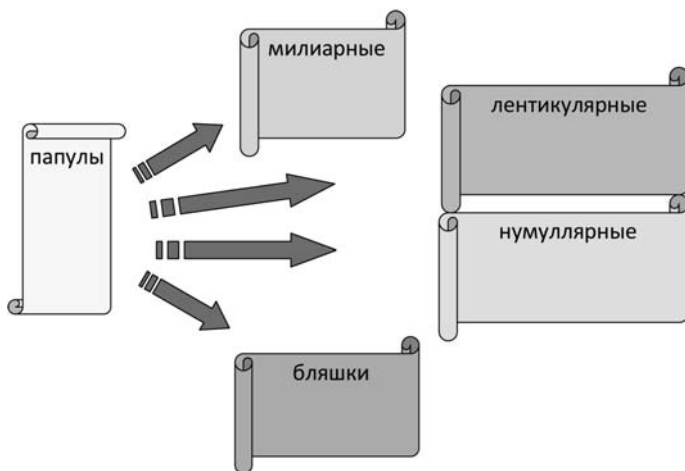


Рис. 8. Первичные морфологические элементы при псориазе

Бляшечный псориаз

- при слиянии папул образуются бляшки – бляшечный псориаз.

Стадии псориаза

Прогрессирующая стадия

- субъективные ощущения: у 30 % больных зуд за счет холестаза
- появляются мелкие свежие, единичные или множественные милиарные папулы
- папулы ярко красного цвета
- склонность к слиянию и образованию бляшек
- в центре папул серебристо-белые рыхлые чешуйки, не достигающие до края папул

Стационарная стадия

- нет появления новых папул
- рост папул прекращается
- папулы приобретают синюшный оттенок
- чешуйки доходят до края папул
- появляется ободок Воронова: в окружности папул нежная складчатость эпидермиса

Регрессивная стадия

- узелки оседают до уровня кожи
- папулы бледнеют, теряют красный цвет

- количество узелков и чешуек становится все меньше
- разрешение либо с центра, либо с периферии

Клинические формы псориаза

Вульгарный псориаз

- папулы на разгибательной поверхности
- папулы покрыты серебристо-белыми чешуйками

Эксудативный псориаз

- папулы на разгибательной поверхности
- папулы покрыты чешуекорками желтоватого цвета

Инверсный псориаз (син. псориаз складок)

- преимущественная локализация высыпаний в крупных складках
- у больных с сахарным диабетом, ВИЧ, туберкулезом
- более тяжелая форма для лечения, т.к. осложняется присоединением дрожжей

Псориаз ногтей

- симптомом «наперстка»: точечные вдавления на поверхности ногтевых пластинок
- онихогрифоз: ногтевые пластинки по типу клюва хищной птицы, утолщены, деформированы, поверхность их неровная

Псориаз ладоней и подошв

- папулы не возвышаются
- у лиц физического труда
- в большинстве случаев поражены одновременно ладони и подошвы

Артропатический псориаз

- псориапатическая артралгия – наличие боли в суставах; отечности, уменьшения объема движения нет.
- псориапатический артрит – поражения суставов (кистей и стоп): отечность, болезненность, уменьшение объема движения. В дальнейшем могут образовываться вывихи, подвывихи, анкилозы, приводящие к деформации суставов, и нередко наступает инвалидность больного.

Пустулезный псориаз

- пустулезный псориаз ладоней и подошв (псориаз Барбера)
- пустулезный псориаз туловища и конечностей (псориаз Цумбуша)

- на резко гиперемированном и лихенизированном фоне располагаются внутриэпидермальные стерильные пустулы

Псориатическая эритродермия

- острый генерализованный процесс
- резкая гиперемия кожи, отечность, инфильтрация и лихенизация, с большим количеством чешуек на поверхности
- астеновегетативный и лихорадочный синдромы

Таблица 17

Дифференциальный диагноз с красным плоским лишаем

Признаки	Псориаз	КПЛ
Локализация папул на СОПР	нет	есть «симптом папоронка»
Локализация папул на конечностях	разгибательные	сгибательные
Форма папул	округлая, овальная	полигональная
Сетка Уикхема	нет	есть
Триада при поскабливании папулы	есть	нет

Таблица 18

Дифференциальный диагноз с папулезным сифилидом

Признаки	Псориаз	Папулезный сифилид
Локализация папул на СОПР	нет	есть
Локализация папул на конечностях	разгибательные	любая
Форма папул	округлая, овальная	округлая
Триада при поскабливании	есть	нет
Серодиагностика (МРП, ИФА)	отрицательные	положительные

Вопросы для самоконтроля:

1. Заболеваемость псориазом.
2. Современные взгляды на этиологию и патогенез псориаза.
3. Течение псориаза (распространенность, сезонность, рецидивы).
4. Клиническая картина стадий псориаза.
5. Диагностика псориаза (триада симптомов).
6. Клинические формы псориаза.

7. Дифференциальный диагноз псориаза.

8. Лечение псориаза в прогрессирующей, стационарной и регрессивной стадиях.

9. Применение рефлексо-, ПУВА-терапии, гемосорбции, плазмафереза в лечении псориаза.

Ситуационные задачи:

Задача 1. В стационар поступил больной 25 лет с жалобами на высыпания на руках, ногах, туловище. Болен 5 лет. Заболевание обостряется осенью и весной. Последнее обострение возникло месяц назад после психо-эмоциональной нагрузки. На коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног милиарные, лентикулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания.

1. Какие дополнительные феномены надо получить для уточнения диагноза?

2. Ваш диагноз.

3. Какая стадия болезни?

4. Лечение.

Задача 2. На амбулаторный прием обратилась больная 18 лет, которая жаловалась на покраснение всего кожного покрова. Болеет с 3-х лет. Обострение заболевания ежегодно, преимущественно осенью и весной. Обострение возникло 4 дня назад. Без назначения врача больная смазала кожу 10 %-ной серно-дегтярной мазью, после чего покраснела кожа лица, туловища, шеи, конечностей. Родители болеют этой же болезнью. При осмотре у больной весь кожный покров ярко-красного цвета с отеком и инфильтрацией кожи лица, шеи, туловища. На разгибательных поверхностях конечностей лентикулярные папулы и бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папулы получены феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения.

1. Ваш диагноз.

2. Необходимые лабораторные исследования.

3. Рекомендации в лечении.

Задача 3. В конце октября к дерматологу обратился больной 16

лет с жалобами на зуд кожи и распространенные высыпания. Школьник. Болеет с 6 лет. Заболевание обостряется весной, осенью, проходит летом. Кожный процесс распространенный с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, в/ч головы, животе, спине. В этих местах обильная яркая папулезная сыпь красного цвета, сочная, слившаяся, покрытая чешуеками, серозными корками. В области голеней папулы с мокнутием и отеком. Поражены паховые, подмышечные, межъягодичные складки. Здесь видны экссудативные бляшки с резкими границами красного цвета, незначительным шелушением.

1. Ваш диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие клинические формы заболевания?
4. Ваши рекомендации в лечении.

Ответы:

Задача 1. Псориатическая триада (феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения).

1. Псориаз.
2. Прогрессивная стадия.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С, комплекса В, никотиновая кислота). Наружно: 2 %-ная салициловая мазь или кортикостероидные мази, затем рассасывающие средства.

Задача 2. Псориатическая эритродермия.

1. Морфология крови, анализ мочи.
2. Кортикостероидные гормоны внутрь. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С). Наружно: противозудные, дезинфицирующие, затем рассасывающие средства.

Задача 3. При поскабливании папулы получить псориатическую триаду.

1. Псориаз.
2. Экссудативный, перевернутый псориаз.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины. Наружно: противозудные, дезинфицирующие, затем рассасывающие средства.

2.4.2. Красный плоский лишай

Цель: изучить течение, клинику, дифференциальный диагноз, лечение КПЛ. Познакомиться с этиологией и патогенезом.

Вопросы к семинару:

1. Патогенез КПЛ.
2. Клиническая картина заболевания.
3. Клинические формы КПЛ.
4. Лечение КПЛ.

Общая характеристика

- неконтагиозное заболевание с хроническим течением, поражающее кожу и слизистые оболочки
- протекает длительно
- характеризуется наличием мономорфных зудящих папулезных элементов

Клинические формы красного плоского лишая

Типичная

- на слизистых оболочках щек – милиарные белые узелки, сливаясь образуют «симптом папоротника»
- на слизистой оболочке языка папулы образуют небольшие бляшки
- синюшного цвета, плоские, блестящие, полигональной формы папулы
- наличие пупкообразного вдавления
- сетка Уикхема
- располагаются чаще на сгибательных поверхностях конечностей, слизистой оболочке полости рта

Гиперкератотическая

- является факультативным предраком
- вероятность малигнизации возрастает у лиц пожилого возраста

Эрозивно-язвенная

- относится к редким формам
- на слизистой оболочке рта (щеки, десны, красная кайма губ) образуются эрозии или мелкие язвы

Экссудативно-гиперемическая

- папулы красного плоского лишая на фоне воспаленной, гиперемированной слизистой оболочки

Буллезная форма

- в остром периоде, с папулами имеются пузыри величиной от горошины до вишни, заполненных серозным или серозно-геморрагическим содержимым
- пузыри появляются на видимо неизменной коже, на поверхности папул и бляшек

Перифолликулярная форма

- перифолликулярные конусовидные узелки
- в центральной части имеются роговые шипики
- поражение волосистой части головы заканчивается рубцовой атрофией.

Веррукозная форма

- чаще развивается на передней поверхности голеней, реже на других участках тела
- образуются бляшки лихеноидного оттенка, возвышающиеся над поверхностью тела и покрытые массивными роговыми наслоениями
- трудно поддается излечению

Кольцевидная

- формирование папулы по типу кольца
- в центре кольца – рубцовая атрофия

Атрофическая

- папулы при разрешении оставляют рубцовую атрофию

Синдром Гриншпана-Потекаева

- эрозивно-язвенная форма КПЛ
- сахарный диабет
- артериальная гипертензия

Литля-Лассуэра

- типичное поражение СОПР
- типичные папулы на коже туловища
- перифолликулярная форма КПЛ волосистой части головы с последующим формированием рубцовой атрофии

Лечение

- в период обострения заболевания рекомендуется щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок

- в пищевом режиме должны быть ограничены соленые, копченые, жареные продукты, при поражении слизистой полости рта – исключить раздражающую и грубую пищу.
- антигистаминные препараты
 - ✓ супрастин по 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день, или
 - ✓ лоратадин по 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день
- антималярийные препараты
 - ✓ хлорохин по 250 мг 2 раза в день в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня, курсы лечения повторять в течение 1-2 месяца.
- системные глюкокортикостероиды
 - ✓ преднизолон в дозе 20-25 мг в сутки в течение 1-2 месяцев с последующей постепенной отменой
 - ✓ топические глюкокортикостероиды
 - ✓ бетаметазон дипропионат 0,1 % мазь, или
 - ✓ триамцинолона ацетонид 0,1 % мазь, или
 - ✓ метилпреднизолона ацепонат, 0,1 % крем

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология КПЛ.
2. Течение заболевания.
3. Особенности клиники КПЛ.
4. Клинические формы КПЛ.
5. Поражение слизистых (типичная и атипичная формы).
6. Лечение КПЛ.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 35 лет обратился с жалобами на сильный зуд, высыпания на коже. Заболел 10 дней назад после психической травмы. В семье жена и 2 сыновей здоровы. Живет в благоустроенной квартире, насекомых нет. Большой нервничает, легко возбудим, нарушен сон. Зуд беспокоит днем и ночью. На коже внутренних поверхностей предплечий, бедер, в области лучезапястных суставов, пояснице, разгибательной поверхности голеней имеются плоские полигональные лентикулярные папулы синюшно-фиолетового цвета с блестящей поверхностью, с пупкообразным вдавлением в центре, сеткой Уикхема. На слизистой щек серовато-опаловые папулы в виде сетки.

1. Ваш диагноз.

2. Укажите разновидности заболевания.
3. Ваши рекомендации и лечение больного.

Ответы

Задача 1. КПЛ.

1. Бородавчатая форма, атрофическая, кольцевидная, линейная. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины. Физиолечение. Наружно: противозудные, дезинфицирующие, затем рассасывающие средства.

Тема 5. Красная волчанка

Цель: познакомиться с современными взглядами на этиологию и патогенез красной волчанки. Изучить клиническую картину, течение заболевания и освоить методы лечения.

Вопросы к семинару:

1. Патогенез красной волчанки.
2. Клиническая картина заболевания.
3. Клинические формы красной волчанки.
4. Лечение красной волчанки.

Хроническая красная волчанка

Син.: кожная или интегументная форма.

- поражения ограничиваются преимущественно или исключительно очагами на коже.
- астеновегетативный и лихорадочный синдромы отсутствуют.
- поражения дыхательной системы (интерстициальная пневмония),
- сердечно-сосудистой системы (эндокардит, миокардит),
- выделительной системы (гломерулонефрит), артриты – отсутствуют.
- лабораторно: содержание эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов и уровень СОЭ – в норме. РФ – отр., анти-ДНК-антитела – отр.
- лечение в компетенции дерматолога.

Острая красная волчанка

- лихорадочный
- астеновегетативный

- кожный
- суставной
- поражения внутренних органов
- лабораторный

Условия трансформации в острую красную волчанку:

- физические травмы
- ультрафиолетовое облучение
- психоэмоциональные нагрузки
- беременность
- роды или прерывание беременности

Клинические формы хронической красной волчанки

Дискоидная форма

- эритема с инфильтрацией
- фолликулярный гиперкератоз
- рубцовая атрофия

Центробежная эритема Биетта

- крупные красные пятна, склонных к периферическому росту
- фолликулярный гиперкератоз и инфильтрация кожи выражены крайне слабо
- рубцовая атрофия не развивается

Диссеминированная форма

- множественные, рассеяные по различным участкам кожи очаги дискоидной КВ или центробежной эритемы Биетта

Глубокая форма Капоши-Ирганга

- в подкожно-жировой клетчатке появляется один или несколько
- резко отграниченных плотных, подвижных узловатых уплотнений (люпус-панникулит)

Вопросы для самоконтроля:

1. Общая характеристика красной волчанки.
2. Современные взгляды на этиологию и патогенез красной волчанки.
3. Классификация красной волчанки.
4. Клиника хронической дискоидной красной волчанки.
5. Клиническая картина центробежной красной волчанки.
6. Диссеминированная красная волчанка.
7. Основные симптомы системной, или острой красной волчанки.

8. Лечение больных с хронической красной волчанкой.

9. Профилактика рецидивов красной волчанки.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторный прием обратился мужчина 35 лет с жалобами на появление очагов красного цвета на лице. Болен 2 года. Обострения весной и осенью. Работает вальщиком леса, постоянно подвергается воздействию солнца, ветра, мороза. При осмотре: на лице в области спинки носа, щек очаги розово-красного цвета, резко очерченные, инфильтрированные, покрытые розовыми плотно сидящими чешуйками. В центре очагов видна рубцовая атрофия. При снятии чешуек отмечается резкая болезненность, на внутренней поверхности чешуек обнаруживаются шипики. На красной кайме нижней губы ограниченный отек с утолщением, трещинами и рубцовой атрофией.

1. Ваш диагноз

2. Симптомы, характерные для заболевания.

3. Необходимые лаб. исследования.

4. Ваши назначения и рекомендации.

Задача 2. В стационаре ОКВД лечится больная 40 лет, рабочая лесозавода. Заболела год назад, весной. Первые очаги появились на носу, щеках. Лечилась в стационаре. Последнее обострение возникло в начале ноября. Обратилась к дерматологу по ПМЖ и была направлена в стационар. У больной хронический тонзиллит. На коже щек, лба, в/ч головы, шее, верхней части груди множественные очаги до 3-копеечной монеты розово-красного цвета с инфильтрацией, гиперкератозом и атрофией. Положительные симптомы Мещерского-Бенье и дамского каблука. Анализ крови: – 1000, СОЭ – 25 мм/час. Обнаружены ЛЕ-клетки.

1. Ваш диагноз.

2. Клиническая форма заболевания.

3. Рекомендации в лечении.

Ответы:

Задача 1. Хроническая дискоидная красная волчанка.

1. Симптомы Мещерского-Бенье, дамского каблука.

2. Морфология крови, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).

3. Антималарийные препараты, витамины комплекса В, никотиновая кислота. Наружно: стероидные мази (флуцинар), фотозащитные кремы. Диспансерное наблюдение, трудоустройство больного.

Задача 2. Хроническая диссеминированная красная волчанка.

1. Хроническая дискоидная, хроническая диссеминированная, хроническая центробежная, острая (системная) красная волчанка, подострая красная волчанка.

2. Антималарийные препараты, витамины комплекса В, никотиновая кислота, витамин С. Наружно: стероидные мази (флуцинар), фотозащитные кремы. Диспансерное наблюдение, трудоустройство больного.

Задача 3. Хроническая центробежная красная волчанка.

1. Хроническая дискоидная, хроническая диссеминированная, хроническая центробежная, острая (системная) красная волчанка, подострая красная волчанка.

2. Антималарийные препараты (делагил), витамины комплекса В, С, РР. Наружно: стероидные мази (флуцинар), фотозащитные кремы. Диспансеризация.

Тема 6: Профессиональные болезни кожи.

Цель: изучить течение, клинику, дифференциальный диагноз, лечение проф. патологии кожи. Познакомиться с этиологией и патогенезом.

Вопросы к семинару:

1. Профессиональные дерматиты
2. Профессиональные токсидермии
3. Профессиональные экземы
4. Профессиональные крапивницы.

NB!

- Не существует нозологических форм, свойственных только профессиональным дерматозам.
- Этим они существенно отличаются, например, от профессиональных заболеваний органов дыхания, среди которых есть такие специфические нозологические формы, как силикоз, бериллиоз и некоторые другие пневмокониозы.

Профдерматозы от углеводов

Поздняя кожная порфирия

- токсическое поражение печени: нарушение порфиринового обмена в печени
- увеличение порфирина в моче (коричневато-красный цвет)
- отложение порфирина в коже
- повышенная сенсбилизация к солнечным лучам
- на открытых участках появляются пузыри, наполненные серозно-геморрагическим содержимым
- на местах вскрывшихся пузырей – эрозии
- постепенно кожа приобретает пестрый вид за счет чередования участков гипер- и гипопигментации

Токсическая меланодермия

- развивается от воздействия на кожу продуктов переработки нефти, каменного угля и сланцев, инсоляции.
- характеризуется эритемой в области шеи, груди, туловища
- пигментацией
- телеангиэктазиями
- фолликулярным гиперкератозом
- псевдоатрофическими изменениями
- сочетаются с интоксикацией (головные боли, общая слабость, нарушение сна, аппетита)

Профдерматозы инфекционной и паразитарной природы

Эризипеллоид

- вызывается бациллой свиной рожи
- рабочие мясной и рыбной промышленности
- повара
- работники сельского хозяйства
- инкубационный период – 1-5 дней
- на руках в местах травматизации кожи вначале появляются ограниченная краснота, припухлость в центре с геморрагической корочкой
- багрово-красный цвет очага, который в центре бледнеет, западает, приобретает бледно-голубоватый оттенок с более ярким ободком по периферии
- сопутствует нередко лимфаденит, лимфангоит, поражение межфаланговых суставов

Узелки доильниц

- заражение происходит от крупного рогатого скота, овец, коз
- болеют доярки
- инкубационный период – 3-4 дня
- на кистях появляются одиночные, либо множественные, плотные, с горошину полушаровидные узлы, синюшно-красного цвета с вдавлением в центре, покрытые корочкой
- после разрешения остаются рубцы

Бородавчатый туберкулез

- риск: ветеринарные работники, скотники, работники скотобоеен, судмедэксперты
- на тыльной поверхности пальцев кистей, реже – на стопах формируется бляшка в центре с сосочковыми разрастаниями вокруг с зоной гнойного воспаления и последующим формированием серых плотных чешуек
- заживление происходит с образованием рубцов

Дерматомикозы

- инфильтративно-нагноительная трихофития
- микроспория
- микоз стоп
- кандидозы

Дерматокоптозы

- пылеобразные минеральные вещества (каменный уголь, минеральные удобрения)
- химические вещества (цемент, хром, кобальт, стекловолокно, стиральные порошки)
- вещества растительного происхождения (мука, хлопок)
- вещества животного происхождения (шерсть, щетина)
- на открытых участках кожи на местах травматизации ее пылевыми частицами возникают микротравмы, сухость, закупориваются протоки сальных и потовых желез
- в местах травматизации кожи часто присоединяется вторичная инфекция
- на местах поражения может быть гиперкератоз, трещины, своеобразное окрашивание кожи

Глава 3. Инфекционные болезни кожи

Тема 1: Пиодермии

Цель: познакомиться с современными взглядами на этиологию и патогенез пиодермий, знать клинику, течение, дифференциальный диагноз, современные методы лечения и профилактику гнойничковых заболеваний.

Перечень понятий:

1. Глубокие и поверхностные пиодермии.
2. Стрептодермии и стафилодермии.
3. Острые и хронические пиодермии.
4. Первичные и вторичные пиодермии.

Вопросы к семинару:

1. Этиология пиодермитов.
2. Патогенез пиодермитов.
3. Классификация (по этиологии, глубине, первичности поражений, по течению).
4. Клинические формы стафилодермий и стрептодермий.
5. Лечение.

Клиническая картина пиодермии разнообразна; зависит от характера возбудителя, индивидуальных свойств организма, его реактивности (прежде всего от состояния иммунной системы), влияния предрасполагающих факторов внешней среды, выраженности и локализации патологического процесса, а также от длительности заболевания.

Но основным клиническим проявлением пиодермии является гнойничок.

Классификация пиодермий

По первичности

- первичные пиодермии – гнойничок впервые появляется на неизменной коже.
- вторичные пиодермии – осложнения других кожных заболеваний: АД, КПЛ, педикулез, чесотка.

По течению

- острые
- хронические

По иммунологической реактивности

- нормергические – патологический процесс характеризуется острым и довольно быстрым течением, хорошо поддается терапии.
- паттергические – патологический процесс сопровождается аллергическими реакциями.

По глубине

- поверхностные – гнойный воспалительный процесс локализован в пределах эпидермиса.
- глубокие – гнойно-некротический воспалительный процесс локализован в дерме и подкожно-жировой клетчатке.

Стрептодермии

Первичным морфологическим элементом при стрептодермии является фликтена – пузырь с вялой тонкой покрышкой и гнойным содержимым.

Фликтена находится в пределах эпидермиса, ей свойствен периферический рост.

Стрептококковое импетиго

Эволюция: фликтена – эрозия покрытая гнойной корочкой – эпителизация – вторичная пигментация.

Кольцевидное импетиго

Первоначально появившиеся сгруппированные фликтены разрешаются, оставляя вторичную пигментацию. Вокруг этой пигментации появляются свежие фликтены, образуя кольцевидную фигуру.

Буллезное импетиго

Фликтены увеличиваются до размеров грецкого ореха. В основном локализуются на кистях, стопах, голенях

Щелевидное импетиго

Начинается с появления в углу рта фликтены, она вскрывается и образуется щелевидной формы эрозия, покрываемая гнойно-геморрагической коркой. После её удаления обнажается красная влажная легко кровоточащая поверхность нередко с трещиной в центре; спустя 1–2 ч заеда вновь покрывается коркой.

Опрелость стрептококковая

Процесс локализуется в области крупных складок и представлен обширными эрозиями, отчасти с гнойными корочками. Встречается у детей, у которых нарушен уход за кожей.

Абортивная форма стрептодермии

У детей на лице появляются сначала розовые, а затем белые пятна с отрубевидным шелушением. Способны разрешиться без лечения.

Вульгарная эктима

Глубокое язвенное стрептококковое поражение кожи. Появляется фликтена диаметром 1-2 см с серозно-гнойным или серозно-геморрагическим содержимым. Вскрывается, экссудат подсыхает в буровато-коричневую корку, окруженную инфильтрированным венчиком синюшно-красного цвета. Под коркой – глубокая язва. Заживление происходит с образованием рубца и пигментацией по периферии. Возможны осложнения: лимфангит, лимфаденит. Эктима чаще локализуется на голенях. В тяжелых случаях – распространена по всему кожному покрову.

Рожистое воспаление

На фоне астеновегетативного и лихорадочного синдромов появляется местная симптоматика: на ограниченном участке кожи образуется болезненная напряженная гиперемия с границами «очагов пламени». На фоне гиперемии нередко появляются пузырьки и пузыри. Осложнения: лимфаденит, экзематизация, абсцедирование.

Таблица 19

Дифференциальная диагностика с сифилитической заедой

Признаки	Стрептококковая заеда	Сифилитическая заеда
первичный элемент	фликтена	лентикулярная папула, а на ней – фликтена
вторичный элемент	эрозия, покрытая гнойной корочкой	эрозия расположена на инфильтрате и покрыта гнойной корочкой,
Серореакции	отрицательные	положительные

Таблица 20

Дифференциальная диагностика с сифилитическим импетиго

Признаки	Вульгарное импетиго	Сифилитическое импетиго
Субъективные ощущения	может быть зуд	нет
Особенность появления сыпи	постепенное	одномоментное, в виде вспышки
Характеристика сыпи	элементы в разных стадиях развития	все элементы в одной стадии развития
Серореакции	отрицательные	положительные

Дифференциальная диагностика с сифилитической эктимой

Признаки	Вульгарная эктима	Сифилитическая эктима
Субъективные ощущения	может быть зуд, боль	нет
Особенность появления сыпи	постепенное	одномоментное, в виде вспышки
Характеристика сыпи	элементы в разных стадиях развития	все элементы в одной стадии развития
Серореакции	отрицательные	положительные

Поверхностные стафилодермии

Поражение сально-волосяного фолликула в области эпидермиса и сосочкового слоя дермы. Исключение: пузырьчатка и везикулопустулез. Эволюция сыпи: пустула – эрозия – эпителизация – вторичная пигментация.

Глубокие стафилодермии

Поражение сально-волосяного фолликула в области сетчатого слоя дермы и подкожно-жировой клетчатки. Исключение: псевдофурункулез. Эволюция сыпи: пустула – язва – рубец

Пузырчатка новорожденных

Высоко контагиозное острое заболевание, поражающее новорожденных в первые 7-10 дней жизни. Возбудитель – *St. aureus*. Путь заражения: контактный и воздушно-капельный.

Факторы риска: а) хронические инфекции верхних дыхательных путей матери: хр. тонзиллит, ринит, фарингит, гайморит.

б) омфалит

Появляются многочисленные пузыри различной величины прозрачным или мутным содержимым и тонкой дряблой покрывкой. Поражается весь кожный покров, за исключением ладоней и подошв.

Кожные высыпания появляются на фоне выраженного ухудшения общего состояния ребенка (сначала гипертермия, затем нормализация температуры, вялость, не берет грудь).

Везикулопустулез

Гнойное воспаление устьев экринных потовых желез, чаще в области туловища, складках, волосистой части головы. Появлению везикулопустулеза предшествует потница. Вначале появляется красная

потница в виде множественных красных точек, затем на поверхности возникают пузырьки с молочно-белым содержимым. Эволюция: точечное пятно – милиарный красный узелок – пузырек – точечная эрозия – эпителизация.

Остиофолликулит

Гнойный процесс локализуется в устье волосяного фолликула. Клинически: небольшая пустула с плотной крышкой, пронизанная волосом, окруженная венчиком красноты. Эволюция: пустула – эрозия – эпителизация.

Фолликулит

Гнойный процесс захватывает 1/3 волосяного фолликула + сальную железу.

Клинически: небольшая пустула с плотной крышкой, сидящая на инфильтрате, пронизанная волосом и окруженная венчиком красноты. Эволюция: пустула – эрозия – эпителизация.

Стафилококковый сикоз

Множественные остиофолликулиты и фолликулиты в области бороды и усов, реже в подмышечных впадинах и на лобке. Существование этих гнойничков поддерживается экссудатом хронического ринита. Секрет из носа, постоянно раздражая кожу, служит причиной формирования новых гнойничков. Пораженные участки краснеют, кожа инфильтрируется, при надавливании из расширенных отверстий выступает гной.

Псевдофурункулез

Множественные абсцессы новорожденных – поражение всей экранной железы у детей 4-6 месяцев. Возникают подкожные узлы багрово-красного цвета чаще на затылке, спине, ягодицах, задней поверхности бедер. Узлы изъязвляются, затем рубцуются.

Фурункул

Это гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей его тканей. При вскрытии обнажается некротический стержень, при отторжении которого образуется язва, заживающая рубцом.

Карбункул

Это гнойно-некротическое воспаление сразу нескольких волосяных фолликулов. При локализации карбункула на лице или шее – го-

спитализация, назначение антибиотиков, хирургическая обработка.
Эволюция: узел с пустулой – язва – рубец

Ячмень

Острое гнойное воспаление ресничного фолликула, расположенного в толще хряща века или сальной железы края века, открывающейся в фолликул ресницы.

Гидраденит

Гнойно-некротическое воспаление апокриновых потовых желез. Локализация апокриновых потовых желез: подмышечные впадины, ореол грудных желез, перианальная область, большие половые губы, пах.

Таблица 22

Дифференциальная диагностика с сифилитической пузырчаткой

Признаки	Пузырчатка новорожденных	Сифилитическая пузырчатка
Температура	гипертермия	нормотермия
Общее состояние	сильное ухудшение	возможно без ухудшения
Локализация	живот	стопы, кисти
Бледные трепонемы в экссудате	не определяются	определяются
Серореакции	отрицательные	положительные

Таблица 23

Дифференциальная диагностика с паразитарным сикозом

Признаки	Вульгарный сикоз	Паразитарный сикоз
Эрозии	множество, покрыты гнойными корками	единичные
Инфильтрат	разлитой	бугристый, опухолевидный
Симптом сита	отрицательный	положительный
Симптом медовых сот	отрицательный	положительный
Рубец	не остается	остается
Свечение под лампой Вуда	нет	сине-зеленое
Нити мицелия и споры	не определяются	определяются
Посев	стафилококк	микроспорум или трихоспорум

Принципы терапии пиодермий

В лечении пиодермитов необходимо соблюдать три главных принципа терапии:

- поводить этиотропное (антимикробное) лечение.
- устранять предрасполагающие факторы
- предотвращать распространение инфекции на непораженные участки кожи.

Вопросы для самоконтроля:

1. Наиболее частые возбудители пиодермий.
2. Предрасполагающие экзо- и эндогенные факторы, играющие роль в патогенезе пиодермий. Различие патогенеза острых и хронических пиодермий.
3. Классификация пиодермий в зависимости от вида возбудителя и течения.
4. Первичные морфологические элементы, характерные для стрепто-, стафилодермий.
5. Клинические формы стрепто- и стафилодермий.
6. Смешанные пиодермии, их клин. характеристика.
7. Особенности общей терапии в зависимости от глубины поражения, распространенности процесса, длительности заболевания.
8. Принципы местной терапии.
9. Режим больного.
10. Профилактика пиодермитов на производстве и в быту.

Ситуационные задачи:

Задача 1. У новорожденного ребенка на 5-й день после рождения в окружности пупка, паховых и подмышечных складок, а затем на коже туловища, шеи появились многочисленные пузыри размером с горошину. Пузыри быстро увеличивались в количестве и в размерах, содержимое их стало мутным. Некоторые из них вскрылись, образовав эрозии. У новорожденного повысилась температура до 38°C, он стал вялым, плохо стал сосать грудь, появились жидкий стул и рвота.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные возбудители заболевания.
3. Кто мог быть источником заражения?
4. Необходимые исследования для уточнения диагноза.
5. Ваши рекомендации и лечебные назначения.
6. Необходимые противоэпидемические мероприятия в роддоме.

Задача 2. 5-летняя девочка заболела впервые 5 дней назад. Посещает детсад. Общее состояние ребенка хорошее. Вся область подбородка покрыта желтовато-зелеными толстыми корками. Кожа по периферии их слегка гиперемирована, отечна. Вокруг рассеяны вялые пузыри с мутным содержимым, остеофолликулиты и фолликулиты. Увеличены до фасоли и слегка болезненны подчелюстные лимфоузлы.

1. Возбудители заболевания.
2. Ваш диагноз
3. Ваши назначения.
4. Проф.мероприятия, о которых врач должен сообщить матери ребенка.

Задача 3. Мужчина 40 лет, работает каменщиком. Заболел 3 дня назад. Появились боли в области верхней губы, головная боль, температура повысилась до 38°C. При осмотре в области кожи верхней губы имеется инфильтрат, кожа над ним багрово-красного цвета, в центре намечается флюктуация, по периферии отек кожи.

1. Ваш диагноз.
2. Возбудитель заболевания.
3. Какие предрасполагающие экзо- и эндогенные факторы могли сыграть роль в возникновении заболевания?
4. Возможные осложнения при данной локализации заболевания.
5. Рекомендации и назначения врача.

Ответы:

Задача 1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных

1. Стафилококк и стрептококк.
2. Мать или обслуживающий персонал с очагами гнойной инфекции.
3. Общий анализ крови, мочи, исследование содержимого пузырей на флору.
4. Запрещение мытья. Антибиотики. Дезинтоксикационная терапия. Вскрытие пузырей.

Санация здоровой кожи 1 %-ным борным спиртом. Водные р-ры анилиновых красок. Мази с антибиотиками.

5. Изоляция ребенка. Телесный осмотр матери больного, акуше-

рок, медсестер, врачей. Временное отстранение от работы больных лиц. Дезинфекция в отделении. Стерилизация белья.

Задача 2. Стрептококк и стафилококк.

1. Вульгарное импетиго.

2. Размягчить и снять корки, вскрыть пузыри. Спиртовые р-ры анилиновых красок, дезинфицирующие мази и пасты с антибиотиками, сульфаниламидами, дерматолом, борной кислотой.

3. Запретить посещение детсада. Избегать общения с другими детьми. Запрещение мытья. Кожу в окружности очагов протирать спиртом. Коротко стричь ногти, подногтевые складки смазывать 2 %-ной настойкой йода.

Задача 3. Фурункул.

1. Стафилококк.

2. Микротравма кожи, переохлаждение, загрязнение кожи, нарушение обмена веществ, особенно углеводного, ринит.

3. Лимфангоит, лимфаденит, гнойный тромбоз лицевого вен с возможным в дальнейшем развитием менингита, сепсиса, септикопиемии с образованием множественных абсцессов в различных органах.

4. Запрещение мытья. Санация здоровой кожи спиртом. Антибиотики. Аутогемотерапия. Чистый ихтиол на очаг. УВЧ, УФО.

Тема 2. Микозы

Цель: знать классификацию грибковых заболеваний, уметь диагностировать и лечить, проводить рациональную профилактику.

Перечень понятий:

1. Дерматофиты.

2. Глубокие и поверхностные микозы.

3. Онихомикоз.

4. Клинические формы микозов стоп.

5. Клинические формы микозов.

Вопросы к семинару:

1. Кератомикозы.

2. Эпидермомикозы.

3. Микозы стоп.

4. Трихомикозы.

5. Вопросы для самоконтроля.

6. Задачи

Кератомикозы – отрубевидный (син.: разноцветный лишай)

- поражают роговой слой эпидермиса
- пятна от желтого до красного цвета
- мелкоотрубевидное шелушение на поверхности пятен
- положительная проба Бальцера (с 5 % йодом)
- лечение: кандид-раствор

Эпидермомикозы

- Поражают весь эпидермис и ногтевые пластинки

Руброфития

- возбудитель – *Trichophyton rubrum*;

Руброфития кожных складок

- пахово-бедренных, подмышечных;
- часто распространяется далеко за их пределы;
- сопровождается зудом.

Руброфития гладкой кожи

- чаще поражает ягодицы, бедра и голени;
- розовые или розово-красные с синюшным оттенком пятна округлых очертаний, четко отграниченные от здоровой кожи;
- по периферии пятен проходит прерывистый валик, состоящий из папул, покрытых (не всегда!) мелкими пузырьками и корочками;

Эпидермофития

- возбудитель- *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*;
- риск: длительное ношение обуви в условиях повышенной температуры и влажности, приводящей к потливости ног (солдаты, банщики, шахтеры и др.).

Паховая эпидермофития

- наиболее часто поражаются паховые области, мошонка, внутренние поверхности бедер, реже межъягодичная складка, подмышечные области, складки под молочными железами;
- лечение – в остром периоде примочки из 0,25 % р-ра нитрата серебра, 1 % р-ор резорцина, мази никозалон, тридерм, внутрь антигистаминные, после ликвидации везикуляции 2 % йодная настойка, 3 %-5 % серно-дегтярная мазь, антимикотики-микосептин, ламизил, клотримазол, низорал и др.

Микозы стоп

группа дерматомикозов, поражающих кожу стоп.

Сквамозная

- расположение обычно на сводах стоп;
- на подошвах – мелкоотрубевидное шелушение;
- субъективно: сухость кожи, умеренный зуд, иногда болезненность.

Дисгидротическая

- экземоподобное поражение кожи стоп с множеством везикул, мокнутием;
- субъективно зуд.

Интертригинозная

- воспалительное покраснение, шелушение, мацерация кожи межпальцевых складок стоп
- субъективно зуд, жжение, болезненность.

Онихомикоз

- поражение ногтевых пластинок;
- поражение может быть изолированным или сочетаться с поражением кожи;
- ногтевая пластина теряет прозрачность, приобретает беловато-желтый цвет, утолщается за счет подногтевого гиперкератоза, иногда до степени онихогрифоза или разрушается.

Острый микоз

- редкая форма, возникает в результате резкого обострения дисгидротической или интертригинозной разновидностей заболевания;
- общее ухудшение самочувствия, повышение температуры, резкие боли в пораженных стопах и кистях;
- увеличение паховых и бедренных лимфоузлов;

Общее лечение

- при неэффективности наружной терапии назначают антимикотики системного действия: итраконазол 200мг/сут, внутрь после еды, ежедневно, №7, затем 100мг/сут в течение 1-2 недель или флуконазол 150 мг 1р/неделю, внутрь после еды, не менее 3-4 недель

Местное лечение

- при сквамозных проявлениях: кетоконазол, изоконазол, клотримазол, эконазол и др., местно, мазь/крем, 1-2 р/с;
- при значительном гиперкератозе: резорцин-2,5г., салициловая кислота-10,0г. и др.;
- при острых воспалительных явлениях (мокнутие, наличие пузырей) и выраженном зуде: глюконат кальция 10 %, 5-10 мл., в/м или в/в, 1р/с, №10-15; супрастин внутрь по 0,025г., 2-3р/с, №10-15; местно на первом этапе терапии примочки: борная кислота 2 %, 2-3р/с, №1-2 или перманганат калия 1:6000, 1-2р/с, №1-2 или фукоцин 1-2р/с, №1-2; затем переходят на пасты/мази содержащие противогрибковые и кортикостероидные препараты: травокорт или тридерм.

Трихомикозы

поражают эпидермис, волосы и ногтевые пластинки

Поверхностная трихофития волосистой части головы

- в виде мелких очажков поредения волос и шелушения – сквамозная форма;
- с легкими воспалительными явлениями – эритематозно-сквамозная форма микоза;
- в ряде случаев виден большой очаг поредения волос
- границы очагов четкие;
- в очагах поражения – низкое (до 1-2 мм) неровноестрижение волос;
- волосы в очагах истончены, скручены и обнаруживаются часто после удаления чешуек.

Поверхностная трихофития гладкой кожи

- эритематозно-сквамозные очаги поражения имеют вид округлых «дисков» с хорошо очерченными границами в виде валика, состоящего из мелких пузырьков и чешуек
- в очагах – эритема, шелушение
- зональность окраски – более бледный центр и яркая периферия
- поражение пушковых волос наблюдается редко

Трихофития ногтевых пластинок

- поражаются ногтевые пластинки пальцев кистей
- поверхность ногтевой пластинки теряет блеск, становится неровной, грязно-серого цвета, крошиться



Рис. 9. Трихофития ногтевых пластинок

Инфильтративно-нагноительная трихофития

- в воспалительный процесс вовлекается фолликулярная и перифолликулярная ткань
- образуется массивный бугристый инфильтрат
- из фолликул при пальпации выделяются капельки гноя – «симптом сита»
- поверхность очага покрывается бурыми кровянисто-гнойными корками
- оставшиеся в очаге волосы легко выдергиваются
- подобные очаги поражения могут наблюдаться в области бороды и усов – «паразитарный сикоз»

Микроспория

Микроспория волосистой части головы

- крупные очаги поражения, с четко очерченной границей
- иногда на периферии очага имеется валик, состоящий из пузырьков и чешуек
- кожа в очагах гиперемирована, отечна
- на фоне гиперемии – асбестовидные чешуйки
- волосы сплошь и ровно обломаны до 6-8 мм и утолщены у основания

Микроспория гладкой кожи

- эритематозно-сквамозные очаги поражения имеют вид округлых «дисков» с хорошо очерченными границами в виде валика, состоящего из мелких пузырьков и чешуек
- зональность окраски – более бледный центр и яркая периферия
- очаги часто имеют вид концентрических вписанных колец
- часто наблюдается поражение пушковых волос, а также бровей и ресниц



Рис. 10. Микроспория гладкой кожи

Схемы лечения

Гризеофульвин внутрь с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг/кг/сут (но не более 1 г/сут) (взрослым) или 22 мг/кг/сут (детям) в 3 приема ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, затем через день в течение 2 недель и 2 р/неделю в течение следующих 2 недель

- Изоконазол крем, местно, 1р/сут, 4-6 нед.
- Бифоназол крем, местно, 1р/сут, 4-6 нед.
- Кетоконазол крем/мазь, местно, 1р/сут, 4-6 нед.
- Оксиконазол крем, местно, 1р/сут, 4-6 нед.

- Йод, 2 % спиртовая настойка, местно утром.

При инфильтративно нагноительной форме

- Изначально применяют антисептики и противовоспалительные средства (в виде примочек): Ихтиол, 10 % р-ор, местно 2-3 р/сут, 2-3 дня, или Перманганат калия, р-ор 1:6000, местно 2-3 р/сут, 1-2 дня, или Риванол, р-ор 1:1000, местно 2-3 р/сут, 1-2 дня, или Фурацилин, р-ор 1:5000, местно 2-3 р/сут, 1-2 дня.
- Затем лечение местно противогрибковыми препаратами

Кандидомикоз

Заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, обусловленное патогенным воздействием дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Кандидоз слизистых

- на поверхности слизистых белые пленки, крупинки творожистого вида;
- в начале заболевания налеты легко снимаются, обнажая гиперемированную слизистую;
- при длительном течении налеты приобретают сероватую окраску и с большим трудом отделяются с поверхности слизистых.

Кандидозный глоссит

- при поражении языка кроме налетов можно увидеть атрофию сосочков
- клиника глоссита может проявляться в виде географического языка

Кандидозный хейлит

- на губах появляется беловатый налет
- в дальнейшем появляется сухость, трещины, особенно в углах рта (заеды)

Кандидозный вульвовагинит

- на слизистых наружных половых органов с переходом на область ануса возникает гиперемия, беловатые пленчатые или крошковатые налеты
- беспокоит зуд, жжение и в ряде случаев беловато-желтоватые довольно густые выделения

Ситуационные задачи:

Задача 1. Ребенок 5 лет обратился на прием вместе с матерью.

Мать заметила у ребенка неделю назад красное пятно с шелушением в области правой щеки. Зуда нет. Вначале пятно было небольших размеров, затем стало увеличиваться. Ребенок посещает детсад. При осмотре: в области лица – на правой щеке розовое пятно с 3-копеечную монету. По краю слегка отечный валик красноты, покрытый чешуйками, единичными мелкими узелками и корочками. Домашних животных нет.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые лаб. исследования.
3. Рекомендации и лечение больного.

Задача 2. Обратилась больная 16 лет с жалобами на изменение окраски ногтевых пластинок 3-го и 4-го пальцев правой кисти. Болеет около года. При осмотре: ногти 3-го и 4-го пальцев правой кисти неровные, несколько утолщены, серовато-грязноватого цвета. Воспалительные явления со стороны ногтевых валиков отсутствуют, ногтевая кожица сохранена. Кожа и ногтевые пластинки стоп не изменены.

1. Необходимые лабораторные исследования.
2. На что надо обратить внимание при осмотре больной ?
3. Ваш диагноз.
4. Лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 3. На прием обратился мужчина 28 лет с жалобами на зуд в области подошв. Болен около 10 дней. Свое заболевание связывает с посещением бани. При осмотре: на коже подошв, преимущественно в области внутренних сводов стоп – пузырьки с серозным содержимым различной величины (от булавочной головки до небольшой горошины), просвечивающие в виде саговых зерен. Местами видны эрозивно-мокнущие участки.

1. Ваш диагноз.
2. Лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Ваши рекомендации и лечение.
4. Клинические разновидности заболевания.

Ответы:

Задача 1. Трихофития гладкой кожи.

1. Лабораторное исследование на грибы (посев, бактериоскопические), люминесцентная диагностика (для отличия от микроспории).

2. Осмотр бытовых контактов (семьи, детсада) на трихофитию. Наружные фунгицидные средства, гризеофульвин, эпилин. Физиолечение. Отслойки. Диспансерное наблюдение.

Задача 2. Взять соскоб с ногтевых пластинок на посев и бактериоскопическое исследование на грибы.

1. При осмотре больной исключить хроническую трихофитию в/ч головы и гладкой кожи.

2. Трихофития ногтей.

3. Гризеофульвин внутрь. Размягчение и удаление ногтевых пластинок с последующей обработкой ногтевого ложа фунгицидными средствами.

4. Осмотр бытовых контактов. Дезинфекция вещей и помещения.

Задача 3. Эпидермофития стоп (дисгидротическая форма).

1. Микроскопические и культуральные исследования на грибы.

2. Десенсибилизирующие средства. Противовоспалительные, дезинфицирующие примочки, пасты, анилиновые краски. Фунгицидная терапия. Дезинфекция обуви, носков.

3. Сквamousная, интертригинозная, дисгидротическая, ногтевых пластинок, паховая

Вопросы для самоконтроля:

1. Представители кератомикозов.

2. Проба Бальцера.

3. Эпидемиология дерматомикозов. Возбудители трихомикозов.

4. Лабораторная диагностика (бактериологическая и культуральная).

5. Микроспория (клинические формы).

6. Значение люминесцентного метода в диагностике микроспории.

7. Трихофития. (поверхностная, глубокая инфильтративно-нагноительная).

8. Основные методы лечения трихомикозов.

9. Эпидемиология эпидермомикозов.

10. Возбудители и их лабораторная диагностика.
11. Клиника рубромикоза.
12. Лечение различных форм кандидозов.
13. Профилактика кандидозов.

Тема 3. Герпесы

Цель: уметь диагностировать простой и опоясывающий лишай, определять клинические разновидности болезни, уметь правильно назначать лечение в зависимости от стадии болезни.

Вопросы к семинару:

1. Простой герпес (этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика).
2. Опоясывающий герпес (этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика).

Простой герпес

– вирусное заболевание, вызываемое герпесвирусами двух видов: HSV-1 и HSV-2.

Для ВПГ характерно:

- короткий цикл репродукции
- высокая тропность к клеткам эпителиоидного ряда
- выраженное цитопатическое действие

Факторы риска развития простого герпеса

- переохлаждение
- перенесенные ОРВИ
- иммунодефицитные состояния
- очаги хронической инфекции

Первичный простой герпес

Развитие происходит на фоне отсутствия специфических к вирусу антител. Острое начало процесса и большое количество высыпаний, занимающих обширную площадь. Лихорадка до 39–40°C. Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. При лабораторном исследовании сыворотки крови выявляется резкое нарастание уровня антител к ВПГ.

Рецидивирующий простой герпес

Начинается с развития субъективных ощущений – «предвестников рецидива»: за сутки до появления сыпи появляется зуд, жжение,

ползание мурашек на месте будущих высыпаний. Лихорадочного и астеновегетативного синдромов, как правило, нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Нет отека, нет разлитой гиперемии, количество пузырьков значительно меньше. Манифестации вирусного процесса, как правило, возникают в одних и тех же «традиционных местах» кожи и/или слизистых.

Гингивостоматит

Острый катаральный гингивит с эрозивными изменениями по десневому краю или глоссит. Эволюция: сгруппированные пузырьки – эрозии с фибринозным налетом – эпителизация.

Генитальный герпес у женщин

Дебютирует выраженным отеком и гиперемией больших и малых половых губ, слизистой влагалища, области промежности и нередко внутренней поверхности бедер. Вслед за этим возникают сгруппированные пузырьки. Нередко присоединяется вторичная инфекция, в этом случае, вместо эрозий появляются язвы.

Генитальный герпес у мужчин

В воспалительный процесс чаще вовлекаются головка, крайняя плоть, кожа полового члена и мошонки, реже внутренняя поверхность бедер и ягодиц. На вовлечение уретры указывают жжение в уретре, рези при мочеиспускании при условии исключения других ИППП.

Герпес новорожденных

Системный вирусный процесс, подчас заканчивающийся летально: неблагоприятный прогноз связан с поражением ВПГ жизненно важных внутренних органов. Заражение происходит при рождении, посредством прямого контакта (генитальный герпес у матери) во время прохождения родовых путей. Площадь высыпаний настолько велика, что участки здоровой кожи по отношению к пораженной располагаются как «островки в океане». Частое осложнение – гангренизация

Лечение

Противовирусная терапия

- ацикловир 800 мг 5 раз в сутки, курс 7 дней
- фамцикловир 500 мг каждые 8 ч 7 дней
- валацикловира 1 г 3 раза в сутки 7 дней

Противовоспалительная терапия

- нестероидные противовоспалительные препараты

Обезболивающие средства

Иммунотерапия:

- индукторы ИФН (Циклоферон, Ридостин (парентерально по 8 мг 1 раз в 3 дня, на курс 4 инъекции))

Опоясывающий герпес

Вызывается вирусом *varicella-zoster virus*. Вирус уникален, поскольку способен вызвать у человека два разных заболевания: ветрянку и опоясывающий лишай. Как правило, человек болеет только один раз в жизни. Рецидивы бывают в следующих случаях:

- ВИЧ-инфекция
- опухолевый процесс

Факторы риска развития опоясывающего лишая

- любое состояние, которое сопровождается снижением клеточного иммунитета
- пожилой возраст
- некоторые злокачественные новообразования: лейкомия, лимфома Ходжкина)
- ВИЧ-инфекция (увеличивает риск опоясывающего лишая в 15 раз)
- химиотерапия/рентгенотерапия
- применение кортикостероидов
- проведение иммуносупрессии при пересадке органов или костного мозга
- психоэмоциональная нагрузка и физическая травма

Лечение опоясывающего лишая

Опоясывающий лишай проходит и без специфической противовирусной терапии

- НО противовирусная терапия, сокращает процесс заживления высыпаний и предотвращает постгерпетическую невралгию у пожилых

Показания к противовирусной терапии:

- возраст старше 50 лет
- женский пол
- геморрагический характер

- вовлечение в процесс черепно-мозговых и крестцовых дерматомов
- Начинать терапию рекомендовано как можно раньше, желательно в первые 48–72 ч после начала проявлений болезни

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез простого и опоясывающего лишая. Предрасполагающие факторы.
2. Клиника простого пузырькового лишая и его клинические разновидности.
3. Клиника опоясывающего лишая и его клинические разновидности.
4. Дифференциальный диагноз простого и опоясывающего лишая.
5. Лечение (общее и наружное) в зависимости от формы болезни.
6. Профилактика рецидивов при герпесе.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Женщина 45 лет жалуется на сильные боли и высыпания в области спины справа. Больна около 2-х дней. За несколько дней до появления сыпи была субфебрильная температура, общее недомогание. Объективно: по ходу межреберных нервов справа группы пузырьков с серозным содержимым на эритематозной слегка отечной коже.

1. Ваш диагноз.
2. Ваше лечение и рекомендации
3. Когда заболевание может рецидивировать?

Задача 2. Женщина 25 лет жалуется на появление пузырьков в области красной каймы верхней губы. Заболевание сопровождается небольшим зудом. Больная отмечает, что после перенесенного ОРЗ в прошлом году такие же высыпания были в области кончика носа. Объективно: в области верхней губы на эритематозном фоне группа мелких пузырьков с просяное зерно, с прозрачным содержимым.

1. Ваш диагноз.
2. Ваши рекомендации по лечению больной.

Ответы:

Задача 1. Опоясывающий лишай.

1. Анальгетики (седалгин, анальгин). Витамины В1, В12, С. Противовирусная терапия (зовиракс, бонафтон и др.). Наружные средства (дезинфицирующие пасты, анилиновые краски, крем зовиракс, теброфеновая мазь, крем с интерфероном, госсиптол, флореналь). Больная не должна контактировать с детьми.

2. При онкозаболеваниях, у ВИЧ-инфицированных и др.

Задача 2. Простой пузырьковый лишай.

1. При рецидивирующем герпесе показаны противовирусные препараты, инъекции интерферона, поливалентной антигерпетической вакцины, гамма-глобулина.

Местно: индифферентные мази, интерферон в виде примочек, паст, теброфеновая, оксолиновая мази, госсиптол, флореналь, крем зовиракс и др.

Тема 4: Туберкулез кожи.

Цель: изучить клинические формы туберкулеза кожи, дифференциальный диагноз, лечение и профилактику.

Вопросы к семинару:

1. Ограниченный туберкулез (туберкулезная волчанка, ее клинические формы, скрофулодерма, язвенный туберкулез, бородавчатый туберкулез).

2. Диссеминированный туберкулез (индуративная эритема Базена, папуло-некротический туберкулез, лишай золотушных).

Возбудитель туберкулеза кожи – *Mycobacteria tuberculosis*.

В основном кожа поражается вторично. Первичные очаги – туберкулез легких и костей. Исключение составляет бородавчатый туберкулез.

Факторы риска развития туберкулеза:

- общее ослабление иммунитета, снижение сопротивляемости организма;
- наследственные отягощения (туберкулез родителей, хронические истощающие заболевания, алкоголизм родителей и др.),
- неблагоприятные факторы внешней среды (питание, жилище, условия труда и быта и т. п.).

Эндогенный путь заражения

Кожа при туберкулезе как правило поражается вторично. Очаг

туберкулеза находится в организме чаще всего в виде туберкулеза легких, костей, почек. Стоком крови, лимфы, путем аутоинокуляции или при непосредственном распространении *Mycobacteria tuberculosis* по ткани попадает в кожные покровы.

Гематогенный путь распространения

Mycobacteria tuberculosis из основного очага (легких, костей, почек) в кожу переносится с током крови. Данный путь распространения наблюдается при ограниченных формах (туберкулезная волчанка) и при диссеминированных формах туберкулеза кожи (папуло-некротическом, индуративной эритеме Базена, лихеноидном туберкулезе)

Лимфогенный

Mycobacteria tuberculosis из основного очага (легких, костей, почек) в кожу переносится с током лимфы. Данный путь распространения наблюдается в основном при ограниченных формах (туберкулезная волчанка, скрофулодерма).

По протяжению

Mycobacteria tuberculosis поражает кожу непосредственно на своем пути распространения, что наблюдается при скрофулодерме, когда возбудитель переходит с лимфатического узла в подкожно-жировую клетчатку, затем дерму, а в конце – в эпидермис.

Аутоинокуляция

Больной туберкулезом легких при сплевывании мокроты, остатки ее сам втирает в кожу многоцветным платком. Примером служит язвенный туберкулез – туберкулез кожи перiorальной области.

Экзогенный путь заражения

Mycobacteria tuberculosis – кожу, в основном ладоней и подошв, поражает первоначально, при этом основных очагов, как-то: туберкулеза легких, костей, почек у таких пациентов нет. Данный вид поражения относится к профессиональным болезням, поскольку, очень часто наблюдается у работников бань, где высок риск заражения туберкулезом (учреждения УФСИН), у доярок, у работников скотобоев, ранее – у патологоанатомов.

Диссеминированный туберкулез кожи

Возникает вследствие гематогенного рассеивания микобактерий туберкулеза из какого-либо обострившегося очага туберкулезной

инфекции диссеминированный туберкулез кожи, при наличии у больного аллергической реактивности высокой степени и относительного иммунитета. Диссеминированный туберкулез кожи отличается сравнительно доброкачественным течением и склонностью к самопроизвольному разрешению.

Причины развития диссеминированного туберкулеза кожи:

- 1) инфекционные (ангина, грипп и др.);
- 2) переохлаждение;
- 3) недостаточное или неполноценное питание.

Индуративная эритема Базена

Путь распространения – гематогенный. Наблюдается почти исключительно у женщин 16–40 лет и локализуется преимущественно на голенях, как правило, симметрично; другие локализации представляют редкое исключение. Основным элементом является плотный, спаянный с кожей малоблезненный узел диаметром 1–3 см. Кожа над ним вначале не изменена, позднее по мере роста узла кожа над ним становится красноватого цвета с синюшным оттенком. Затем узел подвергается регрессу, оставляя после себя запавший коричневатый участок рубцовой атрофии различной степени выраженности.

Лихеноидный туберкулез

Аллергическая реакция на микобактерию туберкулеза в стадии генерализации при существующем высоком уровне иммунитета. Встречается главным образом у детей, нередко после перенесенного инфекционного заболевания (корь, скарлатина, краснуха). Обычно лихеноидный туберкулез присоединяется к имеющимся у больных туберкулезной волчанке, скрофулодерме, туберкулезе суставов, костей, лёгких. В клинической картине – милиарные папулы величиной бледно-желтоватого или буро-красного цвета, слегка возвышающиеся над уровнем кожи; субъективных ощущений не вызывают. Часто папулы связаны с фолликулами кожи, пронизанными пушком.

Папуло-некротический

Папулонекротический туберкулез возникает на фоне туберкулеза легких, костей, суставов, почек, скрофулодермы после перенесенных острых инфекционных заболеваний (грипп, корь и др.). Чаше болеют подростки и лица молодого возраста. Высыпания при папулоне-

кротическом туберкулезе обычно локализуются на разгибательных поверхностях нижних и верхних конечностей, ягодицах, туловище, лице и реже, волосистой части головы. Основным элементом сыпи является плотный узелок бледно-красного цвета, диаметром 2-5 мм. В центре узелка появляется некротическая коричневатая корка, после снятия которой видна кратерообразная язвочка округлых очертаний. В дальнейшем на этом месте остается белый ровный рубец, являющийся наиболее характерным признаком папулонекротического туберкулеза. Иногда в клинической картине более выражены явления нагноения, в этих случаях развивается своеобразная папулопустулезная разновидность – *асне scrophulosorum*.

Скрофулодерма

Узлы скрофулодермы фиолетово-красного цвета, чаще всего расположены в толще кожи или подкожной клетчатки. Разрушаясь, они образуют язвы и фистулы. После заживления остаются безобразные рубцы. Чаще всего такие язвы локализуются под челюстью, над челюстью, около ушных раковин, в подмышечных впадинах, ключичных областях. Поскольку локализация скрофулодерм часто отмечается около суставов, то у таких пациентов обнаруживают и туберкулез костей.

Туберкулезная волчанка

Потекает медленно, отмечается склонность к гнойному расплавлению тканей. Очень часто волчанкой заболевают еще в детстве, и она может тянуться долгие годы. Как правило, у таких больных выявляют и туберкулез других органов. Туберкулезная волчанка чаще всего располагается на лице – на носу, щеках, слизистой. Заражение может произойти с кровью или лимфой, а может быть и через травму (латентная форма). Внешне симптомы проявляются в виде бугорков красновато-коричневого цвета (люпом), которые позднее шелушатся. Располагаются люпомы группами, сначала отдельными, а потом сливаются друг с другом, края пораженного участка гиперемированы. Когда люпомы сливаются в большие бляшки, то они имеют свойство лопаться и на их месте образуются язвы, содержащие много инфильтрата. Если бляшки не лопаются, то остаются атрофические рубцы, внешне истонченные и похожие на папиросную бумагу.

Бородавчатый туберкулез

Встречается у взрослых. Связана с характером профессии и поражает людей, работающих с туберкулезным материалом от трупов животных и людей: ветеринаров, мясников, работников скотобоен, патологоанатомов, а также медицинский персонал, имеющий контакт с больными, которые страдают активными формами туберкулеза. Типичными местами расположения процесса являются тыл кистей и пальцев рук, несколько реже он локализуется на стопах. Сначала образуется плотный, имеющий вид крупной горошины бугорок синюшно-красного цвета (трупный бугорок), который имеет склонность к разрастанию, со временем превращаясь в плоскую плотную бляшку. На поверхности бляшки образуются большие роговые наслоения и бородавчатые разрастания. Зрелый очаг бородавчатого туберкулеза кожи имеет три зоны: фиолетово-красную каемку (периферическая зона), бородавчатые образования (средняя зона), атрофический участок кожи с бугристым дном (центральная зона).

Вопросы для самоконтроля:

1. Возбудители туберкулеза кожи.
2. Классификация туберкулеза кожи.
3. Туберкулезная волчанка и ее клинические разновидности.
4. Патогномоничные симптомы туберкулезной волчанки.
5. Скрофулодерма. Особенности патогенеза.
6. Бородавчатый туберкулез кожи.
7. Язвенный туберкулез кожи.
8. Папуло-некротический туберкулез кожи.
9. Лишай золотушных.
10. Индуративная (уплотненная) эритема Базена.
11. Лечение туберкулеза кожи.
12. Организация борьбы с туберкулезом кожи в нашей стране.

Ситуационные задачи:

Задача 1. У девочки 14 лет на коже лица в течение 2-х лет существуют очаги. Субъективных ощущений нет. Первый очаг появился на носу, затем высыпания распространились на щеки. К врачу обратилась впервые. Не лечилась. Родители и брат здоровы. В анамнезе туберкулез легких. На коже в области спинки и крыльев носа, щек очаги неправильной формы синюшно-бурого цвета. В очагах

отчетливо видны бугорки размером до горошины коричнево-красного цвета, мягкой консистенции. Некоторые бугорки располагаются сгруппированно, на месте их язвы с неровными очертаниями, мягкими подрытыми краями, грязно-серым дном. При надавливании зондом на бугорок он легко погружается в глубину ткани, а при надавливании предметным стеклом бугорок приобретает буроватый цвет. В очагах рубцовая атрофия белесоватого цвета, на ее месте свежие бугорки.

1. Необходимые дополнительные и лаб. исследования.
2. Симптомы, характерные для болезни.
3. Ваш диагноз.
4. Клин. формы заболевания.
5. Осложнения.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение и профилактика.

Задача 2. На амбулаторный прием к дерматологу обратился юноша 16 лет, школьник. Болен 2 года. К врачу не обращался. Не лечился. На боковой поверхности шеи слева, в подчелюстной области, около левой ушной раковины в глубине кожи 3 узла, овальной формы, безболезненные фиолетово-красного цвета. Два узла размягчены с абсцедированием и фистулами. На коже около левой ушной раковины втянутые неровные мостовидные рубцы с перемычками.

1. Необходимые дополнительные исследования для уточнения диагноза.
2. Ваш диагноз.
3. Диф. диагноз.
4. Ваши назначения больному.

Ответы:

Задача 1. Гистологическое исследование биопсированной ткани очага, туберкулиновые пробы, рентгенологическое исследование.

1. Симптомы яблочного желе и зонда.
2. Туберкулезная волчанка.
3. Плоская, эксфолиативная, бородавчатая, язвенная, уродующая, опухолевидная.
4. Рожистое воспаление, элифантиаз, люпус-карцинома.

5. С бугорковым сифилисом, новообразованием, дискоидной формой красной волчанки, лепрой.

6. Антибактериальные средства (фтивазид, стрептомицин, ПАСК), витамин Д, общеукрепляющие средства, дието-, гелио-, климатотерапия (Крым), наружные средства (диатермокоагуляция, мази, пасты). Улучшение материально-бытовых и санитарно-гигиенических условий жизни населения. Активное выявление начальных форм туберкулеза. Своевременное и рациональное лечение.

Задача 2. Туберкулиновые пробы, рентгенологическое и гистологическое исследование.

1. Скрофулодерма.

2. С гуммозным сифилисом, актиномикозом, хронической язвенной пиодермией.

3. Антибактериальные средства (фтивазид, стрептомицин, ПАСК), витамин Д, общеукрепляющие средства, дието-, гелио-, климатотерапия (Крым), УФО, наружные средства (примочки с этакридином, диатермокоагуляция, дезинфицирующие мази, иногда хирургическое лечение).

Тема 5. Паразитарные болезни

Цель: изучить диагностику, лечение, профилактику чесотки и педикулеза.

Вопросы к занятию:

1. Чесотка: возбудитель, эпидемиология, жизненный цикл, клиническая картина, лабораторная диагностика, лечение, контроль излеченности, профилактика.

2. Педикулез: возбудитель, эпидемиология, жизненный цикл Клиническая картина, лабораторная диагностика, лечение, контроль излеченности, профилактика.

3.5.1. Чесотка

- вызывается чесоточным клещом, сопровождается вечерне-ночным зудом, точечной парной папуло-везикулезной сыпью и чесоточными ходами.
- возбудитель чесотки имеет небольшие размеры и практически не виден невооруженным глазом. Живет около 1 мес. Самки

проделывают ходы под роговым слоем эпидермиса, откладывая там по 2-3 яйца в сутки. Из яиц вылупляются личинки. В течение 10-14 дней личинки, пройдя несколько стадий, превращаются во взрослые особи.

Типичная локализация

- область thenar et hypothenar
- сгибательная поверхность лучезапястных суставов
- на половых органах имеется особенность: наряду с типичными проявлениями чесотки имеются папулы синюшного цвета и круглой формы – это особая форма чесотки – скабиозная лимфоплазия – возникновение ее связано с механическим раздавливанием клеща и ответной реакцией лимфоцитов

Чесоточные ходики



Рис. 11. Чесоточный ход

Осложнения

- экзематизация
- присоединение вторичной инфекции

Дифференциальный диагноз с диффузным кожным зудом

Признаки	Чесотка	Диффузный кожный зуд
анамнез	не отягощен	хроническая соматическая патология (ЖКБ, ХПН)
эпид.анамнез	похожая симптоматика у проживающих в коллективе (в семье, классе, в комнате общежития и т.д.)	эпид.анамнез отсутствует
зуд	в вечерне-ночное время	постоянный
элементы сыпи	точечная парная папуло-везикулезная сыпь	только расчесы с геморрагическими корочками

Лечение 20% мазью бензил-бензоата

- 1 день – вечером помыться, втереть мазь в весь кожный покров, сменить нательное и постельное белье, которое не ношено 2 недели
- 2-3 дни – втирать мазь в кисти после каждого мытья, не мыться, белья не менять
- 4 день – вечером помыться, втереть мазь в весь кожный покров, сменить нательное и постельное белье
- 5 день – помыться, сменить нательное и постельное белье, которое не ношено 2 недели

Лечение 33% серной мазью

- 1 день – вечером помыться, втереть мазь в весь кожный покров, сменить нательное и постельное белье, которое не ношено 2 недели
- 2-3-4-5 дни:
 - а) днем втирать мазь в кисти после каждого мытья
 - б) вечером втереть мазь в весь кожный покров, но не мыться и белья не менять
- 6 день – отдых
- 7 день – помыться, сменить нательное и постельное белье, которое не ношено 2 недели

Лечение детей до 2 лет

Схемы лечения точно такие же как для взрослых, НО:

1. серная мазь – 10 % и мазь бензил-бензоат -10 %

2. мазь втирают в голову

Лечение осложнений

При экзематизации:

1. Общее лечение:

- антигистаминные препараты,
- десенсибилизирующие средства
- седативные препараты

2. Местное лечение: лечение чесотки по схеме, а после ее окончания – топические кортикостероиды

При присоединении вторичной инфекции:

1. Общее лечение:

– антибиотики внутрь (по показаниям)

2. Местное лечение: лечение чесотки серной мазью (обладает дезинфицирующими свойствами)

3.5.2. Педикулез (вшивость)

- паразитирование на теле человека вшей
- изменение кожи в результате укусов

Педикулез головной

- вызывается головными вшами, жизненный цикл которых 15 дней
- гниды имеют серовато-беловатый цвет и хорошо видны невооруженным глазом
- головные вши питаются кровью, которую насасывают 1 раз в 2-3 дня
- зудящие плотные папулы в результате раздражающего действия слюны возбудителя на месте укуса

Педикулез платяной

- вызывает платяная вошь, которая имеет серовато-белый цвет и размеры от 2 до 5 мм
- гниды прикрепляются к ткани белья и одежды
- поражаются участки кожи плотно соприкасающиеся с одеждой (плечи, подмышечная область, шея и др.)
- На местах укусов образуются уртикарно-папулезные высыпания

Педикулез лобковый (фтириаз)

- Вызывают лобковые вши, или площади, которые имеют корот-

кое и уплощенное тело с широко раскинутыми клешнеобразными лапками

- заражение обычно при половом контакте, но возможно через белье и постельные принадлежности
- обитают преимущественно на лобке, половых органах, вокруг заднего прохода
- на местах укусов серовато-голубоватые пятна (*maculae coeruleae*)

Лечение педикулёза

- *Пара-плюс* – аэрозоль однократно на кожу и всю длину волос. Через 10 мин. голову моют обычным шампунем и вычесывают мертвых паразитов частой расческой, смоченной уксусом для легкого отделения гнид.
- *Ниттифор* – волосы сильно увлажняют раствором, втирая его в корни волос ватным тампоном. После обработки голову покрывают косынкой. Через 40 мин. препарат смывают теплой водой с применением любого шампуня. Погибших вшей вычесывают расческой.
- *Малатион* – шампунь или лосьон тщательно втирают, оставляют на 3 мин., затем промывают волосы и расчесывают частым гребнем. При необходимости повторяют лечение через неделю.
- *Фенотрин (синоним Итакс)* – после мытья головы обычным шампунем и подсушивания полотенцем Итакс-шампунь наносят на волосы, в том числе на затылок и заушные области, на 10 мин., затем препарат наносят повторно, интенсивно втирая. В случае недостаточного эффекта лечение повторяют через 24 часа.
- *Медифокс* – в 1 ампулу(2мл) добавляют 30мл., полученную эмульсию наносят тампоном на увлажненные волосы. Через 20 мин. препарат смывают водой с мылом (или шампунем).
- *Медифокс-супер* – 20 % концентрат перметрина в дозе 10мл. На 1 литр воды (флаконы по 0,5 и 1,0л.). Применяется так же как медифокс.

Вопросы для самоконтроля:

1. Эпидемиология чесотки. Возбудитель чесотки, его устойчивость во внешней среде.

2. Типичная локализация высыпаний при чесотке у взрослых и детей.

3. Характерные симптомы.

4. Возможные осложнения чесотки.

5. Принципы диагностики.

6. Дифференциальный диагноз.

7. Основные методы лечения.

8. Профилактика распространения заболевания, участие в этом врачей всех специальностей.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Болен около месяца. Беспокоит зуд кожи, особенно в ночное время. Работает шофером, живет в общежитии. В комнате 3 человека. Имеет знакомую, с которой состоял в близком интимном отношении. В области живота, ягодиц, поясницы. Внутренней поверхности бедер имеется обильная мелкая узелковая сыпь розового цвета, многие узелки располагаются попарно, центр некоторых покрыт геморрагическими корочками, имеются также расчесы. В области живота имеются удлиненные, слегка выступающие над кожей розовые валики длиной 5-7 мм. Кожа кистей свободна от высыпаний.

1. Ваш диагноз.

2. Необходимые исследования для уточнения диагноза.

3. Назначения больному.

Противоэпидемические мероприятия.

Задача 2. Студентка лесотехнического техникума заболела неделю назад. Живет в общежитии, в комнате 5 человек. Беспокоит зуд, больше в ночное время. В области межпальцевых складок кистей, живота, внутренней поверхности бедер имеется милиарная узелковая сыпь. Центр папул покрыт серозными и геморрагическими корочками, в области лучезапястного сустава имеются сероватые полоски длиной до 0,75 см. В области грудных сосков и окружающей кожи имеются очаги округлой формы с четкими границами. Кожа в них гиперемирована, отечна, на этом фоне имеются точечные эрозии, выделяющие капельками экссудат, часть эрозий покрыта серозно-гнойными корочками.

1. Ваш развернутый клин. диагноз.

2. Необходимое лечение данной больной.

3. Противоэпидемические мероприятия.

Ответы:

Задача 1. Чесотка.

1. Извлечение клеща из слепого конца хода и его микроскопия.
2. 20 %-ная эмульсия бензил-бензоата (33 %-ная серная мазь).
3. Осмотр контактов, лечение всех выявленных больных одновременно. Дезинсекция нательного и постельного белья больного, дезинсекция в комнате. Учет больных по извещениям форме 281.

Задача 2. Чесотка, осложненная микробной экземой.

1. Десенсибилизирующие препараты, 20 %-ная эмульсия бензил-бензоата. На грудные соски гиоксизоновая мазь.
2. Осмотр контактов, дезинсекция белья и помещения.

Тема 6. Многоформная экссудативная эритема

Цель: уметь диагностировать многоформную экссудативную эритему, уметь назначить лечение в зависимости от стадии болезни.

Вопросы к семинару:

Многоформная экссудативная эритема: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

- Острое, нередко рецидивирующее заболевание кожи и слизистых оболочек инфекционно-аллергического генеза
- Встречается у лиц молодого и среднего возраста, в том числе и у детей.

Этиология

Инфекционные агенты

- *Mycoplasma pneumoniae*
- вирус простого герпеса
- коксаки
- вирусам гриппа и паротита
- гистоплазмами
- туберкулезная, дифтерийная палочка

Лекарственные агенты

- пенициллин
- тетрациклин
- сульфаниламиды
- барбитураты

- ацетилсалициловая кислота
- вакцины оспы, полиомиелита, БЦЖ

Папулезная (простая) форма

- сыпь распространенная, симметричная на разгибательных поверхностях
- пятна красного цвета с резкими границами, округлой формы
- периферические края и центр пятна цианотичны (признак ириса или мишени)
- элементы появляются группами
- регрессируют спонтанно, оставляя участки гипер- или депигментации

Буллезная форма (синдром Стивенса-Джонсона)

- В процесс вовлекается слизистая оболочка рта
- на коже появляются пузыри
- количество высыпаний значительно меньше
- при формировании пузырей базальная мембрана интактна
- процесс продолжается 10–15 дней и заканчивается спонтанным выздоровлением

Общая терапия

1. В тяжелых случаях, протекающих с общими симптомами, назначают системные кортикостероиды – преднизолон внутрь по 30-60 мг в сутки до достижения выраженного клинического эффекта с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены в течение 3-4 нед. При невозможности перорального приема кортикостероиды назначают парентерально.

2. Проводят также мероприятия, направленные на инактивацию и удаление антигенов и циркулирующих иммунных комплексов из организма, используя энтеросорбенты (лактофилтрум по 2 таблетки 3 раза в день за час до еды, запивая водой), гемосорбцию, плазмаферез.

3. Для борьбы с синдромом эндогенной интоксикации вводят по 2–3 л жидкости в сутки парентерально (физиологический раствор, гемодез, раствор Рингера и др.).

4. Антигистаминные препараты – супрастин по 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день, или лоратадин по 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день – 14 дней.

5. При наличии вторичной инфекции – антибиотикотерапия – амоксициллин по 500 мг 2 раза в сутки – 10 дней, при наличии герпетической инфекции – ацикловир внутрь по 200 мг 3 раза в сутки – 5 дней, или ремантадин по схеме.

Местная терапия

Наружно используют кортикостероидные кремы (целестодерм с гаромоцином и др.), 2 % водные растворы метиленового синего

Профилактическое лечение

Весной и осенью (за 1,5–2 месяца до ожидаемого рецидива):

- левамизол (противогельминтное и иммуномодулирующее средство) – внутрь по 150 мг 2 дня подряд с интервалом 5 дней в течение 2 месяцев
- этакридина лактатом (антисептическое средство) – внутрь по 0,05 г 3 раза в день в течение 10–14 дней
- также необходимы санация очагов хронической инфекции, предотвращение охлаждений, закаливание организма

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез многоформной экссудативной эритемы.
2. Клиника многоформной экссудативной эритемы.
3. Синдром Стивенса-Джонсона.
4. Дифференциальный диагноз экссудативной эритемы.
5. Лечение (общее и наружное).
6. Профилактика рецидивов многоформной экссудативной эритемы

мы

Ситуационная задача:

Весной обратился больной 32 лет с жалобами на небольшой зуд, жжение и высыпания на тыле кистей и слизистой губ. Заболевание сопровождается субфебрильной температурой, общим недомоганием, болями в суставах. Из анамнеза выяснено, что такие же высыпания были в прошлом году тоже весной. Объективно: на тыле кистей и разгибательных поверхностях предплечий синюшно-красные пятна, узелки до 2-копеечной монеты. Пятна и узелки имеют синюшный оттенок в центре, а по периферии ярко-розовую окраску. На красной кайме губ пузыри с геморрагическим содержимым и серозно-геморрагические корки. Суставы внешне не изменены.

1. Ваш диагноз.
2. Лечение.
3. Дифференциальный диагноз.

Ответы: Многоформная экссудативная эритема.

1. Антибиотики, десенсибилизирующие препараты, салицилаты. Витамины, наружные противовоспалительные и антисептические средства: индифферентные пасты, взбалтываемые смеси, анилиновые краски. При поражении слизистых – жидкая нераздражающая пища, частые полоскания дезинфицирующими растворами, примочки.

2. Токсидермия, фотодерматиты, дерматит Дюринга, пузырчатка и др.

Глава 4. Сифилис

Тема 1. Этиология и патогенез сифилиса. Первичный сифилис

Цель: изучить морфологические и биологические особенности бледной трепонемы, условия и способы заражения сифилисом, общее течение и классификацию сифилиса, инкубационный период.

Вопросы к семинару:

1. Возбудитель сифилиса.
2. Отличие бледной трепонемы от сапрофитных трепонем.
3. Инкубационный период.
4. Эпидемиология.
5. Общее течение сифилиса.
6. Клиническая картина шанкра (эрозивный и язвенный, множественные и биполярные шанкры, осложнения).
7. Атипичные формы шанкра (панариций, амигдалит, индуративный отек).
8. Склераденит, его характеристика.
9. Локализация склераденита в зависимости от локализации шанкра.

Этиология – *Treponema pallida*

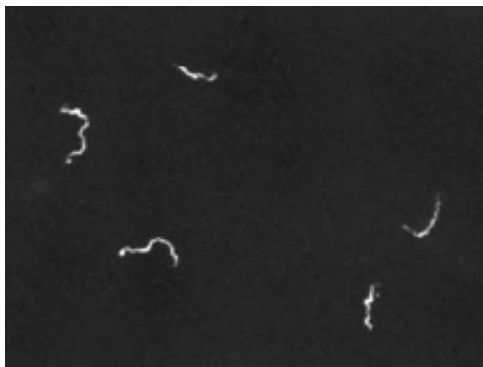


Рис. 12. Бледная трепонема в темном поле

- спиралевидной формы
- длина 8-12 мк
- ширина 0,2-0,3 мк
- имеет 8-12 равномерных завитков, края завитков закругленные
- размножение путем поперечного деления
- факультативный анаэроб

Механизмы заражения

- половой
- бытовой
- гемотрансфузионный

Скрытый период

- продолжительность 21-24 дня
- на 1-2 сутки бледная трепонема проникает в региональные лимфоузлы
- на 5 сутки – спирохетозный сепсис
- на 6-8 сутки – паренхиматозный сепсис
- на 11 сутки – бледная трепонема проникает через гематоэнцефалический барьер
- на 14 сутки – формирование инфекционного иммунитета

Первичный сифилис

Первичный серонегативный:

- шанкр на 21-24 день с момента заражения
- склераденит на 28 день с момента заражения

Первичный серопозитивный (после 45 дня с момента заражения)

Шанкр

- безболезненная эрозия или язва мясо-красного цвета
- округлой или овальной формы
- величиной от горошины до 1 копеечной монеты
- без воспалительных явлений вокруг
- дно гладкое, влажное
- в основании пальпируется плотный инфильтрат
 - ✓ Хрящевидный (пластинчатый) - по плотности как хрящ ушной раковины
 - ✓ Узелковый – в виде горошины
 - ✓ Листовидный – по плотности как лист

Генитальные шанкры у мужчин:

- чаще на крайней плоти
- в венечной борозде
- на головке полового члена
- реже на коже мошонки и лобка

Генитальные шанкры у женщин:

- чаще на больших и малых половых губах
- задней спайке
- реже на шейке матки

Экстрагенитальные шанкры

- полость рта: на губах, языке, деснах, миндалинах
- перианальная область, в области заднего прохода
- на пальцах рук
- или в любом другом участке кожного покрова

Множественные шанкры

- образуются в результате одновременного проникновения возбудителя в кожу и слизистые в нескольких местах
- или вследствие последовательных повторных заражений в первые 10-14 дней, пока не сформировался инфекционный иммунитет



Рис. 13. Множественные шанкры

Атипичные шанкры

Индуративный отек

- локализуется в области крайней плоти или на больших половых губах
- кожа увеличена, отечна, плотной консистенции



Рис. 14. Индуративный отек

Шанкр-амигдалит

- увеличена вся миндалина
- поражение как правило одностороннее

- она плотная, безболезненная
- сопровождается подчелюстным склераденимом

Шанкр-панариций

- локализуется на ногтевой фаланге, обычно на указательном пальце
- палец становится отечным, синюшно-красного цвета, резко болезненный

Осложнения шанкров

- присоединение гнойной инфекции
 - ✓ вокруг шанкра развиваются воспалительные явления
 - ✓ на поверхности шанкра – гнойный налет (баланит, баланопостит)
- Фимоз
 - ✓ половой член увеличен за счет отека крайней плоти
 - ✓ покрасневший, болезненный
 - ✓ крайняя плоть закрывает головку, которую невозможно открыть
- Парафимоз
 - ✓ крайняя плоть отводится за головку полового члена, заходит в венечную борозду и ущемляет головку
 - ✓ образуется удавка
 - ✓ нарастает отечность
 - ✓ возможно омертвление тканей препуциального мешка в результате нарушения крово- и лимфообращения
- Гангренизация
 - ✓ наиболее тяжелое осложнение
 - ✓ вызывается анаэробной инфекцией
 - ✓ процесс некротизации распространяется вглубь
- Фагеденизация
 - ✓ процесс некротизации распространяется по периферии

Регионарный склераденим

- на 28 день – увеличение региональных лимфоузлов. Совершенно безболезненные. Не спаяны между собой и с окружающей тканью. Кожа над лимфоузлами не воспалена
- если шанкр располагается на половых органах, в преддверии влагалища – увеличиваются паховые и бедренные лимфоузлы

- если шанкр располагается на шейке матки – увеличиваются лимфоузлы малого таза.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие виды инфильтратов в основании шанкра могут быть?
2. Чем отличаются множественные от биполярных шанкров?
3. В чем особенность индуративного отека?
4. Чем отличается гангренизация от фагеденизации шанкра?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Клинические особенности регионарного склераденита и полиаденита.
7. Когда возникают продромальные явления и их симптомы?
8. Особенности первичного сифилиса у алкоголиков.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной 27 лет жалуется на появление язвы на п/ч, которую он обнаружил неделю назад. Язва не болит. Женат. Месяц назад имел однократное половое сношение с молодой женщиной в гостинице другого города, где был в командировке. При осмотре обнаружена ярко-красная эрозия овальной формы с четкими границами, расположенная на внутреннем листке крайней плоти слева. Дно эрозии гладкое, слегка влажное.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие сведения из анамнеза еще необходимо выяснить?
3. Что существенное отсутствует в данных осмотра?
4. Лаб. исследования, необходимые для установления диагноза.
5. Заключительный развернутый диагноз при выявлении у больного пахового склераденита, обнаружении бледной трепонемы, отрицательной МР, положительной РИФ.
6. Необходимые лечебно-профилактические меры в данном случае.

Задача 2. К участковому терапевту обратилась женщина 20 лет с жалобами на неприятные ощущения в горле при глотании, которые ее беспокоят около недели. Самостоятельно полоскала горло раствором соды, раствором Люголя. Проводимая терапия эффекта не дала. 1,5 месяца назад имела однократное половое сношение с незнакомым мужчиной. Ничего сказать о нем не может. При осмотре:

общее состояние удовлетворительное. Температура в норме. В зеве справа значительно увеличенная, гиперемированная, с синюшным оттенком, резкими границами миндалина, гнойного налета нет, поверхность миндалины ровная. Подчелюстные лимфоузлы справа увеличены до размеров вишни, подвижные, плотноэластической консистенции, безболезненные, кожа над ними не изменена. Кожные покровы при осмотре нормальной окраски, сыпи нет. В области гениталий сыпи не видно.

При каких заболеваниях может быть подобная клиническая картина?

2. Что еще необходимо выяснить из анамнеза?

3. Какие лабораторные исследования надо провести в первую очередь?

4. Необходимые лечебно-профилактические меры в данном случае.

5. Какие исследования должен сделать венеролог?

6. Окончательный диагноз при положительной МР и ИФА.

Ответы

Задача 1. Первичный сифилис.

1. Какие лекарственные средства принимал больной внутрь и наружно в течение этого месяца? Когда было последнее половое сношение с женой? Имел ли больной половые сношения с другими лицами в течение последних 2-3 месяцев и когда?

2. Имеется ли инфильтрат в основании язвы? Состояние регионарных (паховых) лимфоузлов.

3. Исследования на бледную трепонему, МР, РИФ.

4. Первичный серонегативный сифилис. Эрозивный шанкр на внутреннем листке крайней плоти, регионарный склераденит.

5. Взять предупреждение; составить извещения ф.089-У; начать амб. лечение или направить в стационар; обследовать жену. При отсутствии у нее проявлений сифилиса, отрицательной МР провести ей превентивное лечение. Принять все меры к розыску и обследованию женщины, с которой была половая связь.

Задача 2. Катаральная ангина, хронический тонзиллит, шанкрямигдалит (первичный сифилис).

1. Принимала ли лекарства в течение этого месяца?
2. Исследование крови на реакцию микропреципитации.
3. В сопровождении медсестры направить больную к венерологу для обследования на сифилис.
4. Исследование крови на ИФА, РИФ при отрицательной МР.
5. Первичный серопозитивный сифилис, шанкр-амигдалит, подчелюстной склераденит.

Тема 2. Вторичный период сифилиса

Цель: изучить клинические проявления вторичного сифилиса на коже и слизистых оболочках, дифференциальный диагноз.

Вопросы к семинару:

1. Продромальный период.
2. Общая характеристика высыпаний.
3. Вторичный свежий сифилис.
4. Вторичный рецидивный сифилис.
5. Проявления вторичного сифилиса на слизистых.
6. Дифференциальный диагноз (псориаз, клл, скабиозная лимфоплазия, гнездная алопеция).

Вторичный сифилис характеризуется:

- проявлением на 75-90 сутки с момента заражения;
- предшествует вторичному периоду продромальный период;
- обильными полиморфными высыпаниями (розеолы, папулы, пустулы);
- выделяют вторичный свежий и вторичный рецидивный сифилис;
- проявлением сифилиса на слизистых оболочках;
- положительной реакцией Герксгеймера;
- поражением внутренних органов, центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата;
- положительными серологическими реакциями в 100 % случаев;
- длительность вторичного сифилиса составляет от 2 до 5 лет, а течение заболевания на данном этапе характеризуется периодами обострений и ремиссий.

Пятнистый сифилид

Розеола:

- не возвышается на уровне кожи
- нет тенденции к периферическому росту
- нет склонности к группировке, не сливаются между собой
- не шелушится
- исчезает при надавливании

Папулезный сифилид

Папула (узелок)

- резко ограничены
- возвышаются над кожей
- плотноватая консистенция
- цвет: медно-красный, синюшный

Пустулезный сифилид

- встречается у 2-10 % больных сифилисом
- признак злокачественного течения
- характерен для больных туберкулезом, наркоманией, алкоголизмом

Виды пустулезного сифилида

- *Угревидный сифилид*
 - ✓ мелкие пустулы, связанные с сально-волосяными фолликулами, конической формы сидят на плотном образовании
 - ✓ когда экссудат высыхает, образуется желтая или бурая корка
 - ✓ через 2-6 дней корочка отпадает, оставляя после себя едва заметные рубчики
 - ✓ локализация: себорейные места
 - ✓ течение до 4-5 недель
- *Оспенный сифилид*
 - ✓ полушаровидные пустулы с горошину
 - ✓ окружены резко ограниченным инфильтратом медно-красного цвета
 - ✓ центр высыхает в корочку, что и похоже на оспенный элемент
 - ✓ после разрешения – бурая пигментация или атрофический рубец
 - ✓ течение до 5-7 недель

- *Импетигиозный сифилид*
 - ✓ появляется лентиккулярная папула темно-красного цвета
 - ✓ через 3-5 дней на ее поверхности формируется пустула
 - ✓ экссудат ссыхается в корочку
 - ✓ после освобождения от корочки обнажается красного цвета дно с вегетациями
 - ✓ разрешение через эпителизацию
- *Сифилитическая эктима*
 - ✓ тяжелая форма
 - ✓ глубокая пустула покрыта грязно-бурой толстой коркой
 - ✓ корка отпадает и обнажает язву, вокруг которой имеется плотный синюшный ободок
 - ✓ число эктим не превышает 3-5
 - ✓ разрешение через рубцевание
 - ✓ часто осложняется гнойной инфекцией
- *Сифилитическая рупия*
 - ✓ разновидность эктимы, но корки наслаиваются друг на друга, образуя подобие пирамиды
 - ✓ в основном локализуются на нижних конечностях
 - ✓ количество их не велико

Пигментный сифилид (лейкодерма)

- чаще формируется у женщин
- торпидное течение
- длительность от 3 мес. до 4 лет
- стойкость к специфической терапии
- локализация: кожа передней, задней и боковой поверхности шеи – ожерелье Венеры

Сифилитическая алопеция

- возникает внезапно и быстро прогрессирует
- выпадение волос прекращается через 10-15 дней после начала специфической терапии
- рост волос восстанавливается через 1-2 мес. после рассасывания инфильтрата
- полное восстановление наблюдается через 6-8 мес. после прекращения специфической терапии

Виды сифилитической алопеции

- *Мелкоочаговая*

- ✓ в области затылка, на висках
- ✓ множество очагов до 1 рубля, неправильно-округлых очертаний, беспорядочно разбросанных по голове
- ✓ очаги не сливаются между собой
- ✓ волосы выпадают частично
- ✓ кожа в очагах не воспалена, не шелушится
- ✓ зуда нет

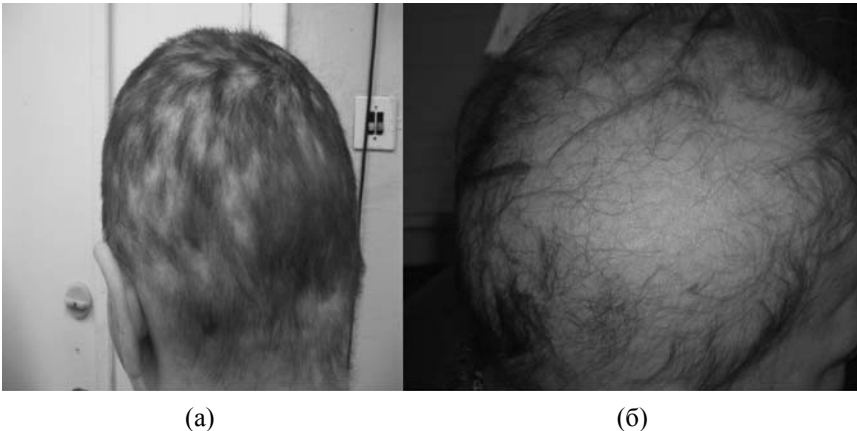


Рис. 15. Сифилитическая алопеция: гнездная (а) и диффузная (б)

- *Диффузная алопеция*

- ✓ облысение распространяется по всей волосистой части головы
- ✓ при тяжелых острых инфекциях

Поражение слизистых оболочек

- слизистые полости рта, зева, гортани, верхних дыхательных путей и половых органов
- медленно регрессируют из-за постоянного раздражения

Эритематозная ангина

- локализация: язычок, передние и задние дужки, мягкое небо, миндалины
- клиническая картина: четкие границы, багрово-синюшной окраски, отсутствие субъективных ощущений

Сифилитический ринит

- сухость слизистой
- появление корок

Папулезный сифилид на слизистых

- локализация: слизистая полости рта, десна, губы, углы рта, язык
- на поверхности папул имеется белесоватый с сероватым или желтоватым оттенком налет- фибрин
- при раздражении папул происходит их эрозирование или изъязвление
- поверхность покрывается папиллярными разрастаниями

Вопросы для самоконтроля:

1. Особенности течения вторичного периода сифилиса.
2. В чем отличие вторичного свежего сифилиса от вторичного рецидивного?
3. Вторичный скрытый сифилис.
4. Клинические разновидности.розеолы
5. Клинические формы папулезного сифилида.
6. Клинические формы пустулезного сифилида.
7. Злокачественный сифилис у алкоголиков.
8. Виды сифилитической алопеции?
9. Что такое симптом Рауцеда?
10. Сифилитическая лейкодерма, ее клинические формы.
11. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз сифилитической лейкодермы?
12. Клинические проявления поражения внутренних органов, нервной системы, костей, суставов.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На амбулаторном приеме врача-терапевта ЦРБ у пациента на коже туловища, плеч и бедер обнаружена обильная пятнистая бледно-розовая сыпь. Пятна одинаковой величины 4-5 мм в диаметре, исчезают при витропрессии. Сыпь отсутствует на коже лица, кистей, стоп. Больной утверждает, что сыпь видит впервые, и никаких ощущений она у него не вызывает.

1. На что следует обратить внимание при осмотре больного?
2. Необходимые исследования для установления диагноза.

3. Мероприятия, которые должен осуществить врач-терапевт в данном случае.

4. При получении положительной РВ какой диагноз выявлен у больного?

Задача 2. К врачу сельской участковой больницы обратилась женщина 27 лет с жалобами на выпадение волос. При осмотре обнаружено значительное поредение волос за счет числа мелких (величиной до копейки) очажков облысения. В очагах покраснение кожи, шелушение и «пеньки» отсутствуют. Одновременно врач обратил внимание на осиплость голоса у больной. Больная пояснила, что лихорадки и болей она не испытывает.

1. Ваша тактика дальнейшего осмотра больной.

2. Необходимые исследования.

3. Какие данные анамнеза будут Вас интересовать?

4. Лечебно-профилактические мероприятия при получении положительной микрореакции.

5. Развернутый клинический диагноз.

6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Ответы

Задача 1. Имеется ли шелушение на пятнах? Имеются ли проявления первичного сифилиса? Какие высыпания имеются еще у больного, особенно на половых органах, в межъягодичной складке, на слизистых рта? Полиаденит.

1. МР.

2. Направить больного в вен. кабинет в сопровождении медсестры.

3. Вторичный сифилис. Розеола.

4. Взять предупреждение; составить извещение ф.089-У; назначить лечение больному амбулаторно или направить в вен. отделение; выявить и обследовать половые и бытовые контакты больного, назначить превентивное лечение контактными лицам; выявить и привлечь к лечению больного, явившегося источником заражения пациента.

Задача 2. Осмотреть кожные покровы и слизистые, особенно половых органов и промежности, для выявления других симптомов вторичного сифилиса.

1. МР.
2. Половые и бытовые контакты больной.
3. Направить больную к венерологу.
4. Вторичный рецидивный сифилис (мелкоочаговая алопеция, рауцедо).
5. Назначить лечение амбулаторно или направить в вен. отделение; обследовать половые и бытовые контакты. Назначить превентивное лечение контактными лицам при наличии показаний.

Тема 3. Третичный период сифилиса

Цель: усвоить причины развития, клинические проявления, течение, дифференциальный диагноз третичного периода сифилиса.

Вопросы к семинару:

1. Условия развития третичного сифилиса.
2. Бугорковый сифилис, его клинические формы.
3. Гуммозный сифилис, его клинические формы.
4. Дифференциальный диагноз.

Сифилиды третичного периода

- плотноэластической консистенции
- локализуются на ограниченном участке
- немногочисленны
- склонны к группировке
- располагаются асимметрично
- появляются толчкообразно
- с трудом можно обнаружить бледные трепонемы, а потому мало заразны
- нет субъективных ощущений
- при разрешении оставляют рубцовую атрофию или рубец
- развиваются медленно

Бугорковый сифилис

- шаровидной формы
- бесполостной
- плотной консистенции
- безболезненный
- поверхность гладкая, блестящая
- красно-синюшный или буровато-красный цвет

- при диаскопии определяется коричневое пятно
- никогда не сливаются между собой и не имеют тенденции к периферическому росту

Виды бугоркового сифилида

- Сгруппированный
 - ✓ встречаются наиболее часто
 - ✓ бугорки группируются на небольшой площадке кожи
 - ✓ каждый бугорок отделен от соседнего полоской здоровой кожи
 - ✓ бугорки находятся на разных стадиях развития, создается ложный полиморфизм сыпи
- Серпингирующий
 - ✓ проявляется в виде небольшого очага слившихся бугорков, который начинает распространяться по периферии при одновременном регресировании его в центре
 - ✓ поэтому в очаге поражения выделяются 3 зоны
- Карликовый
 - ✓ встречается редко
 - ✓ на ограниченных участках кожи спины, в области живота и на конечностях появляются элементы размерами с просыпанное зерно
 - ✓ эти бугорки никогда не изъязвляются и оставляют после себя рубцовую атрофию
- Площадкой
 - ✓ встречается редко
 - ✓ образуются в результате слияния бугорков
 - ✓ сплошные бляшковидные инфильтраты
 - ✓ плотные, буровато-красного цвета
 - ✓ величиной от 5-копеечной монеты до ладони и больше
- Вегетирующий
 - ✓ проявляется ассоциацией изъязвляющихся бугорков с пышными грануляциями на дне, напоминающими ягоду малину

Гуммозный сифилид

- на нижних конечностях, чаще на голеньях, на задней стенке глотки, небе, в тканях головы формируются 1-3 гуммы
- наблюдается у 40-60 % больных третичным сифилисом

Виды гуммозного сифилида

- Гуммы площадкой
 - ✓ плоский инфильтрат (6-8 см)
 - ✓ локализуется в подкожно-жировой клетчатке
 - ✓ распространяется на значительные участки кожи
- Гуммозные инфильтрации
 - ✓ образуются при слиянии нескольких гумм
 - ✓ мутилирующие гуммы
 - ✓ гуммы придают обезображивающий вид, уродства

Третичная розеола

- в области конечностей или крестца появляется 4-6 крупных (до 15 см в диаметре) красных пятен
- пятна образуют дуги, кольца
- уплотнены
- шелушатся
- при диаскопии не исчезают
- без лечения существуют в тех же размерах до года и больше, иногда рецидивируют.

Вопросы для самоконтроля:

1. Факторы, способствующие переходу заболевания в третичный период и его особенности.
2. Как характеризуются сифилиды третичного периода?
3. Чем отличается серпенгинирующий бугорковый сифилид от сгруппированного?
4. Какие варианты разрешения бугоркового сифилида?
5. Как проявляется карликовый бугорковый сифилид?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. Что такое гуммозные инфильтрации?
8. Поражение слизистых, костей, суставов, внутренних органов, нервной системы при третичном сифилисе.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при гуммозном сифилисе?

Тема 4. Врожденный сифилис

Цель: усвоить пути передачи сифилитической инфекции потомству, клиническую картину, диагностику, профилактику врожденно-го сифилиса.

Вопросы к семинару:

1. Классификация врожденного сифилиса.
2. Сифилис плода.
3. Ранний врожденный сифилис.
4. Поздний врожденный сифилис.

- Сифилитическая инфекция поражает организм ребенка во внутриутробном периоде его жизни
- Внутриутробное заражение происходит в конце 3-го – в начале 4-го месяца беременности

Ранний врожденный сифилис (у детей до 2 лет)

Ранний манифестный:

- любые врожденные сифилитические состояния, проявившиеся у детей в возрасте до 2 лет
- по течению напоминает вторичный рецидивный сифилис взрослых

Ранний скрытый:

- дети до 2 лет без клинических признаков
- но положительные серологические реакции в крови и ликворе

Сифилитическая пузырьчатка

- возникает в первые дни
- на коже ладоней и подошв
- на слегка инфильтрированном основании
- пузыри до 10-15 мм
- гнойный экссудат
- не склонны к периферическому росту
- не сливаются между собой

Сифилитическая инфильтрация кожи

- развивается у 60-65 % детей
- 8-10 неделя
- ладони, подошвы, ягодицы, задняя поверхность бедер, лицо, волосистая часть головы

Остеохондриты

- повышенное отложение извести в метафизе
- пораженные нижние конечности притягиваются к животу, напоминая контрактуры – ложный паралич Парро
- вначале ребенок слабо двигает рукой или ногой
- затем движения прекращаются
- появляется припухлость сустава, болезненность

Папулёзная сыпь

- возникает на 4-8 неделе после рождения
- нередко сочетается с диффузной инфильтрацией
- на лице – себорейные папулы
- в складках, на гениталиях и перигенитальной области – мокнущие, вегетирующие папулы

Поражения нервной системы

- менингиты с ригидностью затылочных мышц
- кожа морщинистая
- подкожно-жировой слой отсутствует
- нередко голова увеличена и покрыта чешуйками себорейного характера
- руки и ноги имеют вид палочек, обтянутых кожей
- дети медленно прибавляют в весе, плохо развиваются

Врожденный поздний сифилис

- поражения, которые появляются у ребенка в возрасте свыше 2 лет со дня рождения
- возникает у детей, которые перенесли ранний врожденный сифилис, но не подвергались специфическому лечению или оно было неполноценным
- могут предшествовать активные проявления раннего врожденного сифилиса
- любые врожденные сифилитические состояния, проявившиеся через 2 года и более с момента рождения
- по течению напоминает приобретенный третичный сифилис

Поздний врожденный скрытый:

- без клинических проявлений
- положительная серологическая реакция
- нормальный состав ликвора

Достоверные признаки позднего врожденного сифилиса

- Паренхиматозный кератит
 - ✓ помутнение роговой оболочки
 - ✓ светобоязнь
 - ✓ слезотечение
 - ✓ блефароспазм
- Зубы Гетчинсона
 - ✓ гипоплазия жевательной поверхности верхних центральных резцов
 - ✓ бочкообразная форма или форма отвертки
 - ✓ на свободном крае резцов -полулунные выемки
 - ✓ после прорезывания зубов в средней части режущего края имеется 3-4 маленьких острых шипика, которые вскоре отламываются
 - ✓ к 20 годам края резцов стачиваются, резцы становятся короткими, широкими
- Лабиринтная глухота
 - ✓ развитие лабиринтной глухоты обусловлено периоститом лабиринта и поражением слухового нерва
 - ✓ наблюдается в возрасте 6-15 лет, чаще у девочек
 - ✓ обычно поражаются оба лабиринта
- Вероятные признаки позднего врожденного сифилиса
 - ✓ саблевидные голени
 - ✓ деформация носа
 - ✓ ягодицеобразный череп
 - ✓ радиарные рубцы
 - ✓ вокруг губ
 - ✓ сифилитические гониты

Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом

- Бензилпенициллин из расчета 100 тыс. ед./кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 6 инъекций (каждые 4ч.), ежедневно в течение 14 дней,
- Прокаин-бензилпенициллин из расчета 50 тыс. ед./кг массы тела в сутки в/м 1 р./сут. ежедневно, 14 дней
- Бензилпенициллин новокаиновая соль из расчета 50 тыс. ед./кг

массы тела в сутки в/м, разделенных на 2 инъекции (каждые 12 часов), ежедневно в течение 14 дней.

Лечение цефтриаксоном

- детям терапия цефтриаксоном проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных дозировок антибиотиков
- новорожденные (до 2 недель): 20-50 мг/кг тела 1 раз/сут. Суточная доза не должна превышать 50мг/кг массы тела. При определении дозы не следует делать различия между доношенными и недоношенными детьми.
- дети с 15 дней до 12 лет: 20-80 мг/кг массы тела 1 раз/сут.
- детям массой тела более 50 кг назначают дозы, предназначенные для взрослых

Показания к профилактическому лечению детей

- отсутствие лечения матери во время беременности
- недостаточное и неполноценное специфическое лечение матери
- поздно начатое специфическое лечение матери (после 32-й недели беременности)
- специфическое лечение матери эритромицином
- отсутствие профилактического лечения матери (если оно было показано)

Лечение:

- длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения, составляет 10 дней
- длительность терапии новорожденных, родившихся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной матери 14 дней

Вопросы для самоконтроля:

1. Пути передачи сифилитической инфекции плоду.
2. Классификация сифилиса.
3. Клинические проявления сифилиса плода.
4. На какие сутки развивается сифилитическая пузырчатка?
5. Особенности папулезного сифилида при раннем врожденном сифилисе.

6. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса.
7. Диагностика скрытого врожденного сифилиса.
8. Профилактика врожденного сифилиса.
9. Тактика врача при выявлении у беременных положительных серологических реакций на сифилис.
10. Показания к профилактическому лечению беременных.
11. Показания к специфическому профилактическому лечению новорожденных.

Ситуационные задачи:

Задача 1. На прием обратилась женщина с 4-месячным сыном. Ребенок ослаблен, тяжело дышит носом. Ноздри заполнены кровавистыми корками, из носа выделяется сукровичная жидкость. Вокруг рта кожа уплотнена с глубокими радиарными трещинами и покрыта влажными корками. На коже тела много розово-синюшных плотных папул, большей частью эрозированных.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Наличие каких симптомов надо проверить у больного ребенка?
3. Необходимые исследования.
4. У каких врачей надо проконсультировать ребенка?
5. План дальнейших действий.

Задача 2. Ребенок 2-х лет поступил в детскую клинику, куда на консультацию был вызван дерматолог. Мальчик родился в срок весом 2900 г, развивался удовлетворительно. Четыре месяца назад во рту появились язвочки, которые потом без лечения исчезли. Спустя 2 недели на голове стали выпадать волосы, в анальной области появились узелки с бородавчатыми разрастаниями. Реакция микропреципитации положительная.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Наличие каких симптомов надо проверить у больного ребенка?
3. Необходимые исследования для подтверждения диагноза.
4. План дальнейших действий.

Ответы:

Задача 1. Ранний врожденный сифилис грудного возраста.

1. Симптомов, характерных для раннего врожденного сифилиса грудного возраста: диффузной инфильтрации в складках промеж-

ности, на ладонях и подошвах. Наличие других сыпей (розеолы, сифилитической пузырчатки). Состояние волос, ногтей, ногтевых валиков. Деформация черепа. Симптомы менингита и энцефалита. Наличие папул на слизистой рта. Исключить сифилитическую пневмонию. Состояние печени и селезенки. Определить состояние костной системы, особенно хрящей роста длинных трубчатых костей. Исследовать кровь и мочу.

2. Кровь на МР и РИФ, рентгенографию костей и конечностей.

3. У педиатра, дерматовенеролога, невропатолога, отоларинголога, окулиста.

4. Осмотреть мать на наличие симптомов сифилиса; госпитализировать немедленно в вен. отделение больного ребенка и мать; исследовать кровь на МР у матери; обследовать всех членов семьи, выявить источник заражения матери; выяснить результаты клин. и серологического обследования матери в женской консультации в период беременности.

Задача 2. Врожденный сифилис раннего детского возраста.

1. Симптомы, которые могут быть при врожденном сифилисе раннего детского возраста: папулы половых органов, ягодиц, конечностей, широкие кондиломы, эрозивные папулы складок, слизистой полости рта, алопеция, на рентгенограмме периоститы большеберцовых костей или явления остеоэксциоза.

2. Исследовать кровь на МР и РИФ.

3. Госпитализировать мать и ребенка в вен. отделение; осмотреть мать на наличие сифилиса; исследовать кровь на МР и РИФ у матери; обследовать всех членов семьи; выявить источник заражения матери; выяснить результаты клин. и серологического обследования матери в женской консультации в период беременности.

Тема 5: Диагностика сифилиса

Цель: изучить методы визуализации бледной трепонемы и серологические тесты, необходимые для диагностики сифилиса.

Вопросы к семинару:

1. Классификация тестов.

2. Прямая визуализация бледных трепонем.

3. Нетрепонемные тесты.

4. Трепонемные тесты.
5. Отборочные и подтверждающие тесты.
6. Ложноположительные и ложноотрицательные реакции.

Прямая визуализация бледных трепонем

- используется при наличии шанкра, но не в стадии рубцевания или эпителизации;
- при наличии эрозивных папул;
- пунктат из лимфатических узлов (пунктат склераденита).
- с помощью метода прямой визуализации невозможно обнаружить трепонему при взятии биоптата с области алопеции, лейкодермы, из розеол или неэрозивных папул.
- наиболее убедительное доказательство трепонемной природы заболевания.
- материал: тканевая жидкости из очагов поражения при первичном и вторичном сифилисе; пунктат лимфатических узлов, амниотическая жидкость.

Серологические тесты

– нетрепонемные тесты (для отбора) – в качестве антигена в реакции используется не бледная трепонема, а ее «продукты» или агенты, схожие с ней по структуре.

– трепонемные тесты (для подтверждения возбудителя) – в качестве антигена в реакции применяется бледная трепонема.

Микрореакция. Принцип метода:

- при добавлении к плазме или сыворотке крови больного сифилисом эмульсии кардиолипинового антигена образуется преципитат (комплекс антиген-антитело), выпадающий в виде хлопьев белого цвета: Микрореакция
- метод удобный
- дешевый
- можно использовать как скрининговый тест
- можно использовать для контроля излеченности: подтверждение эффективности проводимой терапии – снижение титра в 4 раза и более в течение 1 года
- часто дает ложноположительные или ложноотрицательные результаты.

Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)

- в качестве антигена в реакции используют патогенные бледные трепонемы штамма Никольса из раннего орхита кролика
- к живым бледным трепонемам добавляют сыворотку обследуемого.
- если человек болен, то антитела к возбудителю сифилиса (IgG) блокируют подвижность бледных трепонем.
- если человек не болен, то специфических антител нет и подвижность трепонем сохраняется.

Клиническая оценка РИБТ

- отрицательная реакция, если иммобилизованы до 20 % трепонем
- слабоположительная реакция, если иммобилизованы от 21 % до 50 % трепонем
- положительная реакция, если иммобилизованы от 51 % до 100 % трепонем

Реакция иммунофлюоресценции (РИФ)

- антигеном служит взвесь бледных трепонем штамма Никольса из раннего орхита кролика
- специфические флюоресцирующие антитела
- сыворотка обследуемого

Клиническая оценка РИФ

- если у больного имеются антитела к бледной трепонеме, то формируется комплекс антиген-антитело.
- это определяется по специфическому свечению под люминисцентным микроскопом.
- реакция отличается высокой чувствительностью и специфичностью.
- реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)
- антигеном служат эритроциты барана, нагруженные бледной трепонемой.
- при добавлении сыворотки больного формируется иммунный комплекс, который вызывает агглютинацию эритроцитов.

ИФА

- принцип метода заключается в соединении комплекса антиген-антитело с конъюгатом, содержащим ферментную метку, выявляемую с помощью субстратной смеси.

- антиген – из культуральной или патогенных бледных трепонем.

Ложноположительные серологические реакции

- ложноположительные реакции встречаются у 2 % доноров
- у больных заболеваниями, передаваемыми половым путем (кроме сифилиса), – 3 %
- в 12 % случаях у больных с хронической соматической патологией.

Встречаются при: пневмонии, хроническом бронхите, хроническом колите, гепатохолецистите, язвенной болезни, гипертонической болезни, сахарном диабете, ревматизме, раке желудка и кишечника, употреблении жирной пищи, алкоголя.

Дифференциальная диагностика ложноположительных реакций

- противоречивые, нередко слабopоложительные результаты серореакций
- изолированная позитивность одного теста при отрицательных других
- колебание результатов тестов при их повторении
- возраст пациента старше 60 лет
- соматическая отягощенность, наркомания
- отсутствие анамнестических указаний на сифилис у обследуемого и каких-либо признаков сифилиса у постоянного полового партнера

Вопросы для самоконтроля:

1. В каких случаях неприменима прямая визуализация бледных трепонем?
2. Почему серологическая диагностика более приемлема?
3. Какие реакции относятся к нетрепонемным тестам?
4. Принцип метода реакции Вассермана
5. Что положительного и отрицательного в микрореакции преципитации?
6. Как проводится оценка результатов реакции Вассермана?
7. Принцип реакции иммобилизации бледных трепонем
8. Клиническая оценка РИБТ
9. В чем принцип РИФ, ИФА, РПГА?
10. Какой диагностический алгоритм существует при постановке диагноза «Сифилис»?

11. Дифференциальный диагноз ложноположительных и ложноотрицательных ответов.

Тема 6. Лечение и профилактика сифилиса

Цель: изучить основные противосифилитические лекарственные средства, механизм действия, дозировку, методы введения, осложнения, противопоказания.

Вопросы к семинару:

1. Базисные препараты пенициллина: дюрантные, средней дюрантности, комбинированные, водорастворимый пенициллин
 2. Альтернативные препараты: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, макролиды
 3. Виды лечений: специфическое, превентивное, профилактическое, пробное, эпидемиологическое
 4. Методики лечения пенициллинами первичного, вторичного и третичного сифилиса
 5. Методики лечения врожденного сифилиса.
- Расчет дозировки

6. Методики превентивного лечения
7. Альтернативные схемы лечения

Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения сифилиса:

- Ампициллин (А);
- Бензатина бензилпенициллин ББП [бициллин-1 (Б-1), ретарпен, экстенциллин];
- ББП бензатина бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаина + бензилпенициллин (бициллин-3, Б-3);
- ББП бензатина бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаина (бициллин-5, Б-5);
- Бензилпенициллин (бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая БНСК);
- Бензилпенициллин (бензилпенициллина новокаиновая соль – БНС);
- Доксициклин (Д);
- Оксациллин (О);
- Бензилпенициллин прокаина (ПБП);

- Тетрациклин (Т);
- Цефтриаксон (Ц);
- Эритромицин (Э).

Пенициллины:

- дюрантные (пролонгированные) обеспечивают нахождение антибиотика в организме до 3 недель – бициллин-1, ретарпен, экстенциллин;
- средней дюрантности обеспечивают нахождение антибиотика в организме до 2 недель – прокаин – бензилпенициллин, новокаиновая соль пенициллина;
- водорастворимые пенициллины обеспечивают нахождение антибиотика в организме до 3-6 часов – бензилпенициллина натриевая соль;
- комбинированные препараты пенициллина обеспечивают нахождение антибиотика в организме до 3-6 дней – бициллин – 3, бициллин – 5;

Альтернативные препараты: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, макролиды

К альтернативным препаратам лечения сифилиса относятся:

- Полусинтетические пенициллины – ампициллин, оксациллин;
- Цефалоспорины – мегион, роцефин (цефтриаксон);
- Тетрациклины – тетрациклин, доксициклин;
- Макролиды – эритромицин.

Виды лечений

- специфическое лечение проводят с целью микробиологической излеченности пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе – в СМЖ.
- превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса у лиц, находившихся в половом и тесном бытовом контакте с больными с ранними формами сифилиса.
- профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса: у беременных, лечившихся по поводу сифилиса до беременности, но у которых сохраняется позитивность; у беременных, у которых специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности; у новорожденных,

мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения; у новорожденных, родившихся без проявлений сифилиса у нелеченой либо неадекватно леченной матери.

- пробное лечение (лечение *ex juvantibus*) в объеме специфического проводят с целью дифференциальной диагностики с биологической ложноположительной реакцией на сифилис, когда не представляется возможным подтвердить диагноз убедительными серологическими и клиническими данными.
- эпидемиологическое лечение проводят при полном отсутствии возможности использовать метод специфической диагностики сифилиса. В этом случае допустимо лечение на основе анамнестических данных.

Показания к госпитализации

- пациенты с подозрением и установленным диагнозом врожденного сифилиса, нейросифилиса, сифилитическим поражением внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, осложненным течением ранних форм сифилиса, а также беременные и дети, больные приобретенным сифилисом, подлежат госпитализации.
- немедикаментозное лечение
- во время всего курса антибиотикотерапии исключен прием алкоголя, ограничено посещение бани, бассейна, сауны, солярия, исключены половые контакты. Пациентам с аллергическими реакциями на продукты питания показана гипоаллергенная диета.

Глава 5. Инфекции передаваемые половым путем

Тема 1. Гонорея

Цель: познакомиться с путями заражения, классификацией, клиникой, осложнениями, диагностикой гонорейных уретритов у мужчин. Изучить методы обследования и лечения больных. Обратит внимание на роль алкоголя в распространении гонореи.

Вопросы к занятию:

1. Анатомия половых органов у мужчин.

Морфология и биология гонококка.

3. Лабораторная диагностика.

4. Пути заражения.

5. Классификация гонорей.

6. Клиника свежего острого, подострого переднего и тотального уретрита.

7. Клиника хронического гонорейного уретрита.

8. Осложнения гонорей.

9. Лечение гонорейного уретрита.

10. Лечение осложненного гонорейного уретрита.

11. Установление излеченности гонорей у мужчин.

Пути заражения

Прямой

- половой 99 %
- неполовой
- инфицирование новорожденных
- затекание из пораженного органа

Непрямой

- предметы обихода
- трансплацентарный
- гематогенно через околоплодные воды
- трансканикулярный
- по протяжению слизистой

Патогенез

- гонококки поражают слизистые оболочки, выстланные цилиндрическим эпителием (уретра, цервикальный канал, нижняя часть прямой кишки, конъюнктивы)
- благодаря пилиям гонококки быстро фиксируются на поверхности эпителиальных клеток
- проникают внутрь эпителиальных клеток, в межклеточные щели, а затем – в субэпителиальные ткани
- развитие воспалительной реакции, появляются выделения
- длительность инкубационного периода – от 12 часов до 1 месяца (в среднем 3-7 дней)
- гонококковый эндотоксин вызывает дегенеративные изменения

цилиндрического эпителия вплоть до полного разрушения и образования эрозии и изъязвлений

Микроскопическое (бактериоскопическое) исследование мазков (окраска по Грамму)

- выявление типичных Грам-отрицательных диплококков
- Культуральное (бактериологическое) исследование*
- при подозрении на гонорею, когда бактериоскопически гонококки не находят
 - при наличии в мазке подозрительных на гонорею микроорганизмов
 - при установлении излеченности
 - при подтверждении гонорейного процесса у детей
 - при обследовании больных трихомониазом после лечения
 - у девочек и женщин старше 60 лет с определением ферментативных свойств гонококков.
 - при исследовании материала из полости рта, при подозрении на гонорею глаз

Классификация

- Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений
- Гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями
- Гонорея верхних отделов мочеполового тракта и органов малого таза
- Гонорея других органов:

Осложнения гонореи

- баланит и баланопостит
- фимоз
- тизонит
- литтреит
- куперит
- стриктура уретры
- гонококковый эпидидимит
- гонококковый простатит

Лечение нижних отделов мочеполового тракта, гонококкового фарингита и гонококковой инфекции аноректальной области

- Цефтриаксон – 250 мг однократно, в/м
- Цефиксим – 400 мг однократно, внутрь

Лечение осложненных форм и с системными проявлениями

- Цефтриаксон – 1,0 г в/м или в/в каждые 24 часа, или
- Цефиксим – 1,0 в/в каждые 8 часов
- Курсовое лечение проводят в течение 14 дней, удлинение сроков лечения должно быть аргументировано лечащим врачом

Лечение беременных и детей

- Лечение беременных: Цефтриаксон – 250 мг однократно, в/м
- Лечение детей (при массе тела менее 45 кг): Цефтриаксон – 125 мг однократно, в/м
- Лечение офтальмии новорожденных: Цефтриаксон – по 25-50 мг/кг массы (не более 125 мг) 1 раз в сутки, в/м или в/в в течение 2-3 дней.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какой эпителий покрывает уретру?
2. Строение предстательной железы.
3. Что такое сперматоцистит?
4. Какие клинические формы острого простатита?
5. Классификация гонореи.
6. В чем отличие в клинической картине острого и подострого гонорейного уретрита?
7. Особенности течения хронического гонорейного уретрита.
8. Какие препараты используются для лечения гонорейного уретрита.
9. Лечение гонорейного орхоэпидидимита.
10. Что такое суспензорий?
11. Установление излеченности гонореи у мужчин.

Ситуационные задачи:

Задача 1. Пациент Н., 22 лет, вызван как предполагаемый источник заражения гонореей больной М., половая связь с которой была более 2-х месяцев назад. Жалоб не предъявляет, кроме чувства дискомфорта в промежности. Объективно: наружные половые органы развиты правильно. Губки уретры не воспалены, выделений свободных нет. Наблюдается склеенность губок уретры. Органы мошонки без патологии. Паховые лимфоузлы не пальпируются. Моча: 1 порция – с нитями в виде запятых, 2 порция – с единичными нитями. В мазках обнаружен гонококк. При обследовании предстательной

железы выявлено ее увеличение, болезненность. При микроскопии сока предстательной железы: лейкоциты – 40 в п/з, лецитиновые зерна единичные.

1. Ваш клин. диагноз.
2. Необходимые дополнительные исследования.
3. Лечение.

Задача 2. На прием к венерологу обратился пациент 24 лет с жалобами на боли в области правого яичка, повышение температуры до 38°C. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад была случайная половая связь. Через 5-6 дней появились выделения из уретры слизистого характера, жжение в уретре. Выделения и жжение через неделю прекратились. Боли в мошонке появились сутки назад, повысилась температура. Объективно: температура 38°C. Наружные половые органы развиты правильно. Губки уретры не воспалены, склеены. После массажа уретры выделяется капля слизистого характера. Мошонка увеличена, когда ее напряжена, гиперемирована. Придаток правого яичка увеличен, охватывает яичко сверху, сзади и снизу, плотный, болезненный. Паховые лимфоузлы справа увеличены до 1,5 см в диаметре, болезненные, мягкие. Моча: 1 порция – с нитями в виде запятых, 2 порция – с нитями. В мазках обнаружен гонококк.

1. Ваш клин. диагноз.
2. Необходимые дополнительные исследования и лечение.

Ответы

Задача 1. Хронический гонорейный уретрит, осложненный простатитом.

1. Мазки на гонококки, хламидии, трихомонады, гарднереллы.
2. Антибиотики в курсовой дозе, предусмотренные инструкцией.

Задача 2. Свежий торпидный тотальный гонорейный уретрит, осложненный правосторонним эпидидимитом, правосторонним лимфаденитом.

1. Кровь на МР, ИФА, ВИЧ. Мазки на хламидии, трихомонады, гарднереллы.
2. Госпитализация. Анальгетики, цефтриаксон, УВЧ, суспензий, затем специфическая терапия.

Тема 2. Негонорейные уретриты

Цель: познакомиться с путями заражения, классификацией, клиникой, осложнениями, диагностикой неговонококковых уретритов у мужчин. Изучить методы обследования и лечения больных.

Вопросы к занятию:

1. Трихомониаз.
2. Хламидиоз.

5.2.1. Урогенитальный трихомониаз

- инфекционное воспалительное заболевание
- передаваемое преимущественно половым путем
- вызывается простейшим *Trichomonas vaginalis*

Влагалищные трихомонады поражают:

- у мужчин – мочеиспускательный канал
- у женщин – влагалище и уретру

Патогенез

- *T.vaginalis* избегает комплемент-зависимый лизис, т.к. цервикальная слизь удивительно бедна комплементом
- источником комплемента в вагине является только менструальная кровь, которая имеет выраженную цитотоксичность в отношении *T.vaginalis*
- в этот период численность трихомонад в вагине снижается, сама трихомонадная инфекция продолжает оставаться
- во время менструации снижается уровень эстрогенов, что приводит к повышению концентрации “клеточный разъединяющий фактор” – который разрыхляет ткань и способствует проникновению паразита в межклеточное пространство
- трихомонады фагоцитируют и лизируют эритроциты
- клеточные протеазы, секретируемые *T.vaginalis*, разрушают IgG, IgM и IgA.

Клиника трихомониаза у женщин

- зуд, жжение во влагалище боль при мочеиспускании и половых контактах.
- покраснение и отек малых и больших половых губ
- гиперемия губок уретры
- влагалищные выделения – обильные, пенящиеся, желтоватые или зеленоватые

- признаки цервицита – цервикальные петехии «клубничный цервикс»

Клиника трихомониаза у мужчин

- симптомы уретрита, характеризующиеся водянистыми беловатыми выделениями из уретры и жжением при мочеиспускании
- трихомонады могут вызвать поражение предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, куперовых желез
- при восходящей инфекции наблюдаются цистит, пиелит, пиелонефрит.

Микроскопические методы

В нативных препаратах (подкрашенные 1 % водным р-ром метиленовой синьки):

- влагалищная трихомонада определяется как образование грушевидной или овальной формы
- величиной немного больше лейкоцита
- с характерным толчкообразным движениям и жгутиками

В фиксированных препаратах (метиленовым синим или по Граму)

- трихомонады имеют овальную, округлую или грушевидную форму
- с хорошо выраженными контурами и нежно-ячеистым строением цитоплазмы.

Лечение урогенитального трихомониаза

Рекомендуемая схема:

Орнидазол 1,5г внутрь однократно перед сном

Или Метронидазол

2,0г внутрь однократно.

Или Тинидазол

2,0г внутрь однократно

Альтернативные схемы:

Орнидазол 500мг внутрь каждые 12 часов в течение 5 дней

или Метронидазол 500мг внутрь каждые 12 часов в течение 7 дней

или *Микоплазмы патогенные для человека:*

- *M. pneumoniae* – возбудитель респираторного микоплазмоза
- *M. hominis* – возбудители

- *M. genitalium* – микоплазма урогенитального
- *U. urealyticum* – тракта
- *M. fermentans* – причастны
- *M. penetrans* – к развитию СПИДа

Группа тетрациклинов

- Тетрациклин при свежем неосложненном микоплазмозе – по 500 мг 4 раза в день после еды в течение 10 – 14 дней. При остальных формах длительность лечения составляет от 14 до 21 дня
- Миноциклин. Первая доза препарата составляет 0,2 г, затем принимают по 0,1 г 2 раза в сутки в течение такого же периода времени.
- Доксидиклин при свежем неосложненном микоплазмозе – по 100 мг после еды 2 раза в сутки в течение 10-14 дней. Первая доза 200мг.
- Метациклин. Первая доза препарата составляет 600 мг, затем препарат принимают по 300 мг 3 раза в сутки в течение 9 дней или по 300 мг 4 раза в сутки.
- Офлоксацин – по 200 – 400 мг 3 раза в сутки в течение 10 – 14 дней
- Клиническая эффективность составляет от 80 до 100 %.
- Ломефлоксацин по 600мг 1 раз в сутки в 7 дней
- Ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки в течение 12 – 14 дней. Несколько менее эффективен.
- Пефлоксацин по 600мг 1 раз в сутки в 7-10 дней

5.2.2. Хламидиоз

C. trachomatis – патогенная облигатная внутриклеточный микроорганизм

- пути передачи – половой, контактный
- заразительность – 0,2 (20 %)

Факторы, способствующие персистенции хламидий

- назначение не эффективных антибиотиков
- низкие дозы антибиотиков
- введение препаратов интерферона
- изменение гормонального профиля

Лечение хламидиоза

азитромицин 1,0 внутрь однократно

Или офлоксацин 0,3 x 2р в сутки в течение 7 дней

Или доксицилин 0,1 x 2р в сутки в течение 7 дней

Вопросы для самоконтроля:

Морфология *Trichomonas vaginalis*.

2. Жизненный цикл *Ch. Trachomatis*.

3. Клиническая картина хламидийного уретрита.

Осложнения хламидийного уретрита.

Возможен ли симбиоз гонококка и трихомонады?

Особенность клиники трихомонадного уретрита.

Литература

Основная литература

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни [Текст] : учебник/ Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 538, [1] с.: цв.ил.

2. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни [Текст] : учеб. для студентов вузов/ Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 543 с.: цв.ил.

Дополнительная литература

1. Дворецкий Л.И. Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс] : сборник/ Л. И. Дворецкий. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

2. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учебник для студентов высших учебных заведений/ В. В. Чеботарёв [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 584 с.: ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

3. Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов. Возрастные изменения кожи [Текст] : метод. рекомендации/ А. Н. Плакуев [и др.]; Сев. гос. мед. ун-т. Каф. пропедевтики внутр. болезней, Сев. гос. мед. ун-т. Каф. семейной медицины и внутр. болезней. – Архангельск : СГМУ, 2012. – 66, [1] с.: цв. ил.

4. Самцов А.В. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учеб.

для мед. вузов/ А. В. Самцов, В. В. Барбинов . – Санкт-Петербург : СпецЛит., 2008. – 352 с: 12 л. цв.ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

5. Инфекции, передающиеся половым путем. Клинические лекции [Электронный ресурс]/ под ред. В. Н. Прилепской. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.: ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

6. Инфекционные болезни [Электронный ресурс] : атлас-руководство/ В. Ф. Учайкин [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.: ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

7. Эдмонд Р.Т.Д. Атлас инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] : пер. с англ./ Р. Т.Д. Эдмонд, Ф. Д. Уэлсби, Х. А.К. Роланд ; ред.: В. В. Малев, Д. В. Усенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

8. Инфекционные и паразитные болезни кожи Инфекционные болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб. для пед. фак. мед. вузов/ [И. Д. Анненкова и др.] ; под ред. 4.4.11. В. Н. Тимченко. – 3-е изд., испр. и доп.. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2008. – 607 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

9. Оказание помощи пациентам при болезнях кожи и венерических заболеваниях Зудин Б. И. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. училищ и колледжей/ Б. И. Зудин, Н. Г. Кочергин, А. Б. Зудин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 287, [1] с.: цв. ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

10. Зудин Б. И. Кожные и венерические болезни [Текст] : учеб. для мед. училищ и колледжей/ Б. И. Зудин, Н. Г. Кочергин, А. Б. Зудин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 287, [1] с.: цв. ил.

11. Davidson`s Principles and Practice of Medicine [Текст]/ ed. N. A. Boon [et al.]. – 20th. ed.. – Edinburgh : ELSEVIER, 2008. – 1381 p.: il.

3 Программное обеспечение и Интернет ресурсы

компьютерные презентации

«Консультант плюс» <http://www.consultant.ru>

«Гарант» <http://www.garant.ru>

Поисковые системы:

1. Google

2. Yandex

3. Rambler

4. Yahoo

5. Bing

Электронные образовательные ресурсы:

<http://eor.edu.ru>

<http://www.elibrary.ru>

<http://www.scsml.rssi.ru>

<http://www.spsl.nsc.ru>

<http://www.it2med.ru/mir.html>

<http://www.med-line.ru>

Учебное издание

Кашутин Сергей Леонидович

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Учебное пособие

Издано в авторской редакции

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 09.12.2015.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать ризография.
Усл. печ. л. 8,1. Уч.-изд. л. 4,6.
Тираж 100 экз. Заказ № 1646

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

