

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Основы дерматовенерологии

учебное пособие

Волгоград, 2015

УДК 616.5+616.97(075)

ББК 55.83+55.81

УМО:

Составители:

Родин Алексей Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета

Щава Светлана Николаевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета

Сердюкова Елена Анатольевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета

Рецензенты:

- профессор РАЕ кафедры кожных болезней с курсом микологии и косметологии ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ д.м.н. **Р.Н. Волошин**

- заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор **С.Р. Утц**

Печатается по решению ЦМС Волгоградского государственного медицинского университета.

О-753 Основы дерматовенерологии: учеб. пособие / М.-во здравоохранения, ВолгГМУ; Сост.: Родин А.Ю., Щава С.Н., Сердюкова Е.А. – 2-е изд., доп., перераб. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015.

В учебном пособии «Основы дерматовенерологии» расширенно представлены симптомы и синдромы кожных заболеваний, современные методы местной диагностики и терапии.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по учебной программе дисциплины «дерматовенерология» специальностей высшего образования: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело».

ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА I. Морфологические элементы сыпи.....	4
ГЛАВА II. Основные патогистологические изменения в коже.....	16
ГЛАВА III. Наиболее типичные клинические симптомы и синдромы диагностические пробы, лабораторные показатели и феномены при некоторых дерматозах и венерических заболеваниях.....	21
ГЛАВА IV. Методы, используемые для выявления кожных и венерических заболеваний. Сбор анамнеза и оформление полученных данных.....	46
ГЛАВА V. Принципы местной терапии в дерматологии.....	54
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	70
КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	71
Ответы на тестовые задания.....	77
Ответы на ситуационные задачи.....	78

ГЛАВА I. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ.

Диагностика кожных заболеваний складывается из определения морфологических элементов сыпи, которые при определенных их комбинациях составляют клиническую картину различных дерматозов. Морфологические элементы сыпи разделяются на первичные и вторичные.

Первичные элементы сыпи (эффлоресценции) - морфологические образования кожи, возникающие на ранее неизменной коже.

При описании первичных морфологических элементов сыпи следует руководствоваться следующими характеристиками:

а) возвышающееся первичное морфологическое образование кожи или нет (кроме пятна, остальные первичные элементы сыпи являются рельефными);

б) механизм возникновения;

в) полостное или бесполостное образование;

г) инфильтративный или экссудативный элемент;

д) поверхностно залегающее (в пределах эпидермиса или сосочкового слоя дермы) или глубоко залегающее (в пределах сетчатого слоя дермы или гиподермы);

е) оставляет после своего разрешения стойкие следы со стороны кожи (рубец, рубцовая атрофия) или разрешается без стойких следов.

В зависимости от механизма формирования первичные морфологические элементы сыпи подразделяются на пролиферативные и экссудативные. К пролиферативным первичным элементам относятся: **пятно** (*macula*), **узелок** (*papula*), **бугорок** (*tuberculum*), **узел** (*nodus*). К экссудативным первичным морфологическим элементам сыпи относятся: **волдырь** (*urtica*), **пузырек** (*vesicula*), **пузырь** (*bulla*), **гнойничок** (*pustula*). Волдырь – это бесполостной элемент, пузырь, пузырек и гнойничок содержат полость, поэтому называются полостными.

1. Пятно (*macula*) - первичный нерельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, характеризующийся ограниченным изменением цвета кожи. По своему происхождению пятна могут быть искусственными (татуировки) и естественными. В зависимости от механизма формирования естественные пятна бывают сосудистыми, геморрагическими и пигментными.

а) *Сосудистые пятна* возникают в результате изменения тонуса сосудов. В случае их расширения появляются пятна розового цвета, которые могут быть разного размера. Мелкие сосудистые пятна называются розеолами, они наблюдаются при токсикодермии, вторичном сифилисе, детских инфекциях. Крупные сосудистые пятна называются эритемами, они характерны для простого контактного дерматита, экземы. Разрешение сосудистых пятен, как правило, происходит бесследно.

б) *Геморрагические пятна* возникают при выходе форменных элементов крови и пропитывании ими кожи вследствие изменения проницаемости сосудов (например, в результате васкулита или травмы сосуда). В зависимости от размера геморрагические мелкоточечные пятна называются: петехиями, чуть крупнее - пурпурой, размером до нескольких сантиметров - экхимозами, крупные геморрагические пятна называются гематомами. Геморрагические пятна характерны для поверхностных васкулитов, травм кожи. Отличить сосудистое пятно от геморрагического можно путем диаскопии. Так при надавливании стеклом на кожу - сосудистое пятно исчезает, а затем, при прекращении давления, появляется вновь.

в) *Пигментные пятна* возникают в результате избыточного отложения или недостатка пигмента в коже. Клинические примеры гиперпигментированных пятен: веснушки, невусы, гипопигментированных пятен: витилиго.

2. Папула (*papula* — первичный рельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, возникающий в результате скопления

клеточных элементов в эпидермисе или сосочковом слое дермы. Это поверхностный инфильтративный элемент. В зависимости от глубины залегания папулы могут быть эпидермальными (например, папулы при бородавках), эпидермо-дермальными (при псориазе) и дермальными (при вторичном сифилисе). Размер папул может быть разным (милиарные, лентикулярные, каплевидные, нуммулярные), так как они имеют тенденцию к периферическому росту и слиянию с формированием бляшек. Чаще всего папулы на своей поверхности имеют чешуйки, т.е. шелушатся. При локализации на слизистых оболочках папулы могут эрозироваться, а при наличии трения, например при локализации элементов в складках на их поверхности могут формироваться вегетации. При слиянии папул и их выраженной инфильтрации образуются папулёзные инфильтраты (бляшки). Разрешение папул происходит бесследно, а также с образованием гипер- или гипопигментированных пятен. Папулы встречаются при псориазе, парапсориазе, красном плоском лишае, токсикодермии.

3. Бугорок (*tuberculum*) - первичный рельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, размером с горошину, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в сетчатом слое дермы и разрешающийся с образованием язвы, а затем рубца или рубцовой атрофии, которая развивается без его изъязвления. Бугорок представляет собой инфекционную гранулему и встречается при лепре, сифилисе, лейшманиозе, и туберкулезе.

4. Узел (*nodus*) - первичный рельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, представляющий собой клеточный инфильтрат, возникающий в подкожной жировой клетчатке. Размер узла может варьировать – от горошины до кулака и более. Разрешение узла происходит бесследно за счёт рыхлой подкожной клетчатки, либо с распадом и образованием рубца или в случае сухого некроза - рубцовой атрофии. Узел встречается при лепре, туберкулезе, узловатой эритеме, третичном сифилисе.

5. Волдырь (*urtica*) – первичный рельефный бесполостной экссудативный элемент сыпи, образующийся в результате острого ограниченного отека сосочкового слоя дермы и разрешающийся без стойких следов. Обычно волдырь – это эфемерное образование, он существует от нескольких секунд до 24 и более часов. Волдырь характерен для крапивницы, токсикодермии, укусов насекомых.

6. Пузырек (*vesicula*) - первичный рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный серозным или геморрагическим экссудатом, залегающий в эпидермисе и разрешающийся с образованием эрозии или корки. Размер пузырька варьирует от 1 до 5 мм. Пузырьки характерны для экземы, герпесвирусных инфекций, контактно-аллергического дерматита.

7. Пузырь (*bulla*) первичный рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный серозным или геморрагическим экссудатом, залегающий в эпидермисе или на границе с сосочковым слоем дермы. Размер пузыря варьирует от 5 мм до нескольких сантиметров. В отличие от пузырька пузырь представляет собой однокамерное образование. По глубине залегания пузырь может быть интраэпидермальным, когда он располагается внутри эпидермиса (например, в случае акантолитической пузырчатки), субэпидермальными при расположении под эпидермисом (в случае буллёзного пемфигоида, герпетиформного дерматита Дюринга) либо субкорнеальными, когда он располагается под роговым слоем (например, в случае импетиго).

8. Гнойничок (*pustula*) - первичный рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный гнойным экссудатом. Поверхностный гнойничок залегает в эпидермисе или сосочковом слое дермы, а глубокий - в сетчатом слое дермы или в подкожной жировой клетчатке (как правило, в области волосяного фолликула или потовой железы). Поверхностный гнойничок разрешается бесследно, глубокий – с

образованием язвы и рубца. Гнойнички встречаются при пиодермиях.

Различные заболевания могут характеризоваться однотипными (мономорфными) или различными (полиморфными) элементами сыпи. Так, например, мономорфной папулезной сыпью представлена клиническая картина псориаза и красного плоского лишая. При отдельных заболеваниях кожи клиническая картина характеризуется наличием различных первичных элементов сыпи, например, при токсикодермии одновременно появляются пятна, папулы, пузырьки, пузыри, уртикарии. Такое состояние называется полиморфизм сыпи. Полиморфизм может быть истинным и ложным. При истинном полиморфизме на коже одновременно появляются различные первичные элементы сыпи, это характерно для токсикодермии, герпетиформного дерматита Дюринга, вторичного сифилиса. Ложный (эволюционный) полиморфизм характеризуется различными первичными элементами сыпи, которые появляются в результате эволюции одного морфологического элемента, (например, при экземе, фурункулезе).

Вторичные элементы сыпи - морфологические образования кожи, которые возникают как этап эволюции первичных элементов. К ним относятся такие элементы, как: вегетация, лихенификация, вторичное пятно, рубец, рубцовая атрофия, трещина, чешуйка, эрозия, эксфолиация, язва, корка.

1. Вегетация (*vegetatio*) - вторичный элемент сыпи, представляющий собой разрастание сосочков дермы и эпидермиса и ведущий к возникновению веррукозных образований на коже. Вегетация возникает из папулы, пузыря, бугорка и узла, язвы. Встречается при вегетирующей пузырчатке, вторичном сифилисе (широкие кондиломы), вирусных дерматозах (остроконечные кондиломы, бородавки).

2. Лихенификация (*lichenificatio*) - вторичный элемент сыпи, наблюдаемый при хронических воспалительных процессах,

сопровождающихся зудом. Лихенификация характеризуется утолщением кожи, при этом естественный рисунок кожи - линии, складки, ромбовидные поля - выражен и подчеркнут более резко, чем в норме. Возникает из папулы. Лихенификация характерна для атопического дерматита, хронической экземы.

3. Вторичная пятно - гиперпигментация или гипопигментация (*hyperpigmentatio* , (*hypopigmentatio*) - вторичный элемент сыпи, возникающий в результате изменения количественного содержания пигмента на месте бывшего первичного элемента. Возникает после пузыря, пузырька, пятна, папулы, бугорка и узла. Наблюдается после разрешения первичных элементов при акантолитической пузырчатке, псориазе, красном плоском лишае.

4. Рубец (*cicatrix*) - вторичный элемент сыпи, образующийся на местах глубоких дефектов кожи путем замещения их грубой волокнистой соединительной тканью. В области рубца придатки кожи и кожный рисунок отсутствуют. Рубец возникает из глубоких элементов: бугорка, узла, глубокой пустулы, язвы. Встречается при язвенной пиодермии, лепре, лейшманиозе, фурункуле, третичном сифилисе. Рубцы бывают нормотрофические, гипертрофические и атрофические.

5. Рубцовая атрофия (*atrophia*) — вторичный элемент сыпи, который возникает при разрешении глубоко лежащего (бугоркового, узловатого или воспалительного) инфильтрата без нарушения целостности кожи, в том числе и в случае «сухого некроза», при котором образуется нежная соединительная ткань. Кожа в месте рубцовой атрофии значительно истончена, лишена нормального рисунка, напоминает папиросную бумагу и легко собирается в складки. Рубцовая атрофия характерна для склеродермии, красной волчанки, туберкулеза, третичного сифилиса.

6. Трещина (*rhagas, fissura*) — вторичный элемент сыпи, представленный линейным дефектом кожи, возникающим чаще в складках при сухости кожи или наоборот мацерации и нарушении эластичности. Возникает из пузыря, пузырька, папулы или на неизменённой коже. Трещина характерна для экземы, атопического дерматита, кератодермии.

7. Чешуйка (*squama*) - вторичный элемент сыпи, представляющий собой роговую пластинку, утратившую связь с эпидермисом. Возникает из пузыря, пузырька, пятна, папулы, бугорка и узла. Наблюдается при псориазе, парапсориазе, атопическом дерматите, хронической экземе.

8. Эрозия (*erosio*) — вторичный элемент сыпи, представляющий собой поверхностный дефект кожи в пределах эпидермиса и сосочкового слоя дермы. Возникает из пузыря, пузырька, поверхностного гнойничка и на поверхности папулы при ее локализации на слизистой оболочке. Встречается при акантолитической пузырчатке, экземе, контактно-аллергическом дерматите.

9. Экскорияция (*ссадина*) (*excoriatio*) - вторичный элемент сыпи, который является линейным дефектом кожи вследствие ее травмирования (например, расчесы, царапины). Встречается при чесотке, атопическом дерматите, хронической экземе.

10. Язва (*ulcus*) - вторичный элемент сыпи, который представляет собой глубокий дефект кожи, включая гиподерму, разрешается с образованием рубца. Возникает из глубокого гнойничка, бугорка и узла. Встречается при фурункуле, туберкулезе, лепре, третичном сифилисе.

11. Корка (*crusta*) - вторичный элемент сыпи, представляющий собой ссохшийся экссудат. Возникает из пузыря, пузырька, гнойничка, при распаде бугорка, узла и может быть серозным, геморрагическим и гнойным.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(выберите один или несколько правильных ответов)

1. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТИПИЧНОГО НЕ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕРПЕСА

- 1) гнойнички, язвы
- 2) узелки, чешуйки
- 3) папулы, волдыри
- 4) пузырьки, эрозии
- 5) бугорки, язвы

2. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПСОРИАЗА ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бугорок
- 2) эритема
- 3) папула
- 4) пустула
- 5) телеангиэктазии

3. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫ ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ

- 1) лихенификация
- 2) трещина
- 3) бугорок
- 4) эксфолиация
- 5) папула

4. ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРЕН ВТОРИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ

- 1) отрубевидное шелушение
- 2) лихенификация
- 3) эритема
- 4) вегетация
- 5) трещина

5. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА

- 1) папулы и волдыри
- 2) узлы и чешуйки
- 3) пятна и эрозии
- 4) папулы и чешуйки
- 5) пятна и волдыри

6. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

- 1) пятно
- 2) везикула
- 3) папула
- 4) бугорок
- 5) пузырь

7. ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА

- 1) пузырьки
- 2) пятна
- 3) бугорки
- 4) узлы
- 5) пузыри

8. ВТОРИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПОСЛЕ ПУЗЫРЯ

- 1) пузырь
- 2) язва
- 3) пятно
- 4) волдырь
- 5) эрозия

9. ИСТИННЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) истинной пузырчатки
- 2) дерматита Дюринга
- 3) псориаза
- 4) экземы
- 5) токсикодермии

10. ЛОЖНЫЙ (ЭВОЛЮЦИОННЫЙ) ПОЛИМОРФИЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) истинной пузырчатки
- 2) дерматита Дюринга
- 3) экземы
- 4) псориаза
- 5) красного плоского лишая

11. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ

- 1) пузырек
- 2) бугорок
- 3) узел
- 4) лихенификация
- 5) трещина

12. РУБЦОВАЯ АТРОФИЯ МОЖЕТ ОБРАЗОВАТЬСЯ ПОСЛЕ ТАКИХ ПЕРВИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, КАК

- 1) язва
- 2) волдырь
- 3) бугорок
- 4) узел
- 5) лихенификация

13. РУБЕЦ ФОРМИРУЕТСЯ ПОСЛЕ

- 1) папулы
- 2) лихенификации
- 3) язвы
- 4) эрозии
- 5) пятна

14. ВЕГЕТАЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) крапивницы, псориаза
- 2) акантолитической пузырчатки, вторичного сифилиса
- 3) склеродермии, красной волчанки
- 4) остроконечных кондилом
- 5) герпеса, экземы

15. ИСХОДОМ БУГОРКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вторичное пигментированное пятно
- 2) рубец
- 3) корка
- 4) эрозия
- 5) рубцовая атрофия

16. ДЛЯ УЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КАК

- 1) рубцовая атрофия
- 2) эрозии
- 3) язвы
- 4) эксфолиации
- 5) рубцы

17. ПРИ ТОКСИКОДЕРМИЯХ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ТАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КАК

- 1) пузырьки, бугорки, узлы
- 2) пятна, узелки, бугорки
- 3) пузыри, узелки, узлы, бугорки
- 4) пятна, волдыри, пузыри, пузырьки
- 5) бугорки, волдыри, пятна, узелки

18. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ КРАПИВНИЦЕ

- 1) волдырь
- 2) экссудативная папула
- 3) волдыри и везикулы
- 4) пузыри
- 5) бугорок

19. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАПУЛ В СКЛАДКАХ ОБРАЗУЕТСЯ

- 1) рубцовая атрофия

- 2) вегетация
- 3) чешуйка
- 4) язва
- 5) трещина

20. БУГОРКИ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ ПРИ

- 1) коллагенозах
- 2) васкулитах, панникулитах
- 3) гонорее, трихомониазе
- 4) сифилисе, туберкулезе, лепре
- 5) лейшманиозе

21. ОСНОВНОЙ ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА

- 1) пятно
- 2) узелок
- 3) волдырь
- 4) пузырек
- 5) пузырь

22. РУБЕЦ ОБРАЗУЕТСЯ ПОСЛЕ ТАКИХ ПЕРВИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, КАК

- 1) узел, бугорок, глубокая пустула
- 2) папула, пятно, узел
- 3) пузырь, пузырек, пустула
- 4) уртикарии, папула, гнойничок
- 5) пузырь, узел, папула

23. ТРЕЩИНА - ЭТО

- 1) линейный дефект кожи вследствие механического ее повреждения
- 2) линейный дефект кожи вследствие ее сухости или мацерации
- 3) уплотнение кожи, усиление кожного рисунка
- 4) обильное шелушение и корки
- 5) дефект кожи после отхождения корок

24. К ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) бугорок
- 2) волдырь
- 3) папула
- 4) вегетация
- 5) узел

25. ЭКСКОРИАЦИЯ – ЭТО

- 1) линейный дефект кожи вследствие ее сухости или мацерации

- 2) линейный дефект кожи вследствие механического ее повреждения
- 3) уплотнение кожи, усиление кожного рисунка
- 4) обильное шелушение и корки
- 5) дефект кожи после отхождения корок

26. ИСХОДОМ ПУЗЫРЯ МОГУТ БЫТЬ

- 1) чешуйка, лихенификация
- 2) язва, рубцовая атрофия
- 3) исчезает бесследно
- 4) эрозия, корка
- 5) пятно, чешуйка

27. ПАПУЛЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) пузырьчатки, пемфигоида
- 2) псориаза, красного плоского лишая
- 3) глубоких васкулитов
- 4) токсикодермии, парапсориаза
- 5) ихтиоза, врожденного буллезного эпидермолиза

ГЛАВА II. ОСНОВНЫЕ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОЖЕ

Патогистологические процессы в эпидермисе разделяются на три группы.

I. Дегенеративные изменения, приводящие к образованию пузырька:

а) Вакуольная дегенерация (дистрофия), или внутриклеточный отек, или. В клетках, большей частью базальных, вокруг ядра формируется вакуоль, оттесняющая ядро к периферии клетки. Постепенно отечная жидкость растворяет клетку, которая гибнет. На месте таких клеток появляется микроскопический пузырек. Вакуольная дистрофия наблюдается при красной волчанке, токсической меланодермии.

б) Спонгиоз, или межклеточный отек. При этом процессе отечная жидкость раздвигает межклеточные промежутки шиповидных клеток, межклеточные мостики разрываются, что способствует образованию межклеточных многокамерных пузырьков. Спонгиоз характерен для экземы, контактно-аллергических дерматитов.

в) Баллонирующая дегенерация (дистрофия) - некробиотический процесс, влекущий за собой быстрый разрыв межклеточных мостиков. Клетки или группа клеток, потерявшие связь друг с другом, свободно плавают в экссудате образовавшегося пузырька в виде шаровидных образований (баллонов), откуда происходит и название этого вида дегенерации. Баллонирующая дегенерация наблюдается обычно при герпесвирусных инфекциях.

Описанные дегенеративные изменения в эпидермисе наиболее резко бывают выраженными в острой и подострой стадиях некоторых дерматозов, характеризующихся везикуляцией и мокнутием.

II. Патологические изменения, приводящие преимущественно к образованию пузырей:

а) Акантолиз - патологический процесс, при котором вследствие потери связи между эпидермальными клетками в шиповидном слое кожи и слизистых оболочках появляются щели, пузыри. В основе акантолиза лежит исчезновение межклеточных контактов клеток шиповатого слоя. Клетки, лишенные связи друг с другом, называются акантолитическими клетками. Акантолиз наблюдается при акантолитической пузырьчатке.

б) Эпидермолиз - патологический процесс, приводящий к образованию пузыря между эпидермисом и дермой и отслойке эпидермиса от сосочкового слоя дермы, к образованию щелей и субэпидермальных пузырей. Наблюдается при герпетиформном дерматозе Дюринга, пемфигоде, врожденном буллезном эпидермолизе.

III. Патологические изменения, приводящие к усиленной пролиферации клеток мальпигиевого слоя и нарушениям процесса кератинизации:

а) Акантоз - утолщение шиповатого слоя эпидермиса и усиленное врастание межсосочковых эпителиальных тяжей в дерму. Акантоз характерен для такого заболевания как псориаз.

б) Гиперкератоз - усиленное ороговение, которое ведет к утолщению рогового слоя без структурных изменений самих клеток. Гиперкератоз встречается при ихтиозе, атопическом дерматите.

в) Паракератоз - ускоренное ороговение, при этом выпадают фазы образования кератогиалина и элеидина, поэтому в эпидермисе отсутствуют зернистый и элеидиновый слои, а клетки рогового слоя содержат ядра. Паракератоз резко выражен при интенсивном шелушении при псориазе, парапсориазе).

г) Гранулез - утолщение зернистого слоя эпидермиса. Данный процесс встречается при красном плоском лишае.

В дерме патологические процессы приводят к папилломатозу, нарушению микроциркуляции, отеку, отложению клеточных инфильтратов воспалительного или неопластического характера, дистрофии соединительной ткани, патологии придатков кожи.

а) Папилломатоз - пролиферация сосочков дермы, которая сопровождается, как правило, акантозом. Наблюдается при старческом кератозе, вульгарных бородавках, вегетирующей пузырчатке.

б) Нарушение микроциркуляции кожи. Наблюдается расширение сосудов, утолщение и повышение проницаемости их стенок. Процесс сопровождает любую воспалительную реакцию в коже и характерен для псориаза, склеродермии.

в) Клеточные инфильтрации в коже могут быть результатом хронического специфического воспаления и формирования гранулемы, например при образовании бугорка, или узла, а также могут быть результатом пролиферации клеток, например, в случае лимфомы, липомы. Инфильтрация кожи наблюдается при лейшманиозе, лепре, лимфоме, туберкулезе.

г) Дистрофия соединительной ткани может быть вызвана мукоидным и фибриноидным изменением. Наблюдается при красной волчанке и склеродермии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(выберите один или несколько правильных ответов)

28. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ ФОРМИРОВАНИЯ ПАПУЛЫ ПРИ ПСОРИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) акантолиз
- 2) акантоз
- 3) гранулез
- 4) отек дермы
- 5) формирование гранулемы

29. АКАНТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) микроспории

- 2) красного плоского лишая
- 3) псориаза
- 4) эпидермофитии
- 5) кандидоза

30. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОБРАЗОВАНИЯ ПУЗЫРЬКА ПРИ ЭКЗЕМЕ

- 1) баллонная дегенерация
- 2) вакуольная дистрофия
- 3) акантолиз
- 4) спонгиоз
- 5) эпидермолиз

31. ОСНОВНОЙ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ

- 1) спонгиоз
- 2) акантоз
- 3) акантолизис
- 4) паракератоз
- 5) дискератоз

32. АКАНТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) инфильтрацией дермы
- 2) утолщением шиповатого слоя
- 3) утолщением зернистого слоя
- 4) утолщением блестящего слоя
- 5) утолщением рогового слоя

33. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЗЫРЬКА ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

- 1) эпидермолиз
- 2) баллонная дистрофия
- 3) акантоз
- 4) спонгиоз
- 5) акантолиз

34. ТИПИЧНУЮ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) паракератоз
- 2) гранулез
- 3) изменения в дерме по типу васкулита
- 4) гранулёма
- 5) гиперкератоз

35. АКАНТОЛИЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) увеличением рядов клеток шиповатого слоя эпидермиса

- 2) дегенерацией клеток эпидермиса
- 3) нарушением связей между клетками шиповатого слоя
- 4) увеличением рядов клеток зернистого слоя эпидермиса
- 5) увеличением рядов клеток рогового слоя эпидермиса

36. В ОСНОВЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЕГЕТАЦИИ ЛЕЖИТ ТАКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ДЕРМЕ, КАК

- 1) дезорганизация волокнистых структур
- 2) папилломатоз
- 3) гранулемообразования
- 4) отек дермы
- 5) диффузная инфильтрация дермы

37. МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ПУЗЫРЯ ПРИ СИНДРОМЕ «ЛАЙЕЛЛА»

- 1) вакуольная дистрофия
- 2) эпидермолиз
- 3) баллонная дистрофия
- 4) спонгиоз
- 5) акантолиз

ГЛАВА III. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ФЕНОМЕНЫ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

СИМПТОМЫ:

Арди-Горчакова – импетигинозные и экзематозные корки на коже разгибательной поверхности локтевых суставов, он характерен для чесотки.

Асбо-Ганзена – один из симптомов акантолиза. При надавливании на невскрывшийся пузырь, площадь его увеличивается, так как жидкость отслаивает прилегающие участки эпидермиса, встречается при акантолитической пузырьчатке, эксфоллиативном дерматите Риттера, синдроме Лайелла, врожденном буллезном эпидермолизе.

Ауспитца (псориатическая триада): феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и кровавой росы. Выявляется при поскабливании папулы при псориазе.

Бека – снижение костной звукопроводимости при хорошо сохранившейся звукопроводимости на разговорную речь, характерен для сифилитического поражения внутреннего уха.

Бельского-Филатова-Коплика – пятна белого цвета на слизистой щек около малых коренных зубов при кори.

Бельца – оранжево-желтое окрашивание кожи после длительного употребления тыквы, апельсинов, моркови.

Бенье 1 симптом – болезненность при поскабливании папул при красном плоском лишае.

Бенье 2 симптом – феномен «удара ногтем», (феномен стружки) - при поскабливании пятен отрубевидного лишая и папул при парapsoriasis в

результате разрыхления рогового слоя верхние слои чешуек отслаиваются, и шелушение становится более явным.

Бера – «грязных коленей» - чрезмерное ороговение и гиперпигментация кожи коленей и локтей, характерная для гипотиреоза.

Бергера - зрачки эллипсовидной или неправильной округлой формы - возможный признак ранней стадии нейросифилиса.

Вегнера – Вегнера полоска – расширенная эпифизарная зона в костях детей, возможный признак раннего врожденного сифилиса.

Верко – линейные или точечные кровоизлияния под ногтями у больных узловатой эритемой.

Воронова псевдоатрофический ободок - блестящий белесоватого цвета ободок с кажущейся атрофией вокруг папул и бляшек определяемый в регрессирующей стадии псориаза.

Гетчинсона 1 симптом - паренхиматозный кератит при бледно-розовой роговице – 1 симптом триады Гетчинсона – достоверный признак позднего врожденного сифилиса.

Гетчинсона 2 симптом – долотообразные передние верхние средние резцы с полулунной вырезкой по свободному краю - 2 симптом триады Гетчинсона – достоверный признак позднего врожденного сифилиса.

Гетчинсона 3 симптом – лабиринтная глухота, обусловленная невритом. слухового нерва – достоверный признак позднего врождённого сифилиса.

Горчакова – см. Арди-Горчакова симптом.

«Груши» - см. Шеклакова симптом.

«Грязной шеи» – складчатость передней поверхности кожи шеи, сетчатая пигментация, характерен для атопического дерматита.

Давыдова – покраснение и отек кожи молочной железы после смазывания спиртовым раствором йода – признак туберкулеза молочной железы.

«Дамского каблучка» - при удалении чешуек на их основании нередко обнаруживаются щипики и обнажаются воронки устьев фолликулов, является результатом фолликулярного гиперкератоза, характерен для красной волчанки.

Дени – Моргана – продольная подчёркнутая складка нижнего века, один из вспомогательных признаков диагностики атопического дерматита.

Еллинека – потемнение кожи век при базедовой болезни.

«Зонда» см 1 симптом Пospelова.

Козырька – при наличии твердого шанкра на внутреннем листке крайней плоти и обнажении головки полового члена определяется хрящевидное уплотнение в виде козырька, которое напоминает вывернутое веко, характерен для первичного сифилиса.

Лазера-Трела – появление у пожилых людей множественных пигментных и сенильных пятен, гемангиом как предвестник злокачественных новообразований.

«Лимонной корки» - утолщение и отек кожи молочной железы с утрированными выводными протоками потовых желез, характерен для рака молочной железы.

Мещерского- Бенъе - болезненное и затрудненное удаление чешуек в очагах красной волчанки.

Муна – зуб Муна – укороченный и выгнутый 1 моляр, возможный признак позднего врожденного сифилиса.

Никольского краевой – при потягивании пинцетом за обрывок пузыря происходит отслойка видимого здорового эпителия – один из симптомов акантолиза, характерен для акантолитической пузырьчатки, синдроме Лайелла, эксфолиативном дерматите Риттера.

Никольского отдаленный – при потирании пальцем видимо здоровой кожи между пузырями происходит формирование дряблого пузыря - один из

симптомов акантолиза, характерен для акантолитической пузырьчатки, может быть ложноположительным при синдроме Лайелла, эксфолиативном дерматите Риттера.

Облатки - при осторожном снятии сухие, плотно сидящие чешуйки не ломаются, а отделяются целиком, имея при этом как бы вид облатки, характерен для параспсориаза.

Пильнова – ободок Пильнова – эритематозный венчик роста по периферии папул и бляшек в прогрессирующей стадии псориаза.

Пинкуса – мелкоочаговое поредение ресниц, так называемые «ступенчатообразное» выпадение ресниц, имеющих разную длину из-за неравномерного отрастания.

Поспелова 1 симптом – «зонда» симптом – при надавливании пуговчатым зондом на бугорки при туберкулезной волчанки происходит проваливание зонда в глубь ткани.

Поспелова 2 симптом – ощущение царапания при проведении бумагой по очагам поражения, характерен для фолликулярного кератоза Крокера-Адамсона.

Поспелова 3 симптом – ощущение плотности картона при пальпации кожных поражений при второй стадии грибовидного микоза.

Поспелова 4 симптом – вид кожи как «скомканная папиросная бумага» при идиопатической атрофии кожи.

Поспелова-Неймана – появление беловатого цвета пятен на слизистой щек при красном плоском лишае.

Проваливания зонда – при легком надавливании на бугорок пуговчатым зондом на поверхности бугорка при вульгарной волчанке образуется вдавление, которое очень медленно исчезает. Это связано с мягкой консистенцией бугорков вследствие разрушения коллагеновых и эластических волокон.

«Птичьего глаза» (ириса или мишени) – в центре пятна располагается папула или пузырек, создавая впечатление двухконтурности элементов, характерен для многоформной экссудативной эритемы.

Пурпуры - при методическом поскабливании папул при парапсориазе на их поверхности и вблизи нее на клинически здоровой коже возникают мельчайшие точечные кровоизлияния.

Робертсона-Фурнье – радиарно расположенные рубцы вокруг рта, вероятный признак позднего врожденного сифилиса.

Скрытого шелушения – см. феномен Машкиллейсона.

Тарновского – избыточное оволосение лба, признак (стигма) позднего врожденного сифилиса.

«Терки» - при проведении по коже создается впечатление терки, характерен для заболеваний с развитием фолликулярного гиперкератоза (гиповитаминоз витамина А, волосяной лишай).

Унны - окрашивание в более сочный красный цвет и набухание пятен при трении, например, полотенцем, крике самого ребенка, приеме горячей ванны. Бывает положительным при пигментной крапивнице, при которой из тучных клеток освобождается гистамин.

Фурнье 1 симптом - искривление большеберцовой кости вперед и наружу, вероятный признак позднего врожденного сифилиса.

Фурнье 2 симптом – см. Робертсона-Фурнье симптом.

Фурнье 3 симптом - резкие границы элементов сыпи при вторичном сифилисе.

Хехта (щипка) – появление мелких кровоизлияний после пощипывания кожи при васкулите и тромбоцитопении.

Шарбо – отсутствие чувствительности в области иннервации малоберцового нерва, признак спинной сухотки при нейросифилисе.

Шеклакова – формирование пузыря в виде груши вследствие стекания экссудата вниз за счет собственной тяжести, выявляется для вульгарной пузырчатке.

Эрба-Вестфаля – снижение коленных рефлексов при спинной сухотке при нейросифилисе.

«Яблочного желе» - изменение цвета бугорка при диаскопии, вследствие того, что из расширенных сосудов удаляется кровь, цвет бугорка из красного становится буро-желтым и напоминает яблочное желе, бугорки становятся полупрозрачными, определяется при вульгарной волчанке (туберкулезе кожи).

Ядассона – болезненность при надавливании тупым зондом на центр лентикулярной папулы при вторичном сифилисе.

Яриша-Киари – кожные туберкулезные очаги с изъязвлением чаще в аногенитальной области.

СИНДРОМЫ:

Андерсона-Нови – Кемпбелла – врожденная аплазия кожи темени.

Андогского – наследственная катаракта на фоне атопического дерматита.

Аргайло-Робертсона – отсутствие реакции зрачков на свет при сохраненной реакции на конвергенцию, характерный для нейросифилиса.

Асбо-Ганзена – пузырьные высыпания на конечностях с рождения, затем бородавчатые разрастания, эозинофилия, лейкоцитоз, как вариант синдрома Блоха-Сульцбергера.

Базан – гипогидроз, гипотрихоз, гиперкератоз ладоней и подошв, тонкая верхняя губа, раннее выпадение зубов.

Базе – очаги гипер- или депигментации кожи, гиперкератозы, стрии, акроцианоз, изменение ногтей – паранеопластические изменения кожи и ее придатков.

Баматтера – кожа с ранними сенильными изменениями, дисплазия костей, остеопороз, лицо как у гнома.

Бенье-Бека-Шаумана – саркоидоз – генерализованный доброкачественный гранулематоз, лихорадка, артралгии, миалгии, одышка, увеличение лимфоузлов, поражение почек, носоглотки, гортани.

Блоха-Сульцбергера – семейный пигментный дерматит, характеризуется стадийностью развития клинической картины: пузырьки и эритема, бородавчатые разрастания, атрофия и гипопигментация, умственная отсталость, судороги, аномалии зубов, глазные аномалии.

Боуэна – внутриэпидермальная эпителиома.

Брандта – энтеропатический акродерматит. Буллезные и эритематозно-сквамозные высыпания вокруг естественных отверстий, выпадение волос, паронихии, ониходистрофии, диарея, задержка развития, конъюнктивит, блефарит.

Брюнауера – диффузная кератодермия, напоминающая пчелиные соты на ладонях и подошвах, гипергидроз, лейкоплакия на твердом небе, высокое небо, аномалии зубов.

Вебера-Крисчена-Пфейфера – рецидивирующий ненагнаивающийся спонтанный панникулит, слабость, повышение температуры, миалгии.

Вилановы-Каньяделя – сухость кожи, шелушение, фолликулярный кератоз, признаки гипотиреоза (заторможенность, зябкость, брадикардия).

Гаммела – мигрирующие эритематозно-сквамозные очаги – паранеопластическое поражение кожи.

Геморрагический – появление геморрагических пятен за счет выхода форменных элементов крови через сосудистую стенку, характерный для травматических поражений кожи, аутоиммунных заболеваний (васкулитов), тромбоцитопении.

Гужеро-Блюма – геморрагические и пигментные пятна, телеангиэктазии, пурпура, плоские папулы, расположенные на нижних конечностях.

Гужеро-Дюперра – распространенные эритематозно-уртикарные элементы, папулы, узлы, пурпура и экхимозы с некрозами в центре в области нижних конечностей, слабость, артралгии, поражение почек, бронхиальная астма, эндокардит - васкулит.

Гужеро-Карто - плоские папулы красновато-серого цвета, с ороговевшей поверхностью, сливающиеся в сетчатый узор в области шеи, между лопаток, в подмышечных складках.

Гужеро-Шегрена - сухость кожи и слизистых, дисхромии, телеангиэктазии, фоточувствительность кожи, склеродермоподобные очаги, холецистопанкреатит, рецидивирующие плевриты, полиартрит, субфебрильная температура, синдром Рейно, гипохромная анемия, диспротеинемия.

Дарье – очаги неправильной формы в области нижних конечностей представленные коричневыми и охряно-желтыми пигментными пятнами с пурпурозными элементами по периферии, может сочетаться с сахарным диабетом и атеросклерозом.

Дарье-Русси – глубокие узлы в области нижней части туловища и нижних конечностей, патоморфологически представляющие собой эпителиоидно-клеточную гранулему с гигантскими клетками.

Джанотти-Крости – папулезный акродерматит детей, характеризующийся появлением симметрично расположенных плоских шаровидных папул красного цвета с шелушением впоследствии в области кистей и стоп, а затем и ягодицах, шее, лице, ушах, сочетающиеся с гепатитом, лимфаденопатией, лихорадкой.

Дукаса-Капетанакиса – мелкие геморрагические пятна, сочетающиеся с очагами лихенификации, шелушением преимущественно в области нижней части туловища и нижних конечностей – экземоподобная пурпура.

Златкова-Константинова – редкие волосы при рождении, полное их выпадение в пубертате и не восстановление во взрослом возрасте, кератодермия ладоней и подошв, гипергидроз, пахионихия, широкая щель между пальцами I и II стоп.

Иценко-Кушинга – нарушение всех видов обмена в связи с гиперкортицизмом, артериальная гипертензия, склонность к инфекциям кожи, гипергликемия, гиперхолестеринемия, остеопороз, гипертрихоз.

Капоши – блестящий лишай у детей – округлые мелкие перламутровые бледно-розовые папулы в области туловища и конечностей, у мальчиков на половом члене.

Капоши-Юлиусберга – герпетиформная экзема Капоши- острое тяжелое вирусное (герпетическое) заболевание, возникающее у детей, страдающих атопическим дерматитом, клинически проявляющееся появлением на типичных очагах атопического дерматита мелких сгруппированных пузырьков с геморрагическим содержимым иногда с некротизацией, высокая лихорадка, лимфаденопатия, симптомы интоксикации, бактериальные осложнения.

Квинке – ангионевротический отек – острый аллергический отек кожи шеи, лица и верхних дыхательных путей.

Кебнера – врожденный буллезный эпидермолиз.

Клиппеля-Треноне – плоская односторонняя ангиома с рождения в области нижней конечности, трофические изменения кожи (сухость, шелушение, гипопигментации), деформация суставов, черепно-лицевые аномалии, гемангиомы внутренних органов.

Клиффорда – сухость, шелушение кожи новорожденного, потеря массы тела при высоком росте, развитие ателектазов в легких в связи с аспирацией околоплодными водами.

Книрера – аллотрихия ограниченная симметричная – с рождения, на коже головы чаще в теменной области участки с измененными волосами (тонкие более светлые или толстые более темные).

Когоя – очаги эритродермии в области шеи и конечностей с гиперпигментацией и гиперкератозом, катаральный конъюнктивит с развитием сращений за счет образования пузырей и эрозий.

Кроккера-Микулича-Кюммеля – эксфолиативный хейлит (сухость, трещины, шелушение, болезненность) чаще нижней губы у мужчин среднего возраста.

Лайелла – токсический эпидермальный некролиз – острое тяжелое токсико-аллергическое заболевание, характеризующееся генерализованным поражением кожи в виде пузырей, массивных эрозий, лихорадкой, симптомами интоксикации.

Лейна 2 синдром – эритема ладоней и подошв с рождения.

Лейнера – десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу, проявляется эритематозно-сквамозными очагами с эксфолиацией, трещинами, мокнутием, лимфаденопатией, рвотой, поносом, гнойным конъюнктивитом, отитом, может быть пневмония, пиелонефрит, анемия, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

Ленартовича – пеллагроподобные, эритематозно-сквамозные с пигментацией очаги, появляющиеся после инсоляции на открытых участках кожи.

Лёфгрена – острая узловатая эритема, артралгии, кератит, иридоциклит, гранулематозное поражение печени и селезенки, гинекотропизм, может быть менингит, характерен для острого саркоидоза легких.

Маделунга – множественный шейный симметричный липоматоз.

Манганотти – преканкротный абразивный хейлит - одна или две эрозии красного цвета с блестящей поверхностью на нижней губе чаще у пожилых мужчин заканчивается развитием плоскоклеточного рака.

Марторелла – гипертонические ишемические язвы голеней.

Матценауера-Полланда – симметричный дисменорейный дерматит, характеризующийся периодическим появлением уртикарных и эритематозных высыпаний на коже лица, шеи, плеч, эрозий и корок в пременопаузе или у молодых женщин с гормональными нарушениями.

Монтгомери-О'Лири – появление подкожных узлов в области голеней с изъязвлением – одна из форм васкулита.

Мюнхаузена- синоним патомимия. Разновидность дерматоневроза в виде искусственно наносимого повреждения кожи с целью симуляции различных заболеваний.

Нетертона – ихтиозиформная эритродермия, атопия (атопический дерматит, атопическая бронхиальная астма), дистрофия волос. Сочетание ихтиоза и атопического дерматита.

Оппенгейма-Урбаха – липоидный некробиоз – бляшки или изъязвления в области голеней розового и желтовато-коричневатого цвета у больных сахарным диабетом.

Пазини-Пьерини – очаги атрофии кожи сиреневато-коричневого цвета в области спины и живота - атрофодермии.

Паранеопластический – некоторые заболевания кожи (герпетиформный дерматит Дюринга, черный акантоз, дерматомиозит, пигментная крапивница, эритема Гоммеля), которые возникают на фоне или за некоторое время до развития злокачественного новообразования.

Пейрони фиброзный склероз полового члена.

Прингля-Бурневилля – туберозный склероз - аденома сальных желез, очаги шагреновой кожи и гипопигментированные пятна, эпилептические припадки, умственная отсталость, опухоли почек, сердца, легких, околоногтевые фибромы. Относится к факоматозам.

Рейно-Лериша – побледнение, затем посинение кончиков пальцев, парестезии, часто на фоне системных заболеваний соединительной ткани.

Рейтера – уретроокулосиновииальный синдром – уретрит, конъюнктивит, артрит часто на фоне хламидийной, гонококковой инфекции, дизентерии.

Рейхеля - множественный хондроматоз – узелки в области синовиальных оболочках суставов с дальнейшим их обызвествлением.

Риттера – экфолиативный дерматит Риттера – тяжелая форма стафилодермии у детей грудного возраста, характеризующаяся появлением пузырей, эрозий, симптомами интоксикации, высокой лихорадкой, пиемическими осложнениями со стороны внутренних органов.

Рихнера-Ханхарта – умеренный кератоз ладоней больше кончиков пальцев, дистрофия роговицы, задержка физического и умственного развития, энурез, множественные липомы.

Ротмана-Макаи – подкожный липогранулематоз.

Ротмунда – врожденная дистрофия кожи: мраморный оттенок кожи с гипо- и гиперпигментацией, редкие, седеющие волосы, гиперкератоз ладоней, низкий рост, алопеция, дистрофия ногтей, умственная отсталость, атеросклероз.

Сезари – эритродермия, зуд, алопеция, гиперкератоз ладоней и подошв, увеличение лимфоузлов, печени, обнаружение крупных лимфоцитов с серповидным ядром в крови и костном мозге - лимфома.

Сенира-Ашера – клиническая форма вульгарной пузырчатки – себорейной ее разновидности, при которой наблюдается эритема, похожая на красную волчанку, признаки себорейного дерматита и пузырьные элементы.

Свита – острый лихорадочный нейтрофильный дерматоз.

Стивенса-Джонсона – тяжелая форма многоформной экссудативной эритемы с острым началом, симптомами интоксикации, высокой лихорадкой, поражением кожи и слизистых оболочек в виде эритематозных, везикулезных, буллезных элементов, может наблюдаться бронхит, конъюнктивит, пневмония, кровотечения из ЖКТ.

Страйкера-Хельбейзена – зудящая эритродермия на боковых поверхностях шеи, лица, верхних отделах груди с везикулезными элементами, развивающаяся на фоне макроцитарной анемии.

Тамуры-Такахашии – нигремия – врожденная коричневато-бурая окраска слизистых, связанная с аномальной структурой гема.

Таратынова – эозинофильная гранулема - некротизирующиеся и изъязвляющиеся узелки на коже, в крови лейкоцитоз и эозинофилия.

Томпсона – в первые годы жизни в области лица, шеи, ягодиц, реже конечностей возникает эритема, которая сменяется очагами гипер и гипопигментации, атрофии кожи, тонкие, ломкие волосы, иногда алоpecia, дистрофия ногтей, гиперкератоз на местах костных выступов.

Труазье-Ано-Шоффара – гемохроматоз - гиперпигментация кожи и слизистых (серовато-синего цвета), гепатомегалия, признаки сахарного диабета, порфиринария, повышение уровня железа в крови.

Уиллана – вульгарный псориаз.

Фабри – диффузная ангиокератома туловища, акропарестезии с лихорадкой и ускорением СОЭ, тошнота, рвота, сухость кожи, абдоминальные боли.

Фавра-Ракушо – точечные желтовато цвета фолликулярные узелки, атрофия сальных желез, кисты, комедоны в периорбитальной и височных областях чаще у мужчин старше 50 лет за счёт деградации коллагена.

Фишера 1 синдром – ладонно-подошвенный гиперкератоз с гипергидрозом, онихогрифоз, онихолизис, ксеродермия, редкие ресницы и брови, умственная отсталость, прогерия, отеки век.

Цинссера-Энгмана-Коула – врожденный дискератоз – пойкилодермия, гиперкератоз, ониходистрофия, лейкоплакия слизистой оболочки полости рта, эритема и гипергидроз ладоней и подошв, трещины уретры, ануса, буллезный конъюнктивит.

Чедиака-Хигаси – альбинизм, косоглазие, нистагм, нейропатия, судороги, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, желтуха, панцитопения.

Чернозубова-Элерса-Данло – гиперэластичность кожи, гиперподвижность суставов, склонность к формированию келоида, рецидивирующие гематомы, пролапс митрального клапана.

Шегрена-Руда-Ларссона – ихтиозиформная эритродермия, олигофрения, снижение зрения, костные деформации.

Хакстхаузена – климактерическая кератодермия.

CREST- сочетание кальциноза кожи, синдрома Рейно, эзофагита, склеродактилии и телеангиэктазий при системной склеродермии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ:

Бальцера йодная - при смазывании кожи 5% спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями пораженные участки, где роговой слой разрушен, окрашиваются более интенсивно, чем здоровые места, свободные от высыпаний. Встречается при разноцветном лишае, эритезме.

Диагностическая провокация. Используются определенные методы воздействия на организм в целом и на мочеполовой аппарат, что ведет к обострению имеющегося скрытого воспалительного процесса. Применяется как критерий диагностики или качества терапии после окончания лечения. Существует несколько методов провокации:

1. *Алиментарная* – назначение больному острой и соленой пищи, алкоголя. Выводящиеся продукты переработки раздражают мочеиспускательный канал, что приводит к обострению воспалительного процесса.

2. *Иммунобиологическая* – внутримышечное введение 0,5 мл (500 миллионов микробных тел) гонококковой вакцины.

3. *Механическая* – введение в мочеиспускательный канал прямого бужа или проведение передней уретроскопии.

4. *Химическая* – введение в мочеиспускательный канал химических раздражающих веществ (таких как нитрат серебра, протаргол, колларгол).

5. *Физиотерапевтическая* или *термическая*, - использование абдоминально – вагинально – сакральной диатермии.

6. *Физиологическая* – взятие мазка у женщин из канала шейки матки во время менструации.

Чаще всего применяется комбинированная провокация. Первый раз провокация проводится через неделю после лечения, следующая провокация - через месяц.

После проведения провокации у больного в течение 3 дней через 24, 48 и 72 часа берется материал для исследования на содержание урогенитальных инфекционных агентов.

Томпсона двухстаканная проба - применяется для топической диагностики при уретритах. Перед проведением пробы в течение 4-6 часов пациент не должен мочиться. Затем больного просят помочиться в 2 стакана: первую порцию (50 мл) в первый стакан, вторую порцию – во второй стакан. При переднем уретрите моча мутная только в первой порции, при тотальном или заднем – мутные обе порции мочи. Чтобы провести дифференциальную диагностику при наличии мути вследствие присутствия различных солей проводится ряд проб. Если мутность мочи обусловлена наличием в ней фосфатов, достаточно добавление нескольких капель уксусной кислоты после

чего муть исчезает, уратов - необходимо мочу подогреть, оксалатов – нужно добавить небольшое количество хлористоводородной кислоты, как и в первом случае это также приведет к исчезновению муты.

Торсуева - применяется для распознавания сифилитической розеола. В результате внутривенного введения 3-5 мл 0,5% раствора никотиновой кислоты неясные до того пятна сифилитической розеола становятся более яркими и заметными в отличие от пятен мраморной кожи.

Холодовая проба - применяется с целью диагностики холодовой крапивницы путем прикладывания кусочка льда к области бедра, плеча или ягодицы. У здоровых людей на месте приложения льда возникает побледнение, а вокруг него эритема (но не волдырь), проходящая через 15-30 мин. У больных холодовой крапивницей образуется большой волдырь.

Ядассон проба - появление новых высыпаний (пузырей, пузырьков, пятен) через 24-48 часов при приеме внутрь 3-5% раствора калия или натрия йодида или нанесении на кожу пластырным методом 50% калий-йодистой мази.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ:

Акантолитические клетки – обязательное условие диагностики акантолитической пузырчатки. Они представляют собой дегенеративно измененные шиповатые клетки, выявляемые в мазке-отпечатке со дна эрозий. Они меньше нормальных эпителиальных клеток, округлой формы, с крупным ядром.

Антиядерный фактор – выявляемый при красной волчанке необычный белок, повреждающий ядра клеток, в результате чего образуются LE-клетки.

LE-клетки – (от lupus erythematoses) выявляются, как правило, при системной форме красной волчанки. Представляют собой лейкоциты, фагоцитировавшие обломки ядер лимфоцитов, клеток кожи, печени, сердца и

т.д. В результате ядерное вещество занимает значительную часть цитоплазмы.

ФЕНОМЕНЫ:

Вирилизация – появление у женщин мужских половых признаков: рост усов, бороды, огрубение голоса, гипертрихоз конечностей за счет гиперандрогении.

Воротничок Биетта – отслойка рогового слоя эпидермиса в виде периферического венчика, появляющегося при разрешении папулезного сифилида.

Кебнера – появление новых типичных элементов сыпи при механическом или травматическом раздражении видимо здоровой кожи, который характерен для псориаза, красного плоского лишая.

Керион Цельса - выделение гноя из каждого фолликула в отдельности, напоминающее выделение меда из медовых сот. Является симптомом инфильтративно-нагноительной трихофитии или микроспории.

Машикеллейсона – скрытого шелушения - при поскабливании папул при парapsориазе появляется их шелушение.

«Ожерелье Венеры» – наличие депигментированных пятен (лейкодермы), на задней и боковых поверхностях шеи, характерный для вторичного рецидивного сифилиса.

Полотебнова – феномен кровавой росы – один из феноменов псориатической триады Ауспитца.

Проваливания зонда - головка зонда при надавливании на очаг поражения проникает в бугорок туберкулезной волчанки, имеющей своеобразную мягкую, тестоватую консистенцию, обусловленную гибелью в бугорке коллагеновых и эластических волокон.

Сетка Уикхема - мелкая сетчатость или линии на поверхности папул при красном плоском лишае в результате очагового гранулеза; легко выявляется при смазывании поверхности этих узелков маслом. На слизистых оболочках заметна без смазывания, так как отсутствует роговой слой.

Стеаринового пятна – первый феномен триады Ауспитца - при поскабливании папул образуются жирные, похожие на стеариновые чешуйки.

Стружки или скрытого шелушения – см. Бенъе симптом 2

«Терминальной пленки» - второй феномен триады Ауспитца при поскабливании поверхности папулы после получения феномена стеаринового пятна при псориазе обнажается сочная, гиперемизированная поверхность.

Унны-Дарье – покраснение и усиление отечности элементов сыпи при их потирании или пощипывании, характерный для пигментной крапивницы.

«Удара ногтем» - см Бенъе 2 симптом.

Яриша-Лукашевича-Герксгеймера реакция - появляется через несколько часов после начала специфической терапии сифилиса, выражается повышением температуры, ярким покраснением и отеком эффоресценций, увеличением их размеров и числа. В основе этой реакции лежит массовый выход эндотоксина из бледной трепонемы в результате ее распада.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(выберите один или несколько правильных ответов)

38. СЕТКА УИКХЕМА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) дерматита
- 2) пузырчатки
- 3) экземы
- 4) красного плоского лишая
- 5) псориаза

39. ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- 1) Ауспитца
- 2) Дени-Моргана
- 3) Бенъе

- 4) Арди-Горчакова
- 5) Ядассона

40. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПСОРИАЗА

- 1) сетка Уикхема
- 2) феномен Кебнера
- 3) симптом Ядассона
- 4) триада Ауспитца
- 5) симптом яблочного желе

41. СИМПТОМ ЯДАССОНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) первичного сифилиса
- 2) вторичного сифилиса
- 3) третичного сифилиса
- 4) красного плоского лишая
- 5) атопического дерматита

42. СИМПТОМ «НАПЕРСТКА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) вторичного сифилиса
- 2) экземы
- 3) онихомикоза
- 4) псориаза
- 5) пузырчатки

43. ДЛЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ
ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- 1) щипка
- 2) пурпуры
- 3) облатки
- 4) птичьего глазка
- 5) скошенного луга

44. СИМПТОМ «ОБЛАТКИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) парапсориаза
- 2) псориаза
- 3) экземы
- 4) эритразмы
- 5) атопического дерматита

45. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ

- 1) Нетертона
- 2) Рейтера
- 3) Ядассона
- 4) Иценко-Кушинга
- 5) CREST

46. ФЕНОМЕН УННЫ-ДАРЬЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) атопического дерматита
- 2) экземы
- 3) пигментной крапивницы
- 4) красного плоского лишая
- 5) псориаза

47. ТРИАДА ГЕТЧИНСОНА - ЭТО

- 1) дистрофия средних резцов, паренхиматозный кератит, глухота
- 2) глухота, нарушение чувствительности и двигательной активности
- 3) триада, определяемая при поскабливании папул
- 4) седловидный нос, саблевидные голени, инфантильный мизинец
- 5) ягодицеобразный череп, «щучьи зубы», гипертрихоз лба

48. ФЕНОМЕН КЕБНЕРА – ЭТО

- 1) усиление зуда к вечеру
- 2) появление новых элементов сыпи после механического ее раздражения
- 3) появление скрытого шелушения
- 4) покраснение элементов сыпи после их пощипывания
- 5) появление геморагий после раздражения кожи

49. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) облатки , пурпуры
- 2) Пинкуса, Ядассона
- 3) Никольского, Асбо-Ганзена
- 4) «скошенного луга»
- 5) Бенъе-Мещерского, скрытого шелушения

50. СИМПТОМ БЕНЪЕ-МЕЩЕРСКОГО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) склеродермии
- 2) красной волчанки
- 3) дерматомиозита
- 4) псориаза
- 5) красного плоского лишая

51. СИМПТОМ АСБО-ГАНЗЕНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) крапивницы
- 2) вульгарных угрей
- 3) склеродермии
- 4) красного плоского лишая
- 5) вульгарной пузырчатки

52. СИМПТОМ «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) туберкулеза кожи
- 2) псориаза

- 3) красного плоского лишая
- 4) экземы
- 5) дерматита Дюринга

53. СИМПТОМ ДЮБУА ПРИ ВРОЖДЁННОМ СИФИЛИСЕ– ЭТО

- 1) инфантильный мизинец
- 2) саблевидные голени
- 3) готическое небо
- 4) высокий лоб
- 5) широко расставленные глаза

54. СИМПТОМ АВСИТИДИЙСКОГО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) первичного сифилиса
- 2) вторичного сифилиса
- 3) третичного сифилиса
- 4) позднего врожденного сифилиса
- 5) раннего врожденного сифилиса

55. СИМПТОМ «ГРЯЗНОЙ ШЕИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) дерматита Дюринга
- 2) атопического дерматита
- 3) псориаза
- 4) вульгарной пузырчатки
- 5) красного плоского лишая

56. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ТЕМ, ЧТО ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) верхние клыки
- 2) нижние резцы и клыки
- 3) верхние средние резцы
- 4) клыки и премоляры
- 5) моляры

57. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ

- 1) истинной пузырчатке
- 2) пемфигоиде
- 3) дерматите Дюринга
- 4) многоформной экссудативной эритеме
- 5) эксфолиативном дерматите Риттера

58. СИМПТОМ “СКОШЕННОГО ЛУГА” ПРИ СИФИЛИСЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) твердого шанкра
- 2) папул на языке
- 3) папул на подошвах и ладонях
- 4) сифилитической алопеции

5) сифилитической лейкодермии

59. РЕАКЦИЯ ГЕРКСГЕЙМЕРА – ЭТО

- 1) покраснение кожи при введении никотиновой кислоты
- 2) появление пузырей на коже после ее смазывания 50 % мазью калий-йод
- 3) усиление зуда к вечеру
- 4) болезненность при надавливании на папулы
- 5) повышение температуры, симптомы интоксикации, сыпь на коже после начала специфического лечения при сифилисе

60. СИМПТОМ ДЕНИ-МОРГАНА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) контактных дерматитов
- 2) красного плоского лишая
- 3) атопического дерматита
- 4) псориаза
- 5) дерматита Дюринга

61. СИМПТОМ АРДИ-ГОРЧАКОВА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) педикулеза
- 2) трихомониаза
- 3) пиодермии
- 4) чесотки
- 5) сифилиса

62. СИМПТОМ «НИКОЛЬСКОГО»

- 1) является патогномоничным для акантолитической пузырьчатки
- 2) характерен для всех пузырных дерматозов
- 3) положительный при акантолитической пузырьчатки, синдрома Лайелла, эксфолиативного дерматита Риттера
- 4) характерен для пиодермий
- 5) характерен для острой экземы

63. СИМПТОМ «АРГАЙЛО-РОБЕРТСОНА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) нейросифилиса
- 2) позднего врожденного сифилиса
- 3) раннего врожденного сифилиса
- 4) первичного сифилиса
- 5) вторичного сифилиса

64. СИМПТОМ ПИНКУСА – ЭТО

- 1) болезненность при надавливании на папулы
- 2) отсутствие сосочков языка
- 3) шелушение папул по периферии
- 4) ступенчатообразные ресницы
- 5) изменение зубов при врожденном сифилисе

65. ДЛЯ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРЕН ФЕНОМЕН

- 1) облатки, пурпуры
- 2) скрытого шелушения, воспаления
- 3) стеаринового пятна, терминальной пленки,
- 4) Кебнера
- 5) «чемоданной ручки» и «мостика»

66. СИНДРОМ РЕЙТЕРА - ЭТО

- 1) дерматит, уретрит, алоpecia
- 2) уретрит, слепота, глухота
- 3) конъюнктивит, кератит, дерматит
- 4) артрит, уретрит, конъюнктивит
- 5) гепатит, дерматит, артрит

67. СИНДРОМ РЕЙНО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) системной склеродермии
- 2) токсикодермии
- 3) псориаза
- 4) экземы
- 5) дерматита Дюринга

68. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА

- 1) с пеницилином
- 2) Ядассона
- 3) Томпсона
- 4) двухстаканная
- 5) Ауспитца

69. БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ

- 1) аллергический дерматит
- 2) себорейный дерматит
- 3) микробная экзема
- 4) пузырьчатка
- 5) атопический дерматит

70. ПРОБА БАЛЬЦЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) микроспории
- 2) трихофитии
- 3) отрубевидного лишая
- 4) актиномикоза
- 5) псориаза

71. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ МЕТОДЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

- 1) гистологическое исследование
- 2) йодная проба Бальцера
- 3) культуральное исследование чешуек
- 4) иммунофлюоресцентный метод
- 5) осмотр под лампой Вуда

72. ПРОБУ ЯДАССОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) псориаза
- 2) красного плоского лишая
- 3) пузырчатки
- 4) дерматита Дюринга
- 5) пемфигоида

73. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

- 1) мазки – отпечатки на акантолитические клетки
- 2) кровь на эозинофилию
- 3) гистологическое исследование покрывки пузыря
- 4) посев содержимого пузыря на флору
- 5) клинический анализ крови

74. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА ПЕРЕД ИССЛЕДОВАНИЕМ НА БЛЕДНУЮ ТРЕПОНЕМУ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) 2% раствор борной кислоты
- 2) раствор хлоргексидина
- 3) 5% раствор марганцово – кислого калия
- 4) 0,9% раствор хлорида натрия
- 5) 10% раствор хлорида натрия

75. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) окраска по Романовскому – Гимзе
- 2) культивирование на питательных средах
- 3) исследование нативных препаратов в темном поле
- 4) окраска по Грамму
- 5) окраска метиленовым синим

76. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГОНОРЕИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПРОВОКАЦИИ

- 1) биологическая, медикаментозная, механическая
- 2) химическая, иммунологическая, биофизическая
- 3) алиментарная, культуральная, микробиологическая
- 4) механическая, алиментарная, физиологическая
- 5) физическая, химическая, биологическая

77. АКАНТОЛИТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ИЗ СЕБЯ

- 1) эозинофильные лейкоциты в содержимом пузырей

- 2) дегенеративно- измененные шиповатые клетки эпидермиса
- 3) измененные лейкоциты сыворотки крови
- 4) базальные клетки эпидермиса
- 5) роговые клетки

78. LE-КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) склеродермии
- 2) дерматомиозита
- 3) красной волчанки
- 4) туберкулеза кожи
- 5) псориаза

79. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ ЯДАССОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) 50% мазь калий-йод
- 2) 2% салициловую мазь
- 3) 5% раствор йода
- 4) 1% раствор борной кислоты
- 5) 1% раствор метиленового синего

80. ПРОБА ТОМПСОНА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) уретрита
- 2) сифилиса
- 3) псориаза
- 4) атопического дерматита
- 5) экземы

81. ТЕМНОПОЛЬНАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) сифилиса
- 2) гонореи
- 3) хламидиозе
- 4) уреаплазмозе

82. ПРОБА ТОРСУЕВА ПРОВОДИТСЯ ПРИ

- 1) вторичном сифилисе
- 2) гонорее
- 3) третичном сифилисе
- 4) трихомониазе
- 5) первичном сифилисе

83. ГОНОКОККИ, ОКРАШЕННЫЕ ПО ГРАММУ ИМЕЮТ

- 1) синий цвет
- 2) зеленый цвет
- 3) красный цвет
- 4) фиолетовый цвет
- 5) голубой цвет

84. ХОЛОДОВАЯ ПРОБА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) крапивницы
- 2) атопического дерматита
- 3) псориаза
- 4) красного плоского лишая
- 5) экземы

85. ИССЛЕДОВАНИЕ НА БЛЕДНУЮ ТРЕПОНЕМУ ПРОВОДИТСЯ С ПОВЕРХНОСТИ

- 1) твердого шанкра
- 2) розеолы
- 3) бугорков
- 4) пустул
- 5) эрозивных папул

ГЛАВА IV. МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЭТАПЫ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

1. Осмотр. Следует производить при дневном освещении с использованием лампы дневного цвета. Температура в помещении, где проводится осмотр больного, должна быть 18-22 °С. Осмотр необходимо проводить по областям, обращая внимание на состояние не только кожи, но и ногтей, волос, костей, слизистых оболочек, суставов.

2. Пальпация. С помощью пальпации некоторых элементов определяют их консистенцию (плотная или мягкая) по сравнению с окружающей здоровой кожей, а также глубину залегания морфологических элементов сыпи (поверхностное или глубокое их расположение).

3. Диаскопия (витропрессия). Осуществляется путем надавливания стеклянным шпателем или часовым стеклом на пораженный участок кожи. Этот метод дает возможность отличить пятна воспалительные от невоспалительных. Воспалительные пятна под влиянием давления бледнеют, а невоспалительные - почти не меняются в цвете. Большую диагностическую

ценность диаскопия имеет при распознавании туберкулезной волчанки при определении симптома «яблочного желе».

4. Поскабливание. Эта специальная методика в практической дерматологии используется при диагностике поражений кожи, характеризующихся наличием чешуек и шелушения. Легким поскабливанием скальпелем, предметным стеклом или ногтевой пластинкой указательного пальца определяется характер шелушения, повышенная ломкость капилляров сосочкового слоя дермы (точечные или разлитые кровоизлияния). Поскабливанием вызываются псориазные феномены, определяются симптомы Бенъе и Бенъе-Мещерского.

5. Дермографизм. Дермографизм – это реакция сосудов кожи на механическое раздражение. Исследование дермографизма применяется для изучения состояния вегетативной нервной системы. Дермографизм вызывается штриховым давлением шпателя небольшой силы на кожу. О нормальном дермографизме свидетельствует появление красной или розовой полосы, бесследно исчезающей через 2-3 минуты. Появление на коже белых пятен (белый дермографизм) - свидетельствует о значительном преобладании тонуса симпатической вегетативной нервной системы. Стойкий белый или смешанный, быстро переходящий в белый дермографизм характерен для атопического дерматита, почесухи. Красный дермографизм возникает при преобладании тонуса парасимпатической нервной системы и характерен для таких заболеваний как экзема, псориаз - в прогрессирующей стадии. Дермографизм может быть смешанным. У пациентов с крапивницей и почесухой может быть уртикарный дермографизм, характеризующийся возникновением отежных, возвышающихся полос красного или интенсивно розового цвета длительно сохраняющихся иногда до 40-60 минут.

6. Определение мышечно-волоскового рефлекса - «гусиная кожа». Определяется проведением по коже холодным предметом. Раздражение

рецепторов приводит к сокращению мышцы, поднимающей волос и наблюдается «гусиная кожа».

7. Осмотр больного под лампой Вуда. Свечение лампы Вуда представляет собой ультрафиолетовые лучи, пропущенные через стекло, импрегнированное солями никеля. Исследование проводится в темной комнате. При ряде заболеваний отмечается характерное свечение очагов в лучах лампы Вуда. При микроспории очаги на волосистой части головы имеют изумрудно-зеленое свечение, при отрубевидном лишае желтовато-коричневое, при эритезме – кораллово-красное, при красной волчанке на красной кайме губ - снежно-белое.

8. Дерматоскопия – неинвазивный метод объективной оценки кожных структур без выполнения биопсии. С помощью дерматоскопа можно оценить динамику кожного процесса, своевременно выявить признаки неопластических заболеваний кожи.

9. Взятие мазков-отпечатков на акатолитические клетки. Методика забора материала: стерилизованной ученической резинкой проводится мазок-отпечаток с поверхности эрозий, который переносится на обезжиренное предметное стекло. Мазок-отпечаток высушивают, фиксируют, затем окрашивают по Романовскому-Гимза.

10. Исследование на чесоточного клеща. Игла вкалывается в основание пузырька со стороны слепого конца чесоточного хода и продвигается по дну пузырька, острое приподнимается и выводится. Полученный материал исследуется в микроскопе в капле физиологического раствора.

11. Взятие соскоба на атипичные клетки. Перед забором поверхность кожи очищается от корок, струпов, затем, хорошо обезжиренное стекло прикладывается к исследуемой поверхности, слегка надавливая, затем сушат, фиксируют, красят по Романовскому-Гимза.

12. Исследование на бледную трепонему при первичном, вторичном свежем или рецидивном сифилисе. Поверхность эрозии или язвы протирается ватой, смоченной физиологически раствором. Если пациент применял антисептики или другие местные средства, то перед исследованием необходимо в течение 12-24 часов прикладывать примочку с физиологическим раствором хлорида натрия. Поверхность эрозии или язвы осторожно раздражается платиновой петлей до появления тканевой жидкости (серума). Капля жидкости переносится на стекло и смотрится в микроскопе с использованием темного поля. Если нет возможности обнаружить бледную трепонему с эрозии или язвы возможно проведение пункции лимфоузла и микроскопия пунктата.

13. Взятие мазков на гонококки. Для проведения микроскопии и посевов на гонококки у мужчин патологический материал берется из уретры, предстательной железы и семенных пузырьков, у женщин – из уретры, цервикального канала, прямой кишки, у девочек – из уретры, влагалища и прямой кишки. Взятие мазков из уретры у мужчин: наружное отверстие мочеиспускательного канала вытирается ваткой, смоченной физиологическим раствором. Слегка надавливая на заднюю стенку уретры и выдавливая каплю гноя кнаружи, делается мазок. У женщин: указательный палец вводится во влагалище и легким давлением выдавливается содержимое уретры.

14. Сбор анамнеза и оформление полученных данных.

(Примерная схема написания истории болезни дерматовенерологического статуса).

Настоящая схема служит методическим пособием по систематическому обследованию курируемого больного, углубленному изучению данного заболевания и составлению истории болезни дерматовенерологического пациента.

Очень важно полно собрать анамнез, тщательно изучить клиническую картину заболевания и, путем самостоятельного врачебного мышления, провести дифференциальную диагностику, а также назначить патогенетическую терапию.

История болезни должна быть написана четко, литературным языком, красиво оформлена.

Титульный лист включает в себя паспортные данные (фамилия, имя, отчество, возраст больного), клинический диагноз с указанием основного заболевания и его осложнений, а также сопутствующих заболеваний.

Жалобы больного необходимо отразить при поступлении и к моменту курации. Должна быть четкая характеристика жалоб связанных как с заболеванием кожи, так и с возможными сопутствующими заболеваниями внутренних органов. У детей жалобы выясняют путем опроса родителей или сопровождающих лиц.

Анамнез болезни. Необходимо тщательно расспросить больного о начале заболевания и о течении процесса. В анамнезе заболевания должно быть отражено:

а) давность заболевания, с чем связано начало заболевания. У женщин выясняется связь заболевания с основными функциями половой сферы: менструальной, секреторной, половой и детородной. Наличие и характеристика продромальных явлений, описание первоначальной локализации и дальнейшего распространения процесса. Подобная характеристика первичного морфологического элемента;

б) динамика развития сыпных элементов (длительность цикла, их развития, периферический рост, склонность к слиянию, образованию бляшек, очагов диффузного поражения, характер обратного развития - рассасывание, распад; последовательность появления вторичных морфологических элементов). Продолжительность ремиссии, частота

рецидивов и с чем они связаны (влияние внешних факторов или нарушение функций внутренних органов);

в) влияние основного заболевания на общее состояние больного (температура тела, сон, аппетит, потеря сна, физиологические отправления);

г) описание предшествующего лечения (сколько раз лечился, стационарно или амбулаторно, длительность и характер общего и наружного лечения.

Результаты лечения.

Анамнез жизни должен содержать сведения о:

а) условиях жизни, характере труда (его особенности, вредности), курении, злоупотреблении алкоголем;

б) перенесенных заболеваниях, в том числе инфекционных, венерических;

в) семейном положении;

г) течении менструального цикла, его нарушениях, количестве аборт и родов, осложнениях и мертворождениях, гинекологических заболеваниях у женщин;

д) наследственности (наличии кожных заболеваний у ближайших родственников).

При описании анамнеза жизни необходимо обратить внимание на те моменты, которые могли сыграть определенную роль в патогенезе данного заболевания. Например: отягощенная наследственность, дурные привычки, особенности быта и производства, психические травмы, перенесенные заболевания и др.

Настоящее состояние. Осмотр больных производится по общепринятой в клинике внутренних болезней методике. При отсутствии патологических изменений со стороны внутренних органов в историю болезни вносятся основные данные по системам:

- общая оценка состояния;

- видимые слизистые, их окраска;
- лимфатическая система;
- костно-суставная и мышечная системы;
- грудная клетка и органы дыхания;
- сердечно-сосудистая система;
- система пищеварения;
- мочеполовая система;
- органы чувств;
- эндокринная и нервная системы.

При наличии патологических сдвигов со стороны органов и систем (последние освещаются в истории болезни подробно).

Специальный статус. Состоит из 2-х частей:

- а) описание внешне здоровой кожи (цвет, рисунок, пото- и салоотделение, сосудистый и мышечно-волосковый рефлекс, температура кожи, наличие старых рубцов, их характеристика, родимых, гипер- и гипопигментных пятен, определение различных видов чувствительности – температурной, болевой, тактильной);
- б) описание болезненного процесса (дерматоза), при этом необходимо дать общую характеристику процесса: локализация, характер поражения, диффузный или очаговый (крупноочаговый или мелкоочаговый), универсальный, границы (четкие, расплывчатые, ровные, фестончатые), единичность или множественность поражения, величина очагов. Далее идет описание кожи в очаге поражения: подробная характеристика основного морфологического элемента, наличие полиморфизма (истинный, ложный) или мономорфизма. При этом надо иметь в виду: цвет, величину элементов, степень ограниченности от окружающей здоровой кожи, отношение к волосяному покрову, участие потовых и сальных желез, характер содержимого, если элемент полостной, консистенции, взаиморасположение (наклонность к изолированному расположению или слиянию) и так далее.

Вторичные морфологические элементы описываются аналогично. Дается характер воспаления кожи. Проводится результат исследования: пальпации, соскоба, диаскопии и др.

Предположительный диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, объективных исследований и является предметом дальнейшего клинического изучения.

Лабораторные исследования включают в себя:

а) общеклинические лабораторные исследования: (общий анализ крови и мочи, сахар крови, хлориды в моче, кал на яйца глистов; биохимические исследования);

б) специальные лабораторные исследования: (серологические, рентгенологические, бактериоскопические и бактериологические пробы и пр.) по показаниям.

Дифференциальный диагноз должен основываться на анамнестических данных и клинической картине болезни, результатах лабораторных и других специальных методах исследования. Проводится дифференциальная диагностика со смежными по развитию, симптоматике и клинической картине заболеваниями, путем исключения схожих заболеваний, сравнивая их.

Окончательный диагноз ставится на основании анализа всего вышеизложенного (жалоб, анамнеза, особенности клиники, лабораторных исследований, дифференциального диагноза).

Лечение должно быть обосновано в каждом отдельном случае. Этиопатогенетическое лечение должно сочетаться при необходимости с симптоматическим, диетическим, физиотерапевтическим, курортотерапией. Необходимость поведения общего и местного лечения. В каждом разделе освещается подробный план лечения настоящего заболевания как общее, так

и местное. При этом необходимо обосновать терапевтическое действие лекарственных средств привести примеры лекарственных прописей.

Лечение же, получаемое больным за период курации, отражается в ежедневных дневниковых записях, в которых также должно отражаться общее состояние больного и динамика кожного процесса; проводимое лечение и его переносимость.

Прогноз. для жизни и трудоспособности в связи с данным заболеванием).

Используемая литература.

ГЛАВА V. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Наружная терапия дерматозов имеет наряду с общим лечением огромное значение и применяется как в комплексном лечении, так и в качестве монотерапии. Местно применяемые средства способны уменьшить выраженность субъективных ощущений, таких как зуд, боль, жжение, чувство стягивания кожи, однако препараты, применяемые для наружного лечения, оказывают не только местное, но и общее воздействие через нервно-рецепторный аппарат кожи, посредством всасывания через кожу, способствуя купированию кожного процесса.

В результате проведения наружного лечения достигаются следующие цели:

1. Этиологической терапии, направленной на устранение причины развития дерматоза. Чаще это возможно в случае заразных заболеваний, таких как чесотка, педикулез, микозы, пиодермии.

2.Патогенетической терапии, влияющей на устранение или уменьшение патологических процессов в коже. Например, применение топических стероидов для купирования воспаления, кератопластических средств для уменьшения шелушения.

3.Симптоматической терапии, устраняющей субъективные ощущения. Например, использование противозудных мазей при зудящих дерматозах.

4.Защитной терапии от воздействия различных факторов внешней среды. Например, применение фотозащитных средств при фотозависимых дерматозах, эмолентов для восстановления водно-липидной мантии.

Назначение наружной терапии зависит от характера кожного процесса: его остроты, выраженности, распространенности, локализации, наличия осложнений и субъективных ощущений.

В дерматологии в местной терапии существуют основные принципы:

1. Наружная терапия имеет важное значение в комплексном лечении дерматозов.

2. Необходимо правильно подобрать средство, при этом большое значение имеет не только действующее вещество, но и основа.

3. Выбор лекарственной формы зависит от стадии патологического процесса и глубины поражения при этом учитываются основные образные принципы:

- чем острее процесс, тем нежнее терапия и наоборот;
- раздраженного не раздражай;
- на мокрое- мокрое, на сухое - жирное.

4. Местное лечение назначается до полного исчезновения симптомов.

5. При назначении местной терапии необходимо учитывать возможность развития системного действия, а также индивидуальную непереносимость.

Чем острее процесс на коже, тем более поверхностным должны быть действующие средства. При хронических процессах с выраженной инфильтрацией следует предпочесть лекарственные средства, оказывающие более глубокое действие. Действие лекарственной формы тем глубже, чем сильнее она задерживает испарение влаги с поверхности кожи.

Все вышеперечисленное достигается введением различных фармакологических средств в лекарственную основу. При назначении местной терапии необходимо правильно выбрать не только лекарственное средство, но и форму, в которой оно должно быть применено. Лекарственная основа обеспечивает проведение фармакологических средств на ту или иную глубину. Лекарственная форма сама по себе оказывает лечебное действие и в ряде случаев может применяться без фармакологических средств. Лекарственная форма и входящие в нее препараты должны действовать однонаправлено, дополняя друг друга. Например, салициловая кислота, назначенная с целью кератолитического действия, не окажет желаемого эффекта, будучи примененной, в виде присыпки или пасты. Однако, назначенная в той же концентрации, но в форме мази или лака, окажет необходимое действие. Или эпителизирующие средства, примененные в форме мази, более эффективны, нежели в пасте.

Средства для наружной терапии используются в виде присыпки, примочки, влажно-высыхающей повязки, взбалтываемых смесей, гидрогелей, паст, кремов типа «масло в воде» или «вода в масле», мази, компрессов, пластырей, лаков.

Присыпка является смесью из мельчайших порошкообразных веществ минерального происхождения (тальк, окись цинка, белая глина-Bolus alba, окись магния и др.) и органического происхождения: крахмалы (пшеничный, рисовый, кукурузный, картофельный и т.д.). Присыпка оказывает охлаждающее и противовоспалительное действие, усиливает испарение и

теплоотдачу, успокаивает зуд и жжение, высушивает и обезжиривает кожу, препятствует трению соприкасающихся складок.

Присыпки применяются при поверхностных острых воспалительных процессах без мокнутия, при повышенном сало- и потоотделении, как профилактическое средство у грудных детей или для маскировки мелких дефектов кожи в косметологии.

Rp.: *Urotropini*
Ac. borici ana 2,5
Zinci oxydati
Talci ana 25,0
M.D.S.Присыпка

Rp.: *Dermatoli*
Bolus albae ana 10,0
Zinci oxydati
Talci ana 15,0
M.f.pulvis
M.D.S.Присыпка при потливости.

РАСТВОРЫ представляют собой лекарственные вещества, растворенные в воде, этиловом спирте, эфире, димексиде, редко - в растительном масле или ацетоне. Чаще используются растворы средств, обладающих антибактериальным, фунгицидным, противозудным действием. Применяются в виде примочек, влажно-высыхающих повязок, обтирания, согревающих компрессов, ванн.

Примочки всегда применяются охлажденными, на этом основан механизм их действия за счет охлаждения кожи происходит спазм сосудов, что ведет к уменьшению количества экссудата, тем самым оказывается противовоспалительное действие, а за счет испарения жидкости повышается теплопроводность и поверхность дополнительно охлаждается. Детям младшего возраста из-за возможности переохлаждения примочки должны быть комнатной температуры. Помимо противовоспалительного действия

примочки обладают дезинфицирующим и вяжущим действием. Применяются при выраженном остром воспалении, сопровождающемся микровезикуляцией и мокнутием в результате образования эрозий. Чаще всего при мокнущей стадии экземы, контактно-аллергическом дерматите, некоторых микозах. Чаще всего для примочек используется 2% борная кислота, 1-2% раствор танина, раствор Бурова 1:20, жидкость Алибура, при гнойных процессах - 0,02% раствор хлоргексидина, 0,01% мирамистина, 1% раствор диоксида, 0,05% фурациллина, 0,05% раствор перманганата калия. Следует помнить, что нецелесообразно применение примочек у грудных детей из-за опасности резорбтивного действия с возникновением тяжелой интоксикации. У пациентов с аллергодерматозами с осторожностью надо использовать примочки с риванолом и фурациллином из-за сенсibilизирующего эффекта. Примочки противопоказаны при инфицированных дерматозах, у детей и пожилых людей при локализации процесса в области груди или спины.

Растворы для примочек должны быть охлажденными до 5-10°C. В этом растворе смачивается марля, сложенная в 4-6 слоев и, отжав, она накладывается на участок мокнутия. Через 5-10 минут при нагревании марли она вновь смачивается в холодном растворе и накладывается на очаг поражения. Общая продолжительность действия примочки 2-3 часа. Повторить примочку можно через 2 часа при сохраняющемся мокнутии, в сутки примочку можно делать до 2-4 раз. Для усиления охлаждения можно на короткое время поверх примочки положить пузырь со льдом или направить вентилятор.

Влажно-высыхающие повязки применяются по той же методике, что и примочки, однако, смоченная марля фиксируется бинтами и периодически увлажняется. Смена повязки осуществляется через 5-8 часов. Влажно-высыхающие повязки используются обычно при подострых воспалительных процессах, как 2 этап лечения экземы. После прекращения мокнутия

примочки и влажно-высыхающие повязки отменяются, при сохранении отдельных эрозий используются местно растворы с дезинфицирующими и вяжущими свойствами (например, туширование раствором бриллиантового зеленого). Спиртовые растворы вследствие их раздражающего эффекта не рекомендуется назначать на сухую кожу, особенно длительно.

Растворы применяются также для **втирания** в кожу (например, раствор борного или салицилового спирта при отрубевидном лишае).

Для дезинфекции, очистки кожи от чешуек и остатков мазей, смягчения кожи растворы используются для **ванн** как общих, так и местных. Применяются ванны как из чистой воды, так и с добавлением перманганата калия в концентрации 1:5000-1:10000, крахмала, ромашки, череды, календулы и других компонентов. Ванны назначаются по 15-20 минут 3-4 раза в неделю при комфортной температуре 36-37°C до 10-15 на курс.

Растворы можно также использовать в виде **припарок** и **согревающих компрессов**, однако в дерматологии эти методики используются крайне редко. Так, согревающие компрессы применяются в случае необходимости рассасывания глубоких инфильтратов в коже (например, при глубоких васкулитах, панникулитах, узловатой эритеме).

Лосьон – смесь нескольких жидкостей полностью растворимых одна в другой. В его состав входят спирт, глицерин растительные масла и эмульгаторы. Иногда в состав лосьона вводят другие фармакологические средства, например кортикостероиды, антибиотики, серу и другие. Лосьоны обычно применяются при локализации дерматозов на волосистой части головы, а также для лечения акне и себореи.

Водно-взбалтываемые смеси или «болтушки». Состоят из 30-40% мелкодисперсных порошкообразных веществ (цинк, тальк, крахмал), взвешенных в 60-70% жидкости (вода, глицерин, спирт). После испарения воды, глицерин удерживает порошки на коже в течение многих часов, а

спирт охлаждает и способствует испарению воды. В зависимости от эффекта, которого необходимо достичь меняются количественные отношения порошка и жидкости. Если нужно получить поверхностное действие порошки (цинк, тальк) и жидкость (дистиллированная вода, глицерин) берутся в равных количествах. При необходимости создания защитной пленки уменьшается количество жидкости до 20-30%. Для ускорения высыхания в «болтушку» добавляется спирт до 5-10%. «Болтушки» применяются при поверхностных зудящих островоспалительных дерматозах без мокнутия и излишней сухости (например, при подострой экземе, крапивнице, токсикодермии). Водно-взбалтываемые смеси могут быть водными и масляными (линименты, состоящие из окиси цинка 30% и растительных масел 70%). При длительном использовании водных «болтушек» возможно пересушивание кожи, поэтому при подострых процессах особенно с сухостью кожи применяются масляные «болтушки», жидкую жировую основу которых составляют масла (подсолнечное, кукурузное, персиковое). Для усиления лечебного эффекта в «болтушку» можно добавить различные лекарственные вещества: ментол с целью противозудного действия, 2% салициловую кислоту 5% деготь или серу с целью противовоспалительного и кератопластического действия, противопаразитарного эффекта. Обычно применяются 1-2 раза в день.

Гели (желе). Это студенистая масса, обладающая упругостью и пластичностью. В дерматологии чаще применяются гидрогели - это водные растворы с высокой вязкостью, обусловленной разбухающими в воде компонентами (желатина, гуммиарабика, агар-агара, крахмала, а в последнее время – карбоксиметилцеллюлозы). Как пример, водно-глицериновый гель, содержащий 2-3% желатина, 10-30% глицерина и 70-80% воды.

В связи с отсутствием в их составе жира, они не способствуют образованию корок, удобны с косметической точки зрения. Используются в случаях, когда необходимо избежать мазевой основы в связи с

непереносимостью кожей жиров. В частности, гели широко используются при себорее, особенно при поражении волосистой части головы, могут применяться также при интертригинозных локализациях, вызванных грибковой или бактериальной флорой, при поражении видимых слизистых. Учитывая охлаждающее и снижающее зуд действие, гидрогели можно использовать при эритематозных или уртикарных высыпаниях, инсектодерматите, солнечном дерматите. Однако следует помнить, что при длительном использовании гидрогели могут пересушивать поверхность кожи, поэтому они противопоказаны больным с сухой кожей (например, при атопическом дерматите и ихтиозе).

Лак – жидкость быстро высыхающая на поверхности с образованием тонкой пленки. Действие лака глубокое. Применяется для удаления бородавок, ороговелостей и для лечения онихомикозов.

Rp: *Ac. Lactici*
Ac. Salicilici
Resorsini aa 10,0
Ol.Ricini 30 ml
Collodii elastici ad 100 ml
M.D.S. Наружно

Паста – лекарственная форма тестообразной консистенции, представляющая собой смесь в равных весовых частях плотной жировой основы и порошкообразных веществ (окись цинка, крахмал, тальк, белая глина). При содержании порошков более 60% паста называется твердой, при содержании порошка менее 40% - мягкой. Чем тверже паста, тем более поверхностное действие она оказывает, тем лучше впитывает жидкость. Отличается от мазей более плотной консистенцией, а от присыпок и болтушек - более длительным и глубоким действием на кожу. Жировая основа (чаще это ланолин) не должна вызывать раздражение кожи, иметь мягкую, эластичную консистенцию. Пасты применяются при подострых воспалительных процессах без мокнутия и при хронических воспалительных

дерматозах (например, хроническая диффузная стрептодермия, микробная экзема), когда воспалительный процесс уменьшился, но сохраняется легкая эритема, единичные мелкие эрозии, корки. Пасты также можно использовать с целью защиты кожи от мацерации (в складках, вокруг язв, свищей и т.д.)

Пасты нельзя назначать на участки кожи с густым волосатым покровом.

Rp.: *Naphthalani*

Zinci oxydi

Talci aa 15,0

ASD 3фр .3,0

Sol.Retinoli acet Oleosae 10,0

M.D.S. 1-2 раза в день (противовоспалительное, рассасывающее действие).

Rp.: *Novocaini*

Anaesthesini

Dimedroli ana 0,7

Pastae zinci 30,0

M.D.S. При ограниченном зуде, красном, плоском лишае, подострой экземе.

КРЕМ представляет собой мягкую или жидкую лекарственную форму, состоящую из двух несмешивающихся компонентов - жира (масла) и воды. Веществом, как бы связывающим не связывающиеся компоненты является эмульгатор, поскольку одна часть молекулы эмульгатора является водорастворимой, другая - жирорастворимой. Если преобладает гидрофильное влияние молекулы, получается эмульсия типа «масло в воде». Если доминирует гидрофобная часть - образуется эмульсия типа «вода в масле».

Крем типа «вода в масле» применяют при выраженной сухости кожи, уменьшении ее эластичности и незначительных поверхностных воспалительных явлениях, а также при дерматозах, сопровождающихся

нарушением процессов ороговения. Он рекомендуется больным с атопическим дерматитом, ихтиозом, хронической экземой.

Кремы типа «масло в воде» представляют собой жидкие кремы, смываемые водой. Из-за слабого ожиривания кожи они еще называются исчезающими. Применяются при острых и подострых воспалительных процессах в коже для охлаждающего, противовоспалительного и подсушивающего действия.

«Вода в масле»

Rp.: *Aeviti 5,0*

Ac. salycilici 1,0

Ol. Ricini 5,0

Lanolini 30,0

Ung.Prednisoloni 0,5%-10,0

M.f. ung.

M.D.S.2 раза в день (при сухости, ихтиозе, псориазе, нейродерматозах).

«Масло в воде»

Rp.: *Urea purae 5,0*

Lanolini 5,0

Ol.Persicori 5,0

Ung.Solcoserili 20,0

M.D.S.2 раза в день (эпителизирующее и смягчающее действие).

МАЗЬ- самая часто употребляемая лекарственная форма для местной терапии. Основу мази составляют растительные и животные жиры, минеральные масла или их синтетические полимеры, в которые добавляется лекарственное вещество. От удачного сочетания лекарственных средств и мазовой основы зависит скорость высвобождения лекарственного вещества. Мази на основе животных и растительных жиров всасываются лучше, чем на основе минеральных масел. К животным жирам относятся: ланолин (компонент кожного сала овцы), свиное сало, гусиный и куриный жир, рыбий жир. Растительные масла делятся на высыхающие (льняное, масло какао, ореховое), и невысыхающие (персиковое, оливковое, касторовое,

подсолнечное). К минеральным жировым основам относятся вазелин, различные воски и парафины. Наименование мази, так как и пасты обусловлено действующим веществом (например, кортикостероидная, антибактериальная, противогрибковая, эпителизирующая, дерматоловая, салициловая). Мази наносятся тонким слоем на пораженный участок кожи, кратность применения зависит от действующего вещества. Некоторые виды мазей (например, топические кортикостероиды) можно применять под окклюзионную повязку.

Мази применяются при хроническом воспалении кожи, сопровождающемся шелушением, инфильтрацией, лихенизацией и застойной гиперемией (например, кератопластические и рассасывающие мази), для размягчения и удаления утолщенного рогового слоя и корок, для лечения некоторых поверхностных паразитарных и инфекционных болезней кожи. Не рекомендуются мази при экссудативном воспалении кожи, мокнущей, на интертригинозные участки, больным с гипертрихозом и себореей, так как мази обладают акнегенным действием.

В настоящее время в дерматологии в местной терапии широко применяются глюкокортикоиды, обладающие выраженным противовоспалительным, антиаллергическим, местно-анестезирующим, эпидермостатическим действием. Противовоспалительное действие кортикостероидов обусловлено снижением продукции биологически активных веществ, лизосомальных ферментов, уменьшением количества клеток Лангерганса. Однако наряду с высокой противовоспалительной активностью кортикостероиды обладают выраженными побочными эффектами, такими как развитие тахифилаксии, атрофии кожи, возможность системного влияния. Предупредить возникновение неблагоприятных последствий позволяет правильное использование топических кортикостероидов.

Основные принципы назначения топических глюкокортикостероидов:

1. Предпочтительно назначать более эффективные очень сильные и сильные кортикостероиды (мометазон, метилпреднизолон, клобетазон, бетаметазон, гидрокортизон-17-бутират).
2. Не использовать у детей более сильные препараты, чем 1% гидрокортизон.
3. На кожу лица использовать нефторированные топические стероиды.
4. Чередовать участки воздействия при использовании высокоактивных препаратов.
5. При уменьшении выраженности симптомов - сократить кратность применения или заменить на другие местные средства.
6. Применять минимально необходимую частоту аппликаций 1-2 раза в день, оптимально после 16 часов, продолжительность лечения не более 3-4 недель.
7. При длительном применении высокоактивных препаратов, перед отменой постепенно переходить на менее активные.
8. При необходимости длительного применения использовать более слабые.
9. Правильно выбрать лекарственную форму топического стероида, учитывая основные принципы наружной терапии. Так, форму крема можно использовать при острых экссудативных процессах без мокнутия, мазь при подострых и хронических процессах с выраженной инфильтрацией и сухостью кожи, лосьон при локализации на волосистой части головы, лице, особенно у лиц с себореей.

Основные лекарственные формы, используемые для наружного лечения

Форма	Состав	Показания к применению	Способ применения
Примочка	вода t 12-16°C	острое воспаление с мокнутием и выраженным отеком	4-6 слоев марли, среднее время 1,5-2 часа со сменой через 5-20 мин. Применяются раствор борной кислоты, нитрата серебра, фурациллина, танин, риванол
Влажно-высыхающая повязка	вода t 12-16°C	те же, но менее выраженные	марля повязывается на очаг воспаления под слой ваты на 4-5 часов
Взбалтываемая жидкость	порошок + вода, иногда +спирт и глицерин. наиболее часто ментол, анестезин, цинк, тальк	распространенное подострое воспаление (эритема, везикулы, пятна без мокнутия)	1-2 раза в день
Паста	порошок+жир в равных долях	Ограниченное подострое воспаление, в т.ч. с признаками хронического	цинковая паста, могут добавляться салициловая кислота, ихтиол, нафталан, АСД фр.3
Эмульсия, линимент	жир+вода (возможно использование растительных жиров, глицерина, эмульгаторов)	подострое воспаление. дефекты кожи (раны, эрозии, язвы, трещины)	как заживляющие используются чаще под повязку
Аэрозоль	вода +жир в виде мельчайших капель	для заживления дефектов. использование на волосистую часть головы	возможны различные добавки (антипаразитарные, эпителизирующие, противовоспалительные)
Присыпка	порошок	подострое воспаление. отсутствие воспаления	чаще как профилактика воспаления при его отсутствии: противовоспалительное (дерматол, цинк), противогрибковое (батрафен)
Раствор водный	вода	полоскания, обмывания, инстилляций, смазывание	чаще как антисептики
Раствор спиртовой	спирт	подострое воспаление при пиодермиях, вирусных и других	местно 3-5 раз в сутки

		инфекций	
Крем	жир + вода	сухость кожи, подострое воспаление	1-3 раза в день
Мазь	жир	хроническое воспаление, сухость кожи	вещества обычно используются в концентрациях не более 10%. Кратность применения зависит от действующего вещества 1-3 раза в день

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(выберите один или несколько правильных ответов)

86. ПРИ ЭКЗЕМЕ В СТАДИИ МОКНУТИЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) мазь
- 2) примочку
- 3) пасту
- 4) взбалтываемую жидкость
- 5) крем

87. ЖИРНУЮ МАЗЬ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) дерматите Дюринга
- 2) пузырьчатке
- 3) крапивнице
- 4) бляшечном псориазе
- 5) мокнущей экземе

88. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) присыпки
- 2) пасты
- 3) гели
- 4) кремы
- 5) мази

89. ПАСТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1) выраженной инфильтрации
- 2) выраженной экссудации
- 3) сухости кожи
- 4) мокнущей
- 5) подостром воспалении

90. ЛАК ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1) бородавок
- 2) экземы

- 3) оомозолелостей
- 4) белом лишае
- 5) онихомикоза

91. ПРИСЫПКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- 1) остром воспалении без мокнутия
- 2) остром воспалении с мокнутием
- 3) хроническом воспалении
- 4) повышенном салоотделении
- 5) подостром воспалении с мокнутием

92. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) смягчающие и увлажняющие мази
- 2) спрегаль
- 3) сульфаниамиды
- 4) топические кортикостероиды
- 5) тербинафин

93. СОГРЕВАЮЩИЙ КОМПРЕСС ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) псориаза
- 2) красного плоского лишая
- 3) глубоких васкулитов
- 4) экземы
- 5) узловатой эритемы

94. ПАСТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) истинной пузырчатки
- 2) псориазе
- 3) крапивнице
- 5) подострой стадии экземы

95. ВЛАЖНО-ВЫСЫХАЮЩИЕ ПОВЯЗКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- 1) мокнутии
- 2) хроническом процессе
- 3) подострой стадии воспаления
- 4) выраженной сухости кожи
- 5) шелушении кожи

96. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) паста
- 2) лак
- 3) болтушка

- 4) аэрозоль
- 5) мазь

97. ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) кератопластики и топические стероиды
- 2) антисептики и анилиновые красители
- 3) эпителизирующие средства
- 4) кератолитики и мази с антибиотиками
- 5) смягчающие индифферентные мази

98. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) взбалтываемую жидкость
- 2) мази
- 3) примочки
- 4) влажно-высыхающие повязки
- 5) эпителизирующие средства

99. ЛОСЬОН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) выраженной сухости кожи
- 2) поражения волосистой части головы
- 3) слизистых
- 4) себореи и акне
- 5) склеродермии

100. ГИДРОГЕЛИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ

- 1) лихеноидных высыпаниях
- 2) выраженном мокнутии
- 3) выраженной сухости кожи
- 4) эритематозных высыпаниях
- 5) уртикариях

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни [Текст]: учебник / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 544 с.: цв. ил.
2. Чеботарев В.В. Дерматовенерология [Текст]: учебник / Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарёва Н.В. и др.; Минобрнауки РФ. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 582, [2] с.: ил., цв. ил.
3. Самцов А.В. Дерматовенерология [Текст]: учебник для мед. вузов / Самцов А.В., Барбинов В.В. - СПб.: СпецЛит, 2008. - 352 с.

дополнительная:

4. Родин А.Ю. Введение в дерматовенерологию (общая дерматология) // Вводные лекции учёных ВолГМУ. - Волгоград: ВолГМУ, 2010. - С.113-119.
5. Соколовский Е.В. Кожные и венерические болезни [Текст]: пособие к курсу практ. занятий / Соколовский Е.В., Аравийская Е.Р., Монахов К.Н. и др.; под ред. Е.В. Соколовского. - СПб.: Фолиант, 2006. - 486 с.: ил. + отд. прил. 16 с. цв. ил.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

На приём обратился мужчина 25 лет, с жалобами на высыпания на коже, сильный зуд. Считает себя больным около 10 лет. Самостоятельно, по совету матери, у которой отмечались подобные высыпания на коже, применял топические стероиды, высыпания на коже разрешались. Настоящее обострение связывает со стрессом. Применял мазь синаflan, однако состояние кожного процесса ухудшилось.

При осмотре: в области лица, шеи, тыла кистей отмечается выраженная эритема, отек кожи, на фоне которых имеются множественные везикулы, эрозии, сливающиеся в обширные участки с мокнутием. Субъективно: сильный зуд.

1. Какое местное лечение показано данному пациенту?

ЗАДАЧА № 2

У мальчика 13 лет, при медицинском осмотре выявлены положительные серологические реакции крови на сифилис методом ифа. Половой жизнью не живет. Сведений о родителях нет.

При осмотре: отмечается изменение передних верхних резцов, которые имеют отверткообразную форму с зауженным основанием и полулунной вырезкой у свободного края, с возраста 7 лет плохо слышит.

1. Какие симптомы описаны у данного пациента?

ЗАДАЧА № 3

Пациенту 16 лет, жалобы на высыпания на коже, сильный зуд. Болен с грудного возраста, лечился у педиатров по поводу экссудативно-катарального диатеза. Настоящее обострение около месяца, обострение связывает со стрессом.

При осмотре: отмечается лихенификация, эритема, шелушение кожи в области локтевых и коленных сгибов, лица, шеи, общая сухость кожи, дополнительная складка нижнего века, сероватый цвет и лихенификация задней поверхности шеи.

1. Какую лекарственную форму для местной терапии необходимо применять в данном случае?

ЗАДАЧА № 4

Пациенту, длительное время страдающему ихтиозом местно была назначена взбалтываемая жидкость, однако больной стал отмечать резкое ухудшение состояния кожного процесса.

1. Какую лекарственную форму для местной терапии необходимо назначить данному пациенту?

ЗАДАЧА № 5

Больная 25 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры до 39°С, слабость, бессонницу, появление пузырей по всему кожному покрову. Вышеперечисленные жалобы появились после приема анальгина по поводу болей в суставах.

При осмотре: по всему кожному покрову на фоне разлитой гиперемии имеются множественные пузыри и эрозии. Аналогичные высыпания отмечаются в полости рта и на гениталиях. При потягивании пинцетом за покрывку пузыря происходит отделение видимо здоровой кожи.

- 1. Какой симптом определен у данной пациентки?*
- 2. Какие средства местной терапии можно назначить пациентке?*

ЗАДАЧА № 6

Пациент 23 лет, предъявляет жалобы на боли в суставах, выделение из уретры, слезотечение, светобоязнь.

При осмотре: отмечается припухлость и покраснение в области локтевых, лучезапястных и коленных суставов, инъеция склер, эритема в области головки полового члена в виде цирцинарного баланопостита, умеренные слизисто-гнойные выделения из уретры. Ведет беспорядочную половую жизнь.

- 1. О каком синдроме можно подумать?*

ЗАДАЧА № 7

Больной 27 лет, предъявляет жалобы на высыпания на коже. Болен около 2 месяцев, связывает начало заболевания с перенесенной ангиной.

При осмотре: на волосистой части головы, в области разгибательной поверхности конечностей имеются папулы и бляшки розового цвета размером от чечевицы до монет различной значимости с серебристо-белыми чешуйками на поверхности.

При поскабливании папул и бляшек чешуйки становятся белыми и жирными, напоминающими парафин свечи, при продолжении поскабливания - тонкая прозрачная пленка, при дальнейшем продолжении поскабливания - маленькая капелька крови.

- 1. Какие симптомы определены у данного пациента?*
- 2. Какие средства могут быть рекомендованы данному пациенту для местной терапии?*

ЗАДАЧА № 8

Больная 45 лет, предъявляет жалобы на появление пузырей на коже в течение 1,5 месяцев. Субъективных ощущений нет, заболевание ни с чем не связывает.

При осмотре: на коже верхней части туловища эрозии до 20 см в диаметре с обрывками покрывок пузырей по периферии, отдельные пузыри диаметром около 1-2 см с серозным экссудатом и вялой покрывкой.

При надавливании на пузырь экссудат отслаивает видимо здоровую кожу, вследствие чего его диаметр увеличивается.

При потягивании за обрывок покрывки также наблюдается отслойка здоровой кожи. Заболевание началось с поражения полости рта.

- 1. Какие симптомы определены у данной пациентки?*
- 2. Какие средства местной терапии можно назначить данной пациентке?*

ЗАДАЧА № 9.

На приём обратилась семья (муж, жена и 5-летний ребенок) с одинаковыми жалобами на зуд кожи, усиливающийся к вечеру. Больными себя считают около месяца.

При осмотре: в области предплечий, живота, межпальцевых промежутков кистей, на гениталиях множественные мелкие папулы и папуловезикулы, многие из которых расположены попарно, с образованием сероватых полосок между элементами.

На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов – сухие импетигиозные корочки.

- 1. Какой симптом определен у данных пациентов?*
- 2. Какие средства местной терапии можно назначить пациентам?*

ЗАДАЧА № 10.

На приём обратился пациент с жалобами на высыпания на коже в области кожи поясницы, зуд. Заболел 2 дня назад, после применения массажного геля по поводу болей в пояснице.

При осмотре: в области поясницы массивный очаг эритемы с чёткими границами.

- 1. Какие средства могут быть рекомендованы данному пациенту для местной терапии*

ЗАДАЧА № 11

На приём обратился мужчина, 40 лет с жалобами на выпадение волос, в течение 3-х месяцев, поредение ресниц. Не женат, половые связи случайные.

При осмотре видимые слизистые и кожные покровы от высыпаний свободны. Лимфоузлы не увеличены. Отмечается множественное мелкоочаговое (до 0,5 см) выпадение волос в области скальпа, чередование нечётких гипо- и гиперпигментаций кожи в области задней и боковых поверхностей шеи и верхней части спины. Имеется ступенчатое поредение ресниц. РМП 4+, ИФА Ig G положительно, титр 1:160.

- 1. Какие симптомы описаны у данного пациента?*

ЗАДАЧА № 12

Родители привели на приём ребёнка 12 лет с жалобами на сильнейший зуд кожи, раздражительность, плохой сон, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Болеет с раннего детства, заболевание началось с диатеза на продукты питания. У матери бронхиальная астма.

При осмотре: отмечается бледность кожи лица, гиперпигментация век с подчеркнутой складкой нижнего века, в области кожи туловища – ливедо, кожа диффузно сухая, жесткая со следами расчёсов. Дермографизм – стойкий белый. Кожа кистей синюшная, холодная на ощупь.

- 1. Какой симптом имеется у данного пациента?*
- 2. Какие средства могут быть рекомендованы данному пациенту для местной терапии?*

ЗАДАЧА № 13

На приём обратился мужчина с жалобами на высыпания в области полового члена в течение двух недель. Анамнез: инвалид 3 группы (бронхиальная астма), женат, внебрачные половые связи категорически отрицает. Последняя половая связь с женой – 10 дней назад.

При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти обнаружен инфильтрат размером с горошину, плотной консистенции, овальной формы с эрозированной поверхностью. В правой паховой области пальпируются лимфатические узлы, размером с косточку вишни, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные. В отделяемом с эрозии обнаружены бледные трепонемы. Стандартные серологические реакции отрицательные.

При осмотре жены – на правой большой половой губе округлая эрозия диаметром 0,5 см в стадии эпителизации. Лимфоузлы не увеличены. Серологические реакции положительные. После начала специфического лечения отмечается подъем температуры до 38,6 градусов, появилась обильная мелко-пятнистая сыпь на коже туловища.

- 1. Какой симптом описан у жены?*

ЗАДАЧА № 14

На приём обратился мужчина с жалобами на выделения из половых путей в течение 2 дней, рези при мочеиспускании. Из анамнеза: выделения заметил через 3 дня после незащищённого полового акта. Самолечением не занимался.

При осмотре: губки уретры гиперемированы, отёчны, из уретры свободные белые обильные выделения. При проведении двухстаканной пробы, моча в первой порции мутная, с хлопьями, вторая порция прозрачная.

- 1. Какая проба описана в задаче?*

ЗАДАЧА № 15

Ребенку 7 лет, по поводу воспаления легких были назначены инъекции пенициллина. К вечеру первого дня лечения на туловище появилась обильная эритематозная и уртикарная сыпь, везикулы, и папулы, сопровождающиеся чувством зуда и жжения.

1. Какие средства можно назначить данному пациенту для местной терапии?

ЗАДАЧА № 16

Женщина 45 лет, работает продавцом, жалуется на красноту в области носа и щек, усиливающуюся в летние месяцы. Субъективных ощущений нет.

Объективно: на коже спинки носа с переходом на обе щеки имеется эритема с синеватым оттенком, покрытая белесоватыми чешуйками.

При поскабливании чешуек больной испытывает болезненность.

При снятии чешуйки на обратной поверхности имеются роговые «шипики». В центре поражения кожи имеются незначительные островки рубцовой атрофии, за которой следует зона гиперкератоза.

1. Какие симптомы выявлены у данной пациентки?

2. Какие средства могут быть рекомендованы данной пациентке для местной терапии?

ЗАДАЧА № 17

Больной 56 лет, жалуется на высыпания на коже в виде пятен. Болен более 5 лет. Субъективных ощущений нет.

Объективно: на коже шеи, груди, спины имеются пятна желтовато-коричневого и розового цвета, слегка шелушащиеся.

При смазывании очагов 5% раствором йода окраска очагов становится более интенсивной.

При поскабливании пятен предметным стеклом чешуйки отслаиваются.

При облучении лампой Вуда происходит их свечение красновато-коричневым цветом.

1. Какая проба проводилась данному пациенту?

3. Какие симптомы выявлены у данного пациента?

4. Какие средства можно рекомендовать данному пациенту для местной терапии?

ЗАДАЧА № 18

Мужчина 67 лет, предъявляет жалобы на сильный зуд кожи, усиливающийся вечером в течение 5-6 лет.

Объективно: первичные морфологические элементы сыпи отсутствуют, вторичные – представлены линейными эскориациями с геморрагическими корочками в областях доступных для расчёсов. По результатам консультации терапевта – выраженный атеросклероз сосудов головного мозга.

1. Какие средства можно рекомендовать данному пациенту для местной терапии?

ЗАДАЧА № 19

У ребенка 7 лет, неделю назад мать заметила пятно на волосистой части головы. Субъективные ощущения отсутствуют.

Объективно: на коже в области темени волосистой части головы имеется один очаг округлой формы размером 2 см в диаметре. Кожа в очаге поражения розового цвета, густо покрыта мукообразными чешуйками, волосы обломаны на высоте 4-5 мм на одинаковом уровне от поверхности кожи.

При люминесцентном освещении в лучах лампы Вуда пораженная кожа даёт жёлто-зеленое свечение.

1. Какое местное лечение можно рекомендовать данному пациенту?

ЗАДАЧА № 20

Женщина 45 лет, жалуется на высыпания на коже, сильный зуд, усиливающийся к вечеру. Больна 2 года.

Объективно: на эритематозно измененной коже спины, лица и разгибательных поверхностей конечностей имеются пузырьки и пузыри с напряженной покрывкой, эрозии, корочки с тенденцией к группировке.

При гистологическом исследовании биоптата пораженной кожи – пузырь располагается непосредственно под эпидермисом. В содержимом пузырей – значительное количество эозинофилов.

При смазывании кожи мазью, содержащей 50% иодид калия, через 24 часа появились новые пузыри

1. Какая проба описана у пациентки?

2. Какое местное лечение можно рекомендовать данной пациентке?

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1	4	21	5	41	2	61	4	81	1
2	3	22	1	42	4	62	3	82	1
3	1,2,4	23	2	43	4	63	1	83	3
4	1	24	1,3	44	1	64	4	84	1
5	4	25	2	45	5	65	3,4	85	1,5
6	5	26	4,5	46	3	66	4	86	2
7	3,4	27	2,4	47	1	67	1	87	4
8	2,5	28	2	48	2	68	2	88	5
9	2,5	29	3	49	2,4	69	5	89	5
10	3	30	4	50	2	70	3	90	1,3,5
11	1	31	3	51	5	71	2,5	91	1,4
12	3,4	32	2	52	1	72	4	92	1,4
13	3	33	2	53	1	73	1,3	93	3,5
14	2,4	34	2,5	54	4	74	4	94	5
15	2,5	35	3	55	2	75	3	95	3
16	1,3,5	36	2	56	3	76	4,5	96	5
17	4	37	2	57	1,5	77	2	97	1,5
18	1	38	4	58	2	78	3	98	1
19	2,5	39	4	59	5	79	1	99	2,4
20	4,5	40	2,4	60	3	80	1	100	4,5

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача №1

1. В настоящий момент для местной терапии необходимо назначить холодную примочку с борной кислотой, после стихания мокнутия - пасту, при появлении корок - крем, для удаления корок - мазь.

Задача №2

1. Зубы Гетчинсона, лабиринтная глухота – достоверные признаки позднего врожденного сифилиса.

Задача №3

1. Мази, содержащие глюкокортикостероиды, эмољенты, увлажняющие и смягчающие кремы и мази.

Задача №4

1. Мази смягчающие и увлажняющие. Применение взбалтываемой жидкости противопоказано при сухой коже, которая характерна для ихтиоза.

Задача №5

1. Симптом Никольского.
2. Анилиновые красители, спрей с глюкокортикостероидами и антибиотиками, слизистую полости рта полоскать противовоспалительными растворами: дубовой корой, фурациллином, ромашкой

Задача №6

1. Синдром Рейтера - уретроокулоиновиальный синдром.

Задача №7

1. Триада Ауспитца: феномен стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения.
2. Мазь, содержащую глюкокортикостероиды на гладкую кожу, лосьон, шампунь с глюкокортикостероидами на волосистую часть головы.

Задача №8

1. Симптомы акантолиза: Асбо-Ханзена и Никольского.
2. Для местной терапии анилиновые красители, эпителизирующие средства.

Задача №9

1. Симптом Горчакова-Арди на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов.
2. Втирание 20% эмульсии бензилбензоата - до 4 дней, (ребенку –10%), или однократная обработка “Спрегалем”, дезинфекция белья и одежды.

Задача №10.

1. Местно – цинковая паста, цинк-взбалтываемые смеси, эмульсии и кремы с глюкокортикостероидами.

Задача №11

1. «Ожерелье Венеры» – наличие депигментированных пятен (лейкодермы), на задней и боковых поверхностях шеи. Симптом Пинкуса - мелкоочаговое поредение ресниц, так называемые «ступенчатообразное» выпадение ресниц, имеющие разную длину из-за неравномерного отрастания. Характерно для вторичного рецидивного сифилиса.

Задача №12

1. Симптом Дени-Моргана.
2. Мази увлажняющие и ожиривающие кожу, топические глюкокортикостероиды.

Задача №13

1. Реакция обострения Яриша – Лукашевича - Герксгеймера.

Задача №14

1. Двустаканная проба Томпсона.

Задача № 15

1. Противозудные средства, топические кортикостероиды, взбалтываемая жидкость.

Задача № 16

- 1.Симптомы Бенье-Мещерского, «дамского каблучка»
- 2.Топические глюкокортикостероиды в виде крема и мази, не содержащие галогенов и фотозащитные кремы.

Задача № 17

1. Положительная проба Бальцера с йодом (за счет разрыхленного рогового слоя).
2. Получен симптом Бенье (скрытое шелушение).
3. Кератолитические средства (салицилово-резорциновый спирт, 20% раствор бензилбензоата, фунгицидные мази, кремы, спреи, шампуни: фунготербин, залаин, кетоплюс, низорал).

Задача № 18

1. Противозудные спирты, эмульсии, лосьоны, топические антигистаминные гели, глюкокортикостероиды в аэрозолях.

Задача № 19

1. Мыть голову ежедневно противогрибковым шампунем. Волосы сбривать 1 раз в 7 дней. Ежедневно смазывать очаги поражения 2% йодом и фунгицидными мазями.

Задача № 20

1. Проба Ядассона).
- 2.Анилиновые красители до образования корочек, затем накладываются кремы или мази с глюкокортикостероидами.