ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

имени профессора В.И.Прохоренкова

Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева

**ПРАКТИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И МЕТОДЫ В ОБСЛЕДОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗАМИ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

Учебное пособие

Красноярск

 2017

УДК 616.5+616.97] – 07(075.8)

ББК 55.8

 Я 47

**Яковлева, Т. А. Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путём** : учеб. пособие / Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2017. – 89 c.

**Авторы:** к.м.н., доцент, Т. А. Яковлева

 д.м.н., профессор, Ю. В. Карачева

Диагностика заболеваний, особенно распознавание клинической сущности дерматоза на ранних этапах патологического процесса, во многом определяет успех лечения. Постановка диагноза базируется на сопоставлении анамнестических, клинических и параклинических данных, а также существующих знаний о болезни. Важное диагностическое значение в дерматологии и венерологии имеет целый ряд специальных методов исследования (характерные для ряда дерматозов симптомы и феномены, молекулярно-биологические и серологические методы исследования), которые необходимы для осуществления дифференциальной диагностики и терапии дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем. Учебное пособие призвано повысить уровень подготовки студентов по дисциплине Дерматовенерология. Предлагаемые тестовые задания и ситуационные задачи позволят лучше усвоить теоретические знания, а также развить у студентов клиническое мышление в нестандартных ситуациях.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям 31.05.01 – Лечебное дело, 31.05.02 – Педиатрия, 31.05.03 – Стоматология.

**Рецензенты:**

Зав. кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д-р мед. наук, проф. Е. П. Тихонова

Зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д-р мед. наук, проф. Е. И. Харьков

Утверждено ЦКМС КрасГМУ (Протокол № от 2017 года)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2017

© Яковлева Т.А., Карачева Ю.В., 2017

**Оглавление**

**1.Введение.…………………………………………………………….……...**6

**2. Стандарты практических умений, методы обследования и диагностики больных дерматозами…………..………………….………….7**

 2.1. Анамнез дерматологического больного………………...………….……...7

 2.2. Осмотр дерматологического больного………………...……………….....10

 2.3. Определение первичных и вторичных морфологических элементов

сыпи на коже, губах и слизистой оболочке полости рта………………….......12

2.3.1.Первичные морфологические элементы сыпи…………………..……...12

2.3.2.Вторичные морфологические элементы сыпи…………………………..15

2.4. Особенности обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем………………………………...17

2.5. Медицинская документация дерматологического больного………….....19

2.5.1. Схема истории болезни…………………...................................................19

2.5.2. Локальный статус больного……………………………………………...22

2.5.3. Медицинская карта амбулаторного больного…………………………..22

2.6. Специальные методы исследования в дерматологии…………………….25

2.6.1. Пальпация кожи….………………………………………………………..25

2.6.2. Поскабливание (граттаж)………….…………………………….………..25

2.6.3 Диаскопия (витропрессия)………..……………………………..………...26

2.6.4 Определение тургора и эластичности кожи…..……………….…………26

2.6.5. Дермографизм……………………………………..…………….………...26

2.6.6. Исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности………………………………………………..…………….....27

2.6.7. Диагностическая триада при псориазе……………...…………..…….....27

2.6.8. Феномен Кебнера (изоморфная реакция)………………………..…........28

2.6.9. Выявление чесоточных ходов………………………...……………….....28

2.6.10. Обнаружение чесоточного клеща ………………...…...………............28

2.6.11. Симптом Никольского……………………………..………...……….....29

2.6.12. Исследование на акантолитические (Тцанка) клетки……….…...........30

 2.6.13. Люминесцентная диагностика……………….…………..…..…...........31

 - красной волчанки красной каймы губ……………………..……………....31

 - микроспории…………………………………………….……..………….....31

 - отрубевидного лишая………………………………………..…...………....31

2.6.14. Сетка Уикхема……………………………………………….….….........32

2.6.15. Проба Бальзера……………………………………………….…….........32

2.6.16. Симптом проваливания зонда……………………………….…..……...32

2.6.17. Симптом яблочного желе……………………………………..…….…..33

2.6.18. Микроскопическое исследование при микозах……………..…….…...33 2.6.19. Культуральная диагностика микозов…………………………..……....35

**3. Стандарты практических умений, методы обследования и диагностики больных инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП).………..………………………………………………………………...36**

3.1.Особенности анамнеза больных ИППП………………………….………..36

3.2. Показания к обследованию на ИППП……………………………………..36

3.3. Клинический материал для лабораторных исследований………………..37

3.4. Правила получения клинического материала для лабораторных

исследований………………………………………………………......................38

3.5. Осмотр половых органов у женщин…………………………..…………...39

3.6. Осмотр половых органов у мужчин…………………………..…………...40

3.7. Осмотр аногенитальной области…………………………………………..41

3.8. Пальпация мочеиспускательного канала……………….…..…………….41

3.9. Взятие мазка из мочеиспускательного канала……………………….........41

3.10. Окраска гонококков по Граму ……………………..……...……………...42

3.11. Пальпация твердого шанкра……………………………………………...42

3.12. Микроскопическое исследование бледной трепонемы

в темном поле зрения………………………………………………...………….43

3.13. Пункция лимфатического узла…………………………………………....44

3.14. Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови ……………………………………………………………..….44

82 3.14. 1. Общая характеристика нетрепонемных тестов...............................45

3.14.2. Общая характеристика трепонемных тестов……………………….....46

 **4. Общая терапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых**

 **половым путем. Прописи рецептов……………………………………....49**

 **5. Наружная терапия кожных болезней. Общие принципы.**

 **Прописи рецептов……………………………………………………..........55**

5.1. Растворы………………………………………………………………..........56

5.2. Присыпки………………………………………………………….…….......57

5.3. Водно-взбалтываемые взвеси…………………………………………........58

5.4. Мази………………………………………………………………………….60

5.5. Пасты…………………………………………………………………….......67

5.6. Линименты. Кремы……………………………………………………........68

5.7. Аэрозоли………………………………………………………………..........69

**6. Тестовые задания для контроля знаний……………………….……71**

6.1.Эталоны ответов к тестовым заданиям…………………………..…...75

**7.Ситуационные задачи…………………………………………..…........76**

7.1.Эталоны ответов к ситуационным задачам……………....................81

 **8. Рекомендуемая литература…………………………………………...89**

 **1. Введение**

Диагностика кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем основывается на комплексной оценке анамнестических данных, особенностей морфологических изменений на коже и слизистых оболочках, учёте общего состояния больного и его субъективных жалоб.

Исключительно важное значение в диагностике и дифференциальной диагностике кожных заболеваний имеют анамнестические данные: сведения о сроках развития заболевания, особенностях его течения, сезонности, склонности к рецидивам, пребывании больных в эндемических очагах, а также установление факта профессионального характера заболевания, выяснение связи заболевания с приемом больными лекарственных препаратов или пищевых продуктов.

Важное значение принадлежит особенностям морфологических элементов сыпи, их взаимоотношению, распространенности, локализации, окраске, консистенции, способности к обратному развитию.

Для более объективной оценки морфологических элементов сыпи, имеющей важное диагностическое значение в дерматологии, применяется целый ряд специальных методов исследования (метод диаскопии, поскабливания, смазывания поверхности элементов сыпи вазелиновым маслом и др.).

При осмотре больного немаловажное значение принадлежит особенностям общих свойств кожи: окраске, эластичности, сухости.

Вспомогательные дополнительные диагностические данные можно получить изучая характер дермографизма, мышечно — волоскового рефлекса.

Диагностическое значение имеют исследования, позволяющие выявить этиологические факторы в развитии тех или иных дерматозов. К ним относятся прежде всего бактериоскопические исследования патологического материала из очага поражения (чешуйки, обломки волос, содержимое пузырей, пустул, отделяемое эрозий и язв). Подобные исследования нередко являются решающими в диагностике сифилиса, пиодермий, грибковых заболеваний.

Весьма ценным является метод цитологического исследования мазков – отпечатков со дна эрозий, язв или свежих пузырей после удаления покрышек.

Чем тщательнее собрана, обработана и глубже проанализирована полученная информация, тем выше вероятность установления правильного диагноза.

**2. Стандарты практических умений, методы**

**обследования и диагностики больных дерматозами**

**2.1. Анамнез дерматологического больного**

 Умело собранный анамнез помогает не только правильно поставить диагноз, но иногда и установить этиологию и патогенез данного заболевания.

 Вначале выясняют жалобы больного. Прежде всего, это могут быть различные субъективные ощущения, сопровождающие высыпания: зуд, жжение, боль, онемение, повышенная или пониженная чувствительность, анестезия. Анализируют интенсивность зуда, который бывает сильным при атопическом дерматите, почесухе, крапивнице, чесотке, красном плоском лишае, менее сильным – при псориазе, пиодермиях, розовых угрях. Жжение больные отмечают при герпетиформном дерматозе Дюринга, пузырьковом лишае, пустулезном псориазе; боль – при глубоких пиодермиях, трофических язвах; анестезию – при лепре, сирингомиелии. Не менее важны анамнестические сведения oб общих нарушениях: потеря аппетита, бессонница, снижение трудоспособности, раздражительность. Целиком полагаться на сведения о субъек­тивных ощущениях, сообщаемых больными, нельзя. Оценка и интерпретация их зависят от психики больного, степени его восприимчивости, мнительности. Высыпания на коже всегда ассоциируются у больного с неизбеж­ным зудом, которого на самом деле может не быть.

 Выясняют признаки нарушения функционального состояния других органов и систем, которые могут быть причиной возникновения дерма­тоза или его обострений (аллергические дерматозы, зуд кожи, порфирия).

 Необходимо более детально выяс­нять характер проявления болезни: ритмичность приступов зуда, боли, жжения, времени суток, продолжительности, связи с факторами окружающей среды, длительности болезни, сезонности, места возник­новения и обострений. Так, например, узловатая эритема, многоформная экссудативная эритема возникают чаще весной и осенью, а атопический дерматит, псориаз, вульгарные угри - в зимнее время; красная волчанка, розовые угри, порфирии — летом.

 Одни заболевания (фиксированная эритема, простой пузырьковый лишай) склонны к рецидивированию, другие (опоясывающий ли­шай, инфильтративно-нагноительная трихофития) — рецидивируют очень редко. Сведения об этих заболеваниях имеют значение при постановке диагноза. Выясняют возраст больного к началу заболевания, что также помогает диагностике, например, туберкулезные заболевания кожи на­чинаются в детстве, красная волчанка — у взрослых.

 В ряде случаев играет роль постоянное или временное проживание больного в той или иной географической местности (лепра, болезнь Боровского, флеботодермия).

 Если больного ранее обследовали и лечили, то полезно ознакомиться с результатами обследования, подробной выпиской из амбулаторной кар­ты или истории болезни. При неполном сборе анамнеза диагностика заболевания может быть значительно затруднена.

 Важно выяснить характер работы, химические, физические и бак­териальные вредности, с которыми контактирует больной, особенно при диагностике профессиональных заболеваний кожи: дерматита, экземы, ознобления, туберкулеза, эризипелоида, отдельных форм дерматомикозов.

 Некоторые болезни поражают людей определенного пола. Так, на­пример, стафилококковый сикоз, ринофима, узелковый хондродерматит, ромбическая кожа шеи — почти всегда встречаются у мужчин; розовые угри, хроническая трихофития взрослых, болезнь Фокса-Фордайса — у женщин.

 Иногда больной может высказать свое мнение о причине заболевания, хотя к этим сведениям нужно относиться крити­чески.

 Для распознавания заболевания имеет значение анамнез жизни: условия, в которых рос и развивался больной, характер его работы в настоящее время (профессиональные вредности), условия быта, питания, увлечения (фотографирование, садоводство, разведение рыб и др.), пе­ренесенные ранее заболевания родственников, наличие или отсутствие вредных привычек (алкоголь, курение и др.). Выясняют сопутствующие заболевания, которые могут быть причиной возникновения дерма­тоза или его обострений.

 Сбор анамнеза больного венерическим заболеванием имеет свои особенности. Прежде всего, это умение установить с больным психоло­гический контакт, необходимый для выяснения источника заболевания, половых и бытовых контактов. Эти больные нередко дают о себе неверные сведения, причиной чего могут быть недостаточное знание вопросов санитарии и гигиены, боязнь создать конфликтную ситуацию в семье и на работе, стыдливость, умышленное желание скрыть источник заболевания и кон­такты из-за непонимания степени вреда, приносимого этим, незнания и боязнь ответственности по статье Уголовного кодекса.

Особенно трудно собрать анамнез у детей, которые не всегда умеют дифференцировать свои ощущения, не помнят начала и дальнейшего течения заболевания, а тем более проводившегося лечения. В этих слу­чаях опрашивают родителей, лиц, ухаживающих за ребенком.

**Особенности анамнеза заболевания и жизни больного ребенка.**

 а) От какой по счету беременности родился ребенок; как протекала беременность, течение родов. Характеристика ребенка при рождении.

 б) Течение периода новорожденности. Вскармливание ребенка. Особенности психомоторного развития ребенка.

 в) Перенесенные ребенком заболевания.

 г) Уход за ребенком и бытовые условия (рациональное соблюдение гигиенических правил).

 д) Семейный анамнез (наличие аллергических заболеваний, наследственные болезни, инфекционные и паразитарные болезни).

 е) При подозрении на венерическое заболевание у ребенка выяснить наличие у матери поздних выкидышей, мертвых плодов, перенесенные матерью в прошлом венерические болезни. Возможность сексуального насилия над ребенком.

**2.2. Осмотр дерматологического больного**

 Осмотр является первым и, несомненно, важным методом обследования больного с заболеванием кожи. Осмотр лучше проводить при рассеянном дневном либо достаточно ярком электрическом свете. Температура в комнате (кабинете) должна быть 22° —23°С, так как низкая температура вызы­вает спазм сосудов (кожа бледнеет), а более высокая — их расшире­ние (наступает гиперемия), что искажает истинный цвет кожи.

Иногда при осмотре кожи возникает необходимость пользоваться лупой, лучше с увеличением в 3—5 раз. Удобна бинокуляр­ная лупа, которую надевают на лоб. При этом руки остаются свобод­ными, что позволяет сочетать осмотр с пальпацией и поскабливанием кожи. При рассматривании кожи с помощью лупы лучше различаются ха­рактер чешуек, корок, петехиальная и розеолезная сыпь. Студентам следует учиться осматривать кожу невооруженным глазом.

 Уделяют внимание окраске кожи, которая в норме может быть бледной, розовой, смуглой. У здоровых людей она матовая, не имеет жирного блеска, отсутствуют зияющие протоки сальных желез. При некоторых заболеваниях кожа меняет свою окраску. Она может быть синюшной при застойных явлениях; сине-бурой — при акродерматите, коричневой - в начальной стадии грибовидного микоза; желтой - при желтухе; серовато-черной — при ихтиозе, меланодермии, бронзовой — при аддисоновой болезни.

 При дерматозах, сопровождающихся нарушением функции веге­тативной нервной системы, кожа бывает влажной; при почесухе Бенье, ихтиозе - сухой.

Желательно осматривать всю кожу, обращая внимание на лицо больного, которое может выражать различные эмоции и состояния (раз­драженность, страдание, усталость, безразличие), что свойственно боль­ным с некоторыми дерматозами.

 Во время осмотра кожи определяют имеющиеся на ней морфоло­гические элементы — первичные (пятна, папулы, бугорки, узлы, волдыри, пузырь­ки, пузыри, пустулы) и вторичные (пигментация, чешуйки, корки, эро­зии, язвы, трещины, рубцы). При осмотре можно получить ясное представление о локализации и цвете элемента, но для более полной его характеристики необходимо применить пальпацию и поскабливание. Так, например, зрительно невозможно определить истинные размеры бугорка, а особенно узла, так как на поверхности кожи может контурироваться лишь верхний отдел элемента. Без поскабливания трудно составить представление о чешуйках, степени их прикрепления к элементам, характере шелушения.

 При осмотре определяют мономорфизм (псориаз, красный плоский лишай, крапивница) или полиморфизм (экзема, герпетиформный дерматоз Дюринга, дерматит) сыпи. Следует дифференцировать истинный полиморфизм, при кото­ром наблюдается одновременно несколько первичных элементов (герпетиформный дерматоз Дюринга), и ложный, когда имеется один первичный элемент, а остальные, вторичные, являются следствием его эволюции.

 Обращают внимание на расположение сыпи, так как в ряде случа­ев тому или иному дерматозу свойственна излюбленная локализация: красной волчанке — лицо; псориазу — задние поверхности локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы; простому гер­песу — красная кайма губ, половые органы.

Для осмотра слизистой оболочки полости рта следует применять яркий, направленный электрический свет и использовать деревянный шпатель, которым хорошо удается осушить от слюны осматриваемые участки. При осмотре красной каймы губ обращают внимание на ее окраску, сухость, наличие чешуек, трещин, эрозий, корок.

Осматривают волосы, ногти. Оценивают состояние волосяного покрова головы, подмышечных впадин, наружных половых органов, щетинистые волосы бровей и ресниц, пушковые волосы на коже туловища и конечностей, их цвет, длину, ломкость, блеск. На кистях и стопах определяют цвет, блеск, поверхность ногтевой пластинки, сохранность её формы и толщину, состояние свободного края.

**2.3. Определение первичных и вторичных морфологических элементов**

**сыпи на коже, губах и слизистой оболочке полости рта**

**2.3.1. Первичные морфологические элементы сыпи.**

 Полостные - пузырь, пузырек, пустула. Бесполостные – пятно, узелок, узел, волдырь, бугорок.

 **Пятно (macula)** - ограниченное изменение цвета кожи. Различают пятна сосудистые и несосудистые. Сосудистые: воспалительные и невоспалительные. Воспалительные пятна образуются вследствие расширения кровеносных сосудов. При надавливании пальцем или предметным стеклом они исчезают. Розеола – сосудистое воспалительное пятно размером до 2 рублевой монеты. Наблюдается во вторичном периоде сифилиса. Эритема – сосудистое воспалительное пятно размером более 2-рублевой монеты.

 Невоспалительные сосудистые пятна – гемморрагические пятна и телеангиэктазии. Гемморрагические пятна возникают вследствие разрыва кровеносных сосудов или в результате повышения проницаемости сосудистой стенки. По величине и форме их принято разделять на петехии (точечное кровоизлияние), пурпуру (кровоизлияние величиной до 1-2 см.), экхимозы (более 2 см.), линейное кровоизлияние (vibicis), кровоподтеки (sugillаtio). При надавливании на них цвет пятен не изменяется. Телеангиэктазии – стойкое расширение сосудов.

 К несосудистым пятнам относятся пигментные пятна. Они образуются в результате изменения содержания меланина в коже. Различают гиперпигментированные и депигментированные пятна. Они могут быть врожденным и приобретенными. Примером могут служить веснушки, хлоазмы, невусы пигментные, витилиго, татуировка. Пигментация, вызываемая свинцом, висмутом и ртутью на слизистой полости рта преимущественно располагается в виде каймы по десневому краю; пятна при отложении в десны серебра обычно неправильной формы, более диффузны. Кроме десен, пигментные образования встречаются в углах рта.

 **Волдырь (urtica)** – острый ограниченный отек собственно кожи. В типичных случаях волдыри имеют бледную фарфорово-белую окраску, сопровождаются зудом. Волдыри как правило, появляются внезапно и исчезают бесследно за короткое время. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.

 **Узелок или папула (papula)** - образование, возвышающееся над кожей, величиной от просяного зерна до 5-рублевой монеты, образующееся вследствие отложения клеточного инфильтрата (КПЛ, псориаз), новообразования эпителия (бородавки), отложения инородных частиц, патологических продуктов обмена (холестерина, амилоида, слизи, кальция и др.). Принято различать папулы эпидермальные (бородавки), дермальные (папулы при сифилисе, многоформной экссудативной эритеме, при лекарственных сыпях), эпидермо-дермальные (экзема, красный плоский лишай, псориаз).

 Папулы по величине бывают милиарные (с просяное зерно), лентикулярные (с горошину), нумулярные (величиной с монету). Папулы, величиной более 5 рублевой монеты, называются бляшками. На слизистой папулы почти не возвышаются и размер их не более чечевицы. Цвет от розовато-­красного до ливидного, черного. Папулы могут иметь различную форму и очертания (красный плоский лишай - полигональной формы, псориаз – округлой, овальной формы), поверхность может быть гладкой или покрытой чешуйками (бородавчатый красный плоский лишай, болезнь Дарье).

 **Узел (nodus)** - образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака, образующееся вследствие отложения в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатки или в подслизистом слое слизистой клеточного инфильтрата (сифилитические и туберкулезные гуммы, лепромы), вследствие опухолевого разрастания (доброкачественные и злокачественные новообразования: фиброма, миома, саркома,), отложения холестерина, кальция. Узлы могут быть мягкой консистенции (скрофулодерма) или плотноэластической (сифилитические гуммы, лепромы), иметь четкие границы (при сифилисе, туберкулезе) и быть нечеткоочерченными (узловатая эритема, панникулит). Разрешаются путем изъязвления, оставляя рубец. Реже - могут рассасываться, оставляя рубцовую атрофию.

 **Бугорок (tubeгculum)** - образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулёму. Как правило, бугорки изъязвляются с последующим рубцеванием, реже ­рассасываются и оставляют рубцовую атрофию. На слизистой оболочке рта бугорки довольно быстро изъявляются. Цвет бугорков от розовато-жёлтого до цианотического. По консистенции бугорки бывают плотные или тестоватые.

 **Пузырек (vesicula)** - полостное образование. В зависимости от глубины залегания пузырька и толщины рогового слоя пузырек может возвышаться над уровнем кожи, а может находиться на одном уровне. После вскрытия пузырька образуется эрозия.

 **Пузырь (bulla)** - ограниченное полостное образование, выступающее над уровнем кожи, имеющее резкие границы, округлые или овальные очертания. Обычно пузыри однокамерные (после прокола быстро спадаются), реже при слиянии нескольких' пузырьков или пузырей возникают многокамерные пузыри. Содержимое их может быть серозным, серозно-­геморрагическим, гнойным. Покрышка может быть напряженной или дряблой. Располагаться они могут на неизмененной и эритематозной коже. Пузыри ссыхаются в корки или вскрываются, образуя эрозии.

 **Пустула или гнойничок (pustula)** - полостное образование, заполненное гнойным содержимым. По форме бывают шаровидные, конусообразные, плоские. По глубине расположения пустулы делятся на поверхностные (в эпидермисе) и глубокие (в дерме). Фолликулиты-пустулы расположены вокруг волосяного фолликула. Импетиго-поверхностные пустулы. Глубокие пустулы – эктимы. Глубокие пустулы после себя оставляют рубец.

**2.3.2. Вторичные морфологические элементы сыпи**

 Развиваются в результате эволюции первичных элементов сыпи (спонтанно или под влиянием лечения).

 **Дисхромии кожи (dischгomia cutis)** или вторичное пятно. Это нарушения пигментации, возникающие на месте разрешившихся первичных морфологических элементов (узелков, пузырьков, пустул). Различают вторичные гиперпигментации, де- и гипопигментации.

 **Чешуйка (squama)** - роговые пластинки, потерявшие связь с нижележащими слоями эпидермиса. Различают патологическое и физиологическое шелушение. B зависимости от размера чешуек шелушение бывает муковидное, отрубевидное, пластинчатое (мелкопластинчатое, крупнопластинчатое).

 **Корка (cгusta)** - ссохшийся экссудат. Различают корки серозные, геморрагические, гнойные и цветные (от примесей лекарственных средств). Корки могут быть тонкими, толстыми, слоистыми, рыхлыми, плотными.

 **Трещина (fissuгa)** - линейный или продольный дефект кожи, возникший вследствие потери кожей эластичности. Чаще всего трещины возникают в углах рта, в области ануса, в области стоп. Глубокие - оставляют рубец, сопровождаются болезненностью. Поверхностные трещины заживают бесследно.

 **Ссадина или экскориация (ехсоriаtiо)** - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Как правило, ссадины возникают вследствие расчесов. Могут быть поверхностными и глубокими. Характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой полости рта в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

 **Эрозия (erosio)** - поверхностный дефект эпидермиса. Заживает без следа. Образуется при вскрытии пузырей, пустул; на поверхности папул вследствие трения и давления (сифилитические эрозивные папулы). Твердый шанкр может быть представлен эрозией. При длительном существовании эрозии на слизистой оболочке рта ее трудно отличить от язвы.

 **Язва (ulcus)** - глубокий дефект кожи. Образуются язвы при вскрытии глубоких пустул, фурункула, карбункула, при распаде узлов и бугорков. Язва оставляет рубец. Дно язвы может быть ровное, гладкое или неровное. Афты - своеобразный вариант эрозии (афтозный стоматит) или язвы (рубцующиеся афты).

 **Рубец (cicatrix)** - соединительнотканное образование, заполняющее дефект кожи.В рубце отсутствуют придатки кожи (волосяные фолликулы, сальные, потовые железы, а также сосуды и эластические волокна). Рубцы развиваются на месте ожогов, изъязвлений, глубоких пустул, бугорков, узлов и глубоких трещин.

 **Вегетации (vegetationes)** – разрастания сосочкового слоя кожи. Развиваются на поверхности папул, эрозий. Поверхность их может быть покрыта роговым слоем (бородавки); может быть эрозирована (при вегетирующей пузырчатке), тогда вегетации мягкие, сочные, легко кровоточащие, покрыты серозным или серозно–гнойным отделяемым.

 **Лихенификация (lichenificatio)** – ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреневую кожу. Характерна для атопического дерматита.

**2.4. Особенности обследования и диагностики больных дерматозами**

 **и инфекциями, передаваемыми половым путем**

Установление правильного диагноза болезни в большинстве случа­ев— залог успешности лечения больного. Диагностика — сложный про­цесс, включающий в себя синтез и анализ всех полученных от больного сведений с применением дифференциации со сходными заболеваниями. Трудность диагностики обусловлена многочисленностью дерматозов. Многие дерматозы имеют значительное число клинических вариантов. Дерматозы проявляются на коже высыпаниями, а это требует хорошей общей и зрительной памяти, умения распознавать часто встречающиеся высыпания, точно различать многочисленные цветовые оттенки, учитывать излюбленную локализацию высыпаний. Почти все инфекционные за­болевания (брюшной и сыпной тиф, скарлатина, корь, краснуха, ветря­ная оспа, сибирская язва и др.) сопровождаются кожными симптомами, которые появляются достаточно рано и нередко помогают пра­вильно поставить диагноз.

В большинстве случаев заболевания кожи — это проявления на ее поверхности различных, подчас тяжелых, висцеральных нарушений, ко­торые являются одним из признаков, свойственных данному общему заболеванию. В развитии красной волчанки, микробной экземы, атопического дерматита и многих других дерматозов играют важную роль хроническая очаговая инфекция, нарушение обмена веществ, нервно-психические и эндокринные расстройства. Женщины с некоторыми дерматозами (розовые угри, периоральный дерматит). должны обследоваться у гинеколога для выявления и лечения хронических воспалительных процессов половых органов.

У некоторых больных с нарушением функции поджелудочной железы возникают пиодермии, зуд кожи и другие дерматозы. Наиболее часто у больных детей, стра­дающих экземой, строфулюсом, почесухой и атопическом дерматитом, наруша­ется соотношение белковых фракций сыворотки крови, повышается уровень остаточного азота в крови, чем объясняют сенсибилизацию ко­жи продуктами расщепления белков. Поэтому необ­ходимо исследовать белковый обмен и функции печени, главным об­разом, углеводную, белковообразующую и дезинтоксикационную. Имеются данные о нарушении жирового обмена (недостаточность жирных кислот в крови, снижение уровня общего холестерина и др.). В период полового созревания некоторые дерматозы возникают или, наоборот, исчезают. У больных аллергиче­скими зудящими дерматозами нередко понижено содержание 17-оксикетостероидов в моче. А такие тяжелые заболевания, как коллагенозы, пузырчатка, несомненно связаны с нарушением деятельности гипофиза, надпочечников, щитовидной железы.

Все боль­ные сифилисом должны быть тщательно обследованы как в начале лечения, так и в конце его, а также при снятии с учета. Им необходимы консультации невропатолога, терапевта, офтальмолога, рент­генологические и лабораторные исследования, что определено специаль­ными инструкциями. Длительное хроническое заболевание кожи приводит к тому, что больной становится раздражительным, часто эгоистич­ным. У него нарушается сон, поэтому он должен быть обследован у невропатолога, а при необходимо­сти и у психоневролога.

**2.5. Медицинская документация дерматологического больного**

**2.5.1. Схема истории болезни**

 1. Паспортные данные

1) Ф.И.О.

2) Возраст

3) Пол

4) Национальность

5) Семейное положение

6) Образование

7) Место работы

8) Детальная профессия

9) Место жительства

10) Дата поступления в клинику

11) Кем направлен

12) Диагноз при направлении

13) Клинический диагноз: основного и сопутствующего заболевания, осложнения

14) Дата выписки (окончания курации)

15) Исход заболеваня

2.Жалобы при поступлении

3. Анамнез заболевания

1) Время возникновения поражения кожи

2) Продромальные явления

3) Первичная локализация

4) Характер сыпи

5) Развитие и распространение болезни, дальнейшее ее течение

6) Предполагаемые больным причины (бытовые, производственные, нервно-психические и др.)

7) Наличие подобных заболеваний у родственников

8) Методы и результаты предшествующего лечения

4. Анамнез жизни

1) Где родился

2) Рост и развитие

3) Начало трудовой деятельности

4) Половая и семейная жизнь

5) Условия труда и быта

6) Вредные привычки

7) Перенесенные заболевания, травмы (включая психотравмы)

8) Наследственность

9) Аллергологический анамнез

5. Особенности анамнеза жизни у детей.

 - От какой по счету беременности родился ребенок; как протекала беременность, течение родов. Характеристика ребенка при рождении.

 - Течение периода новорожденности. Вскармливание ребенка. Особенности психомоторного развития ребенка.

 - Перенесенные ребенком заболевания.

 - Уход за ребенком и бытовые условия (рациональное соблюдение гигиенических правил).

 - Семейный анамнез (наличие аллергических заболеваний, наследственные болезни, инфекционные и паразитарные болезни).

 - При подозрении на венерическое заболевание у ребенка выяснить наличие у матери поздних выкидышей, мертвых плодов, перенесенные матерью в прошлом венерические болезни. Возможность сексуального насилия над ребенком.

6. Настоящее состояние.

1) Рост

2) Вес

3) Телосложение

4) Конституция

5) Данные обследования органов и систем (дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеполовая сфера, костно-суставная система, нервно-эндокринная система и органы чувств).

7. Состояние кожного покрова.

 А. Характеристика непораженной кожи:

1) Цвет

2) Влажность

3) Тургор

4) Характеристика сало- и потоотделения

5) Развитие подкожно-жировой клетчатки

6) Состояние волос, ногтей и слизистых

7) Лимфоузлы

8) Дермографизм

9) Пиломоторный рефлекс

 Б. Состояние пораженной кожи (локальный статус)

1) Характер поражения

2) Локализация

3) Симметричность

4) Цвет

5) Границы

6) Консистенция

7) Морфология сыпи и ее особенности (величина, форма, кол-во и т.д.)

8) Лабораторные и инструментальные методы исследования

9) Диагноз и его обоснование

10) Дифференциальный диагноз

11) Этиология и патогенез

12) Лечение

13) Дневник курации

14)Прогноз для жизни, излечения и трудоспособности

15)Эпикриз (официальная часть (Ф.И.О.), дата поступления и выписки или окончания курации; диагноз направившего учреждения; обоснование клинического диагноза; лечение, его результаты, переносимость; рекомендации).

**2.5.2. Локальный статус больного**

 Диагноз: Красный плоский лишай ( синдром Гриншпана)

 **Status localis:**

 Процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже живота, плеч, предплечий, полости рта, с преимущественной локализацией на коже сгибательной поверхности предплечий. Высыпания представлены папулами полигональной формы, розово-красного цвета с ливидным оттенком. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. На слизистой щек множественные эрозии неправильной формы, ярко-красного цвета. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета милиарные папулы. Ногти на кистях имеют выраженную продольную исчерченность и очаговое помутнение.

**2.5.3 Медицинская карта амбулаторного больного**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ Код формы по ОКУД

 ККККВД Код учреждения по ОКУД

 Медицинская документация

 Форма №025у

 Утверждено МЗ СССР от

 04.10.80 г. № 1030

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНАЯ БОЛЬНОГО №326**

Фамилия, Имя, Отчество: Иванова Мария Ивановна

Дата рождения:10.01.1970 (47 лет) Телефон домашний: 2464275

Пол: Ж

Адрес больного:

область, край Красноярский

населенный пункт: г. Красноярск

улица: Щорса

дом № 45Б кв. № 86

Дата обращения в поликлинику: 16 января 2017 г.

Диагноз: Красный плоский лишай (синдром Гриншпана)

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата взятия на учет** | **По поводу** | **Дата снятия** **с учета** | **Причина снятия** |  | **Дата** | **Новый адрес****(новое место работы)** |
| 16.01.17 | Красный плоский лишай (синдром Гриншпана) |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** **(число,** **месяц, год)** **обращения** | **Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов** |
| **Заключительные (уточненные) диагнозы** | **Впервые установленные диагнозы (отметить +)** | **Подпись врача (фамилию писать разборчиво)** |
| 16.01.17 | Красный плоский лишай (синдром Гриншпана) | + | Семенова Т.А. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** **посещения** | **Амбулаторно,****на дому** **(вписать)** | **Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов** | **Назначения** **и отметка** **о выдаче листка** **нетрудоспособности** |
| 16.01.17 | амбулаторно | Жалобы на высыпания на туловище, конечностях, сопровождающиеся периодическим интенсивным зудом, болезненность в полости рта при приеме пищи.Считает себя больной около 2-х месяцев, когда появились высыпания на коже туловища, конечностей, сопровождающиеся зудом. Стала беспокоить болезненность при глотании и приеме пищи. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Отмечает, что около полугода беспокоят сухость во рту, жажда, немотивированное увеличение массы тела. Сопутствующие заболевания - хронический панкреатит, гипертоническая болезнь.ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий, кистей, располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На слизистой полости рта имеются единичные эрозии неправильных очертаний. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета милиарные папулы. Ногти на кистях имеют выраженную продольную исчерченность и очаговое помутнение. **Диагноз**: Красный плоский лишай(синдром Гриншпана).**Сопутствующий диагноз**: Гипертоническая болезнь.  | 1. Направлена на стационарное лечение в отделение КККВД2. Консультация эндокринолога |

**2.6.Специальные методы исследования в дерматологии**

**2.6.1.Пальпация кожи**

Пальпаторно определяют эластичность и тонус кожи. В норме эластичность и тонус кожи на разных участках общего покрова у одного и того же человека не одинаковы. Учитывают также возрастные изменения кожи: снижение тургора и эластичности у пожилых и старых людей, значимость пальпации при гиперэластичсской коже. Пальпаторно можно определить повышение или понижение температуры кожи (рожистое воспаление, глубокая стафилодермия, эритродермия, болезнь Рейно, склеродермия), расположение элементов сыпи (эпидермис, дерма, подкожная клетчатка), их размеры, форму, консистенцию, спаянность с окружающими тканями, болезненность.

При отеке определяют его интенсивность, некоторые особенности (атипичная форма твердого шанкра — индуративный отек), наличие флюктуации (абсцесс, гидраденит), отсутствие болезненности. Ощущение проваливания пальца бывает при атрофии кожи, «терки» — при некоторых фолликулярных кератозах, феномен «кнопки звонка» — при болезни Реклингхаузена.

 В случае подозрения на сифилис пальпацию твердого шанкра нужно проводить в перчатках, либо через 2 — 3 слоя марли.

**2.6.2. Поскабливание (граттаж)**

Проводят предметным стеклом или тупым скальпелем. С помощью этого метода можно обнаружить шелушение кожи, определить его характер (муковидное, отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое), плотность прикрепления чешуек к поверхности кожи. С помощью поскабливания определяется спаянность чешуек и корок с элементами нижележащей кожной сыпи, степени сухости или влажности корок, характер поверхности кожи под ними. Иногда при поскабливании отмечается болезненность (симптом Бенье - Мещерского при дискоидной красной волчанке). Метод применяется при псориазе, разноцветном (отрубевидном) лишае, парапсориазе и других дерматозах.

**2.6.3 Диаскопия (витропрессия)**

Надавливание на пораженный участок кожи предметным стеклом либо специальным прибором – диаскопом, представляющим собой прозрачную пластмассовую пластинку. С помощью этого метода можно определить характер элемента (сосудистый, пигментный и др.). Если эритема вызвана расширением сосудов, при диаскопии она исчезает и появляется нормальная окраска кожи. При геморрагии и пигментации окраска не меняется. Этот метод помогает при диагностике туберкулезной волчанки, розеолезной сыпи, кольцевидной телеангиэктатической пурпуры Майокки и других разновидностей пурпуры.

**2.6.4. Определение тургора и эластичности кожи**

Производится ощупыванием (пальцами берут кожу в складку), а также путем поглаживания кожи и надавливания на нее. О тургоре и эластичности кожи можно судить по времени расправления складки на тыле кисти. При хорошем тургоре она расправляется моментально, при пониженном и у стариков —держится до нескольких минут.

Снижение тургора и эластичности кожи наблюдается при различных атрофических процессах, прогерии, повышение эластичности — при гиперэластической коже.

**2.6.5. Дермографизм**

Метод, позволяющий определить состояние вегетативной нервной системы, и в частности, рефлекторные реакции сосудистой стенки в ответ на раздражение кожи.Тупым концом палочки или ребром шпателя проводят по коже полосу. Через 10 - 20 сек, строго повторяя движения шпателя, появляется белая или красная полоса. При белом дермографизме, характерном, например, для атопического дерматита, почесухи, полоса исчезает через 2 — 8 мин. Красный дермографизм (экзема) появляется несколько раньше и держится значительно дольше, иногда до 1 часа и более. Реже наблюдаются возвышенный или уртикарный дермографизм, особенно типичный для крапивницы, и рефлекторный, при котором гиперемия появляется в виде полосы шириной до 3 см. Некоторые авторы различают также смешанный дермографизм.

Лучше пользоваться приборами дермографами с постоянным давлением.

**2.6.6. Исследование тактильной, болевой и**

**температурной чувствительности**

При прикосновении разрыхленным комочком ваты к определенному участку кожи больной отвечает: «Чувствую» или «Не чувствую». При этом он не должен видеть руки врача.

Болевую чувствительность проверяют легким покалыванием кожи инъекционной иглой, чередуя с прикосновением к коже тупого предмета, например, спички. Больной отвечает: «Колете», «Не колете».

Для исследования температурной чувствительности пользуются двумя пробирками, в одной из них находится теплая (40 — 50°С) вода, в другой —холодная (12 — 15° С). В момент проведения пробы больной должен закрыть глаза. Больной отвечает: «Теплая», «Холодная».

Наиболее низкая температура кожи отмечена на кистях, предплечьях и стопах, наиболее высокая — на коже груди, подчревной области и шеи. У больных экземой, строфулюсом, почесухой температура кожи несколько снижена. Изменение температуры кожи и асимметрия температур наблюдаются также при атрофии кожи, склеродермии и других дерматозах, сопровождающихся патологией вегетативной регуляции.

Особую ценность представляет изучение чувствительности при лепре, сирингомиелии, болезни Реклингхаузена.

**2.6.7. Диагностическая триада при псориазе**

При поскабливании псориатических элементов (папулы, бляшки) шелушение увеличивается и чешуйки принимают белую окраску, напоминая каплю растертого стеарина (феномен «стеаринового пятна»). При дальнейшем поскабливании до зернистого слоя эпидермиса чешуйки снимаются и обнажается розовая влажная пленка (феномен «терминальной», или «псориатической пленки»). При продолжении поскабливания (до сосочкового слоя дермы) на поверхности пленки появляются мельчайшие капельки крови. Феномен «точечного кровотечения», или «кровяной росы».

**2.6.8. Феномен Кебнера (изоморфная реакция)**

Феномен свойствен ряду заболеваний, особенно псориазу и красному плоскому лишаю в стадии прогрессирования. На месте нанесения на кожу каких-либо порезов, царапин, ожогов появляются папулы, характерные для данного дерматоза.

При третичном сифилисе в области травмы часто возникают сифилитические гуммы, что также можно отнести к проявлениям изоморфной реакции.

Для получения феномена Кебнера с диагностической целью рекомендуется облучать небольшой участок кожи (2 х 2 см) гиперэритемной дозой кварца. Через 1 — 2 сут на данном участке появляются типичные высыпания.

**2.6.9. Выявление чесоточных ходов**

Для выявления чесоточных ходов используют простой, доступный каждому врачу метод: пораженный участок кожи смазывают 3 — 5 % раствором йода спиртовым, или анилиновым красителем (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, фуксин и др.), а при отсутствии указанных веществ — обычными чернилами, тушью.

Краска заходит в линейную щель, оставляемую самкой клеща во время своего продвижения, и четко контурирует ее в виде окрашенной линии длиной 3 - 5 мм. Иногда линия (ход) бывает прерывистой (пунктирной), что зависит от засорения канала яйцами или экскрементами клеща.

**2.6.10. Обнаружение чесоточного клеща**

Существует много методик взятия материала с целью выявления клеща. Шариковой ручной (лучше под контролем лупы) отмечают свежие элементы чесотки. Острым концом скальпеля либо иглой прокалывают пузырек, который находится в конце чесоточного хода. Острие инструмента слегка продвигают по направлению чесоточного хода, соскабливая кожу. Эффективность метода возрастает при глубоком взятии материала (с кровью) глазной ложкой для выскабливания.

Извлеченный материал помещают на предметное стекло в каплю 10 % раствора едкого натрия и раздавливают покровным стеклом. Приготовленные препараты рассматривают через 10 — 20 мин под микроскопом (окуляр — 10, объектив — 8) при опущенном конденсоре.

Для лабораторной диагностики также используется 40 % водный раствор молочной кислоты. Одну каплю молочной кислоты наносят на чесоточный элемент (чесоточный ход, папулу, везикулу, корочку и др.). Через 5 мин разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярной крови. Материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, покрывают покровным стеклом и микроскопируют. Результат считается положительным, если в препарате содержимого чесоточного хода выявляются взрослая самка клеща, либо даже только яйца, опустевшие яйцевые оболочки или отдельные личинки и фрагменты.

В настоящее время для диагностики чесотки используют дерматоскопию.

**2.6.11. Симптом Никольского**

Имеет диагностическую ценность в основном при истинной пузырчатке. При потягивании за обрывок покрышки пузыря наблюдается отслойка верхних слоев эпидермиса в пределах видимо здоровой кожи. Симптом обусловлен акантолизом. Может отмечаться и при токсическом эпидермальном некролизе Лайелла. Легкое трение пальцем между двумя пузырями также вызывает отслойку эпидермиса. В редких случаях симптом может быть положительным и в участках, отдаленных от пузырей.

При надавливании пальцем на неповрежденный пузырь его площадь увеличивается, так как давление жидкости приводит к отслойке покрышки пузыря по периферии. Это явление (симптом Асбо — Хансена) по сути является вариантом симптома Никольского.

Симптом Никольского позволяет отличить вышеперечисленные дерматозы от неакантолитической пузырчатки, буллезной разновидности многоформной экссудативной эритемы, буллезного пемфигоида Левера, вегетирующей пиодермии Галлопо, болезни Дарье, болезни Дюринга, субкорнеального пустулезного дерматоза, доброкачественной неакантолитической пузырчатки слизистой оболочки только полости рта.

**2.6.12.. Исследование на акантолитические (Тцанка) клетки**

В 1947 г. А. Тцанк предложил метод обследования больных вульгарной пузырчаткой. Этот метод незаменим при дифференциальной диагностике пузырчатки и герпетиформного дерматоза Дюринга.

 С поверхности дна свежего пузыря скальпелем или путем прикладывания и легкого надавливания сухим кусочком простерилизованного кипячением ластика (метод отпечатков) берут материал и переносят на стерильные обезжиренные предметные стекла. Материал фиксируют в течение 1 мин. метиловым спиртом, высушивают при комнатной температуре, окрашивают по Романовскому — Гимзе; наносят на 20 — 25 мин. свежеприготовленный раствор азур — эоэина, затем смывают краситель дистиллированной водой и высушивают мазки при комнатной температуре. После приготовления и окраски препараты исследуют под микроскопом при увеличении 10 x 40. Акантолитические клетки меньше нормальных эпителиальных клеток, округлой формы, с крупным ядром, окрашенным в интенсивно-фиолетовый или фиолетово — синий цвет, занимающим почти всю клетку. В ядре видны два или несколько крупных более светлой окраски ядрышек. Цитоплазма как бы оттеснена к периферии (ободок концентрации), резко базофильна, ближе к ядру — светло — голубая. Количество клеток различное: от единичных до большого числа в виде скоплений. Встречаются также бесформенные клетки с меньшими изменениями, без четкого ободка концентрации, их рассматривают как переходные формы от нормальных эпителиальных клеток к акантолитическим.

**2.6.13. Люминесцентная диагностика**

**- красной волчанки красной каймы губ**

Обследование проводят в затемненной комнате е помощью лампы Вуда после адаптации исследователя к темноте. Лампа Вуда — портативная ртутно — кварцевая лампа специальной конструкции отечественного производства. Для задержки длинноволновой части луча используют фильтр Вуда — стекло, импрегнированное солями никеля.

При освещении лампой Вуда контуры пораженных очагов видны более четко, размеры их больше, чем при обычном освещении. Зоны гиперкератоза светятся снежно — белым цветом, участки атрофии — белесоватым.

В очагах поражения на губах отмечается белое свечение с голубоватым оттенком, при остром процессе и отсутствии атрофии — свечение голубоватого цвета.

При актиническом хейлите и лейкоплакии, которые могут немного напоминать красную волчанку, свечение отсутствует.

**- микроспории**

Метод основан на свойстве волос, пораженных грибами рода Microsporum, давать ярко - зеленое свечение при облучении его коротковолновой частью ультрафиолетовых лучей (лампа Вуда). Этим методом можно обнаружить по характерному свечению пораженные грибом волосы головы, а также пушок на гладкой коже. После смазывания очагов поражения мазями, раствором йода спиртовым 5 % цвет или свечение может искажаться, ослабляться или вообще исчезать. В этих случаях необходимо тщательно вымыть голову с мылом и повторить обследование через 3 — 4 дня. Достоверность изложенного выше метода необходимо обязательно подтвердить микроскопией волос, взятых из очага поражения.

Более темное свечение, напоминающее малахит, наблюдается при фавусе, а участки бластомикоза люминесцируют розово-оранжевым цветом.

**2.6.14. Сетка Уикхема**

Мелкая сетчатость на поверхности папул — симптом красного плоского лишая, особенно обычной его разновидности. Папулу или бляшку смазывают каким — либо жидким маслом (вазелиновым, подсолнечным и др.). При этом на поверхности элемента ясно видны белесовато — опалового цвета точки и пересекающиеся в виде сетки линии. Этот феномен объясняется неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса (гранулезом), типичным для данного заболевания.

При остроконечной, бородавчатой, пигментной, атрофической и других формах красного плоского лишая проба менее показательна.

**2.6.15. Проба Бальзера**

Применяется для диагностики отрубевидного (разноцветного) лишая. Пятна смазывают раствором йода спиртовым 5 %. Вследствие разрыхления рогового слоя в области высыпаний раствор йода впитывается в эти участки сильнее и пятна окрашиваются интенсивнее, чем окружающая здоровая кожа. При отсутствии раствора йода можно пользоваться анилиновыми красителями. Следует отметить, что при остаточной лейкодерме после отрубевидного лишая, особенно у лиц, подвергшихся ультрафиолетовому облучению, проба Бальзера бывает отрицательной.

**2.6.16. Симптом проваливания зонда**

Бугорки при туберкулезной волчанке, вследствие разрушения в них эластических и коллагеновых волокон, приобретают тестоватую консистенцию. Учитывая эту особенность, А. И. Поспелов (1886г.) предложил симптом проваливания зонда: при легком надавливании на бугорок пуговчатым зондом на поверхности бугорка остается вдавление, которое очень медленно исчезает. Это явление можно сравнить с картиной, наблюдаемой при надавливании пальцем на дрожжевое тесто.

Если на бугорок надавить зондом несколько сильнее, то он как бы проваливается вглубь люпомы, при этом появляются легкое кровотечение и незначительная болезненность. Симптом более выражен при свежей люпоме.

**2.6.17. Симптом яблочного желе**

Диагностический прием при туберкулезной волчанке. При сильном надавливании на люпому прозрачным шпателем или предметным стеклом выдавливается кровь из расширенных сосудов бугорка и появляется буровато-желтая окраска, напоминающая цвет яблочного желе. Иногда при этом можно заметить полупрозрачность бугорка. Данный симптом может быть положительным, но менее выраженным при туберкулоидной форме кожного лейшманиоза.

**2.6.18. Микроскопическое исследование при микозах**

При микозах гладкой кожи (трихофития, микроспория, микоз стоп, кандидоз) для исследования берут чешуйки периферических участков очага путем соскабливания скальпелем. У больных с дисгидрозом стоп, кистей ножницами или лезвием безопасной бритвы срезают покрышки пузырьков или бахромки отслоившегося эпителия.

При дерматомикозах с поражением длинных и пушковых волос

материал берут эпиляционным пинцетом, иногда острием скальпеля, если волос обломан на уровне кожи («черные точки»). При инфильтративно -нагноительных процессах отбирают с периферии очага волосы, плавающие в гное, который берут фолькманновской ложечкой и помещают в чашку Петри или на часовое стекло. Препаровальной иглой вылавливают пораженный волос и помещают на предметное стекло. Таким же образом собирают гной из открытых очагов поражения, свищей, а из закрытых (абсцесс, нагноившиеся лимфатические узлы и др.) — путем пункции шприцем.

Соскоб из пораженной слизистой оболочки берут стерильным шпателем, петлей, пинцетом, фолькманновской ложечкой.

Для взятия материала из пораженных ногтей используют скальпель, ножницы, маникюрные щипцы, из более глубоких слоев — бормашину.

При глубоком микозе для исследования берут мокроту, желчь, мочу, тканевую жидкость и помещают в стерильные стеклянные банки с притертой пробкой.

Иногда, чаще всего при глубоком микозе, используют биопсированные кусочки ткани, помещая их в стерильную чашку Петри или стеклянные банки. Желчь, тканевую жидкость, мочу центрифугируют и проводят микроскопию раздавленной капли. Гной, комочки мокроты, кала помещают в каплю раствора Люголя в глицерине. Рассматривают под простым или фазовоконтрастным микроскопом сначала под малым, потом большим увеличением, используя вогнутое зеркало с обязательно прикрытой диафрагмой или опущенным конденсором.

Пораженные волосы, ногтевые пластинки, плотные роговые массы, чешуйки размельчают на предметном стекле нагретым скальпелем и наносят 2 — 3 капли 10 — 30 % раствора щелочи (КОН или NaOH). Для просветления препарат подогревают на пламени спиртовки, не доводя до кипения, пока не появится белый ободок по периферии, а затем, надавливая, накрывают покровным стеклом.

При микроскопии пораженного грибом волоса можно определить родовую принадлежность дерматофита. Например, у больных микозом волосистой части головы, вызванным трихофитоном из группы эндотрикс (фиолетовый, кратериформный), споры размещены внутри в виде цепочки, а кутикула волоса сохранена. В этом случае заключение врача - лаборанта должно быть следующим: «найден трихофитон эндотрикс». При микроспории споры располагаются на поверхности и в середине волоса хаотично в виде мозаики. Врач - лаборант должен дать ответ: «найден микроспорум». Споры возбудителей инфильтративно — нагноительной трихофитии (чаше всего гипсовый или фавиформный трихофитон) располагаются цепочками снаружи пораженного волоса. Причем споры фавиформного трихофитона крупные, а гипсового — мелкие, очень близкие по величине к возбудителю микроспории. В этих случаях врач-лаборант дает заключение: «найден трихофитон эндотрикс крупноспоровый или «найден трихофитон эндотрикс мелкоспоровый».

**2.6.19. Культуральная диагностика микозов**

Используется для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики, изучения макроскопического строения гриба, выделения чистой культуры.

Взятый для исследования материал перед посевом измельчают на стерильном предметном стекле или чашке Петри; посев желательно проводить в боксе над пламенем спиртовки, газовой горелки петлей или микологическим крючком, соблюдая все правила работы в бактериологической лаборатории. Жидкий материал сеют в виде точек или штрихов, твердые частицы — в виде точек. Инкубацию культуры проводят в обычном термостате при температуре 22 — 28О С для нитчатых грибов и 37О С — для дрожжеподобных на протяжении 2 —3 недель.

Для выделения более чистой культуры пользуются методом пересева на избирательные среды.

При описания результатов микологического исследования врач должен учитывать вид и диаметр колонии, поверхностную структуру, консистенцию (рыхлая, тягучая и др.), окраску. На основании этого указывают (хотя бы предположительно) название гриба.

После визуального осмотра колонии их изучают непосредственно в чашке Петри под малым увеличением микроскопа. При этом отмечают наличие или отсутствие воздушного мицелия, расположение конидиеносцев, строение спороносного аппарата, характер и расположение спор и другие признаки. Затем готовят и изучают препараты под малым и большим увеличением микроскопа.

Материалом для исследования на предмет глубоких микозов служат гной, мокрота, кусочки биопсированной ткани, пунктат лимфатических узлов, гнойников и др. Препараты исследуют в нативном виде или окрашенные.

**3. Стандарты практических умений, методы обследования и диагностики больных инфекциями, передаваемыми половым путём (ИППП)**

* 1. **Особенности анамнеза больных ИППП**

При сборе анамнеза выясняют:

* предполагаемый источник инфицирования пациента;
* предполагаемый регион инфицирования (для гонококковой инфекции); время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым

источником инфицирования до появления субъективных симптомов;

* количество половых партнеров и результаты их обследования;
* формы практикуемых сексуальных контактов;
* результаты обследования половых партнеров;
* данные акушерско — гинекологического, урологического и полового анамнеза;
* наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время;
* особенности аллергического анамнеза;
* наличие соматических заболеваний (гинекологических заболеваний, эндокринопатий, заболеваний желудочно-кишечного тракта и других);
* данные о приеме лекарственных препаратов (антибактериальных, цитостатиков, кортикостероидов, противовирусных и антимикотических) в течение последних 3 месяцев;
* соблюдение правил личной и половой гигиены;
* применение и методы контрацепции.
	1. **Показания к обследованию на ИППП**
* клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса органов урогенитального тракта;
* предгравидарное обследование половых партнеров;
* обследование женщин во время беременности;
* предстоящие оперативные (инвазивные) манипуляции на органах малого таза;
* перинатальные потери и бесплодие в анамнезе;
* половой контакт с партнером больным ИППП;
* сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое обследование: на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С — через 3 — 6 — 9 месяцев.

* 1. **Клинический материал для лабораторных исследований**

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

* у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показаниям — хламидийной инфекции), первая порция свободно выпущен­ной мочи (при исследовании молекулярно —биологическими методами); при наличии показаний — отделяемое ротоглотки, больших вестибуляр­ных и парауретральных желез, слизистой оболочки конъюнктивы глаз;
* у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний — отделяемое нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки, слизистой оболочки конъюнктивы глаз; секрет предстательной железы;
* у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией: отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показа­ниям — хламидийной инфекции); при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал — отделяемое цервикального канала, при нали­чии показаний — отделяемое ротоглотки, конъюнктивы.
* Абсолютным доказательством наличия сифилиса является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения или прямой иммунофлюоресценции, а также выявление специфической ДНК и РНК возбудителя в полимеразной цепной реакции. Методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно —язвенные элементы), для подтверждения врожденного сифилиса (ткань с пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул).
	1. **Правила получения клинического материала**

**для лабораторных исследований**

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований для идентификации возбудителей ИППП и урогенитальных инфекций необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся:

* сроки получения клинического материала с учетом применения лекарственных препаратов (антибактериальных, антипротозоидных, антимикотических): для идентификации возбудителей ИППП и урогенитальных инфекций культуральным методом или методом амплификации РНК (NASВА) — не ранее чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) — не ранее чем через месяц после окончания приема препаратов;
* получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных вы­делений — через 15 — 20 минут после мочеиспускания;
* получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;
* соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.
	1. **Осмотр половых органов у женщин**

Производят в положении больной на спине в гинекологическом кресле. Вначале осматривают большие половые губы, кожу промежности, заднепроходной области, обращают внимание на окраску, отсутствие или наличие высыпаний, выделений. Двумя палочками, браншами пинцета или пальцами левой руки в перчатке раздвигают малые половые губы и осматривают преддверие влагалища, обращают внимание на состояние девственной плевы у девушек или остатков ее у живших половой жизнью. Затем осматривают устья выводных протоков больших желез преддверия, обращают внимание на их окраску, выделения. Железы пальпируют большим и указательным пальцами (левую железу — левой рукой, правую — правой). При массаже железы можно получить секрет, который в случае необходимости бepyт для микроскопического исследования.

Осматривают наружное отверстие и лакуны мочеиспускательного канала, обращают внимание на их гиперемию, отечность, выделения. Пальпируют мочеиспускательный канал, определяют состояние его стенок, наличие уплотнений. Пальпируя мочеиспускательный канал указательным пальцем, одновременно производят его массаж сзади наперед. Полученные выделения исследуют и под микроскопом. Затем больную просят освободить мочевой пузырь последовательно в два стакана. Первая порция мочи указывает на состояние мочеиспускательного канала, вторая — на изменения в вышележащих мочевых путях. У женщин, живших половой жизнью, осматривают влагалище с помощью двустворчатого зеркала Куско. При этом определяют величину и форму шейки матки, наличие гиперемии, отечности, эрозии, выделений (их характер и количество). Поворачивая раскрытое зеркало, осматривают стенки влагалища, желобоватым зондом или фолькманновской ложкой берут выделения из канала шейки матки для микроскопического исследования. При наличии эрозии в подозрительных случаях с ее поверхности петлей берут отделяемое для исследования на наличие бледной трепонемы. После удаления зеркала из влагалища производят ручное исследование, обращая особое внимание на плотность шейки матки, что особенно важно при диагностике первичного сифилиса.

* 1. **Осмотр половых органов у мужчин**

Половые органы у мужчин осматривают при хорошем освещении. Больной не должен мочиться на протяжении 3 — 4 час. Вначале осматривают кожу нижней части живота, внутреннюю поверхность бедер, обращая внимание на наличие или отсутствие высыпаний, состояние паховых и бедренных лимфатических узлов, затем осматривают половой член, наружный и внутренний листки крайней плоти, головку, губки наружного отверстия мочеиспускательного канала. Устанавливают наличие парауретральных протоков, эрозий, язв. При обнаружении последних с них снимают налет и пальпируют их основание. Отделяемое берут для исследования на наличие бледной трепонемы. Осматривая наружное отверстие мочеиспускательного канала, обращают внимание на его диаметр, наличие воспаления (гиперемия, отечность), выделений, их характер (серозные, слизистые, слизисто —гнойные, гнойные, кровянисто — гнойные). В случае обильных выделений стерильной ватой снимают первую каплю, из последующих капель делают несколько мазков. После этого пальпируют половой член по ходу мочеиспускательного канала. При отсутствии выделений легким массажем по ходу мочеиспускательного канала стараются получить их. В случаях, подозрительных на венерические заболевания, или при отсутствии выделений петлей или специальной кюреткой делают соскоб со слизистой оболочки мочеиспускательного канала. Мазки направляют в лабораторию для исследования на содержание гонококков или другой бактериальной флоры. Затем осматривают мошонку, яички, их придатки, семенные канатики; определяют их размеры, консистенцию, болезненность, После осмотра ставят двух — или трехстаканную пробу, при вялых, хронических процессах в мочеиспускательном канале проводят исследование на буже, уретроскопию.

* 1. **Осмотр аногенитальной области**

Проводят с целью выявления первичных и вторичных сифилидов, гонококковых поражений. Больному предлагают низко наклониться, не сгибая ног, раздвинуть руками ягодицы. При наличии высыпаний (папулы, эрозии, язвы) снимают тампоном налет, пальпируют основание элементов, оценивают характер плотности, болезненность. Отделяемое эрозий, язв берут для исследования с целью выявления бледной трепонемы. При наличии выделений из отверстия заднего прохода приготавливают мазки и исследуют на содержание гонококков. В случае подозрения на аногенитальный половой контакт исследуют нижний отдел прямой кишки с помощью ректального зеркала или копроскопа, обращая внимание на состояние слизистой оболочки, наличие эрозий, язв, налета. Петлей или фолькманновской ложкой делают соскоб со слизистой оболочки для микроскопического исследования на содержание гонококков.

**3.8. Пальпация мочеиспускательного канала.**

Производится при гонорейном и других формах уретрита. Можно пропальпировать инфильтраты различного размера, мелкие узелки, свидетельствующие о воспалении желез мочеиспускательного канала, а также участки уплотнения при сужении переднего его отдела. В ряде случаев при острых воспалительных процессах при пальпации больной ощущает боль. Ощупывание мочеиспускательного канала вначале проводят обычным способом, а при вялотекущих, хронических процессах — на буже. В норме консистенция мочеиспускательного канала на всем протяжении, доступном пальпации, одинакова.

**3.9. Взятие мазка из мочеиспускательного канала.**

Исследование соскоба или выделений из мочеиспускательного канала производится при воспалительных и невоспалительных поражениях: гонорее, трихомониазе, кандидозе, хламидийной инфекции, бактериальном уретрите. Материал для исследования должен брать лечащий врач. Предварительно вагинальным тампоном, смоченным стерильным изотоническим раствором натрия хлорида, обрабатывают наружные половые органы: у мужчин — головку полового члена, у женщин — половые губы, преддверие влагалища, клитор и наружное отверстие мочеиспускательного канала.

При отсутствии свободно вытекающего гноя у мужчин нажатием пальца на заднюю поверхность мочеиспускательного канала и легким движением в направлении к наружному отверстию выдавливают каплю отделяемого, которую захватывают краем предметного стекла, а лучше петлей, помещают на предметное стекло и равномерно размазывают по его поверхности .

При отсутствии видимого отделяемого исследуют соскоб из мочеиспускательного канала. Препарат высушивают на воздухе и отправляют в лабораторию вместе с направлением, в котором указывают фамилию, имя, отчество, номер истории болезни или амбулаторной карты больного, место, откуда взят материал. Если больной получал антибиотики или сульфаниламидные препараты, отмечают сроки лечения.

**3.10. Окраска гонококков по Граму**

Мазок фиксируют над пламенем горелки в течение 1 — 2 мин и окрашивают каким — либо красителем (генцианвиолет, метилвиолет, кристаллвиолет), промывают водой 1—2 мин и заливают раствором Люголя (калия йодид — 2 г, йод кристаллический — 1 г, вода дистиллированная — 300 мл), а затем фиксируют 56% этиловым спиртом в течение 1 мин до появления серо-фиолетовых струек. После этого препарат промывают водой и дополнительно окрашивают какой-либо контрастной краской (нейтральрот). Гонококки грамотрицательны, то есть окрашиваются в красный либо розовый цвет. Грамположительные бактерии фиолетового цвета.

 **3.11. Пальпация твердого шанкра.**

У основания твердого шанкра, особенно при язвенной форме, имеется выраженное легко определяемое уплотнение. Для выявления этой особенности твердый шанкр слегка сжимают пальцами в перчатке у основания и подтягивают его вверх. Инфильтрат (уплотнение) обычно выходит на 1 — 2 мм за пределы эрозии или язвы.

**3.12. Микроскопическое исследование бледной трепонемы**

**в темном поле зрения**

Материал для исследования берут с элемента, подозрительного на первичную сифилому (эрозия, язва), либо путем пункции лимфатического узла, при вторичном сифилисе с эрозированной папулы.

Элемент очищают стерильным ватным или марлевым тампоном, после чего прокаленной в пламени горелки и охлажденной петлей слегкa поскабливают его поверхность до получения тканевой жидкости. Последнюю помещают на чистое, обезжиренное предметное стекло с каплей изотонического раствора натрия хлорида и накрывают нетолстым покровным стеклом.

Если получить тканевую жидкость указанным способом нельзя, то рукой в резиновой перчатке сдавливают сифилому с краев до появления тканевой жидкости на ее поверхности.

Количество тканевой жидкости и изотонического раствора натрия хлорида должно быть небольшим, так как при большой капле трепонемы будут плавать в жидкости, что затрудняет их обнаружение.

Для исследования в темном поле зрения применяют специальные приспособления к обычному микроскопу. Пройдя через эти приспособления (конденсоры), лучи света принимают косое направление и концентрируются под острым углом в месте исследуемой капли серума, не попадая в объектив, чем достигается исследование в темном поле. Для данной методики можно пользоваться кружком из плотной черной бумаги (конверт от фотобумаги) диаметром 1,5 см, который накладывают на нижнюю линзу развинченного конденсора так, чтобы между краями линз и бумаги оставался свободный ободок (просвет) шириной 1,5 — 2 мм.

Освещение при исследовании в темном поле зрения должно быть достаточно интенсивным (электрическая лампа 100 — 150 Вт).

Рассматривают препарат при объективе № 40 в окуляре № 10 — 15. При этом на темном фоне можно увидеть большое количество светящихся движущихся точек (белковые и коллоидные частицы), а также клеточные элементы. Бледная трепонема имеет вид светлых штопорообразпых нитей, движущихся плавно, либо маятникообразно.

Данный способ простой и надежный. Бледную трепонему рассматривают в живом состоянии, что позволяет дифференцировать ее и другие виды спирохет.

**3.13. Пункция лимфатического узла**

Исследуют регионарный склераденит, кожу над которым обрабатывают раствором йода спиртовым 5%. Затем шприцем емкостью 2 или 5 мл с хорошо притертым поршнем и короткой толстой иглой делают прокол в центре бубона по его длинной оси на глубину 1 — 1,5 см. Производят энергичный массаж узла с постепенным извлечением из него иглы и поднятием поршня.

Некоторые авторы рекомендуют предварительно вводить в исследуемый лимфатический узел 0,1 — 0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида . Если игла была введена правильно, то в пунктате должны быть лимфоциты.

Взятую таким способом жидкость исследуют под микроскопом в темном поле зрения или методом ПЦР.

При наличии сифилиса и правильной технике выполнения пункции бледную тренонему обнаруживают в 80 — 85 % случаев.

препарата водой и высушивания. Стрептобациллы окрашиваются в красный цвет.

**3.14.Серологические методы диагностики,**

**рекомендуемые для исследования сыворотки крови**

Для диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы.

Прямые методы диагностики выявляют самого возбудителя или его генетический материал. К непрямым методам диагностики сифилиса относятся тесты, выявля­ющие антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и цереброспи­нальной жидкости.

Молекулярно-биологические методы также используются для диагностики сифилитической инфекции. В диагностике сифилиса следует учитывать только те результаты молекулярно-биологических методов, которые получены при использовании тест — систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Нетрепонемные тесты:

* **реакция микропреципитации** (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги;
* **RPR (РПР)** — тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реагины плазмы;
* **VDRL** — Venereal Disease Research Laboratory — тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний;
* **TRUST** — тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);
* **RST** — тест на скрининг реагинов (Reagin Screen Test);
* **USR** — тест на реагины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins).

Трепонемные тесты:

* **ИФА** — иммуноферментный анализ;
* **РПГА—** реакция пассивной гемагглютинации;
* **РИФ** — реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200;
* **Иммуноблоттинг**;
* **РИБТ (РИТ) —** реакция иммобилизации бледных трепонем.

**3.14.1. Общая характеристика нетрепонемных тестов:**

* применяется антиген нетрепонемного происхождения — стандартизован­ный кардиолипиновый антиген;
* позитивируются через 1 — 2 недели после образования первичной сифи­ломы;
* имеют невысокую чувствительность (до 70 — 90% при ранних формах си­филиса и до 30% при поздних) — часто дают ложноположительные ре­зультаты (более 3 %).

Преимущества: низкая стоимость, техническая простота и быстрота получения результатов.

Показания к применению нетрепонемных тестов:

* проведение скрининга населения на сифилис;
* определение активности течения инфекции (определение титров анти­тел);
* контроль эффективности терапии (определение титров антител).

**3.14.2. Общая характеристика трепонемных тестов:**

* применяется антиген трепонемного происхождения;
* чувствительность — 70—100% (в зависимости от вида теста и стадии си­филиса);
* специфичность — 94—100%.
* РИФ, ИФА, иммуноблоттинг (ИБ) становятся положительными с 3-й не­дели от момента заражения и ранее, РПГА и РИБТ — с 7—8-й.

 Преимущества*:* высокая чувствительность и специфичность.

Показания к применению трепонемных тестов:

* подтверждение положительных результатов нетрепонемных тестов;
* подтверждение в случае расхождения результатов скринингового трепонемного теста и последующего нетрепонемного теста, а также скринин­гового и подтверждающего трепонемных тестов;
* проведение методами ИФА, РПГА скрининга отдельных категорий на­селения на сифилис (доноры, беременные, больные офтальмологиче­ских, психоневрологических, кардиологических стационаров, ВИЧ- инфицированные).

Примечания:

* трепонемные тесты **не могут быть использованы** для контроля эффектив­ности терапии, т. к. антитрепонемные антитела длительно циркулируют в организме больного, перенесшего сифилитическую инфекцию;
* дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;
* могут давать ложноположительные реакции у больных с аутоиммунными заболеваниями, проказой, онкопатологией, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях.
* **ИФА** — высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе — 98-100%, специфичность — 96 —100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного опреде­ления IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса.
* **РПГА** — высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном сифилисе — 76%, при вторичном 100%, при скрытом — 94 — 97%, специфичность — 98 — 100%.
* **РИФ** достаточно чувствительна на всех стадиях сифилиса (чувствительность при первичном сифилисе — 70 — 100%, при вторичном и позднем — 96—100 %), специфичность — 94 — 100%. РИФ применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис.
* **РИБТ** — классический тест для выявления специфических трепонемных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7 %; специфичность — 100 %. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для содержания кроликов и проведения тестирования. Сфера применения РИБТ постепенно сужается, однако она сохраняет своипозиции как «реакция — арбитр» при дифференциальной диагностике ранних скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами.
* Метод **иммуноблоттинга,** является модификацией ИФА. Чувствительсность и специфичность — 98—100 %. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности если другие трепонемные тесты дают сомнительные и противоречивые результаты.

Относительно новыми для использования в Российской Федерации являются методы выявления трепонемоспецифических антител, основанные на методах иммунохемилюминесценции (ИХЛ) и иммунохроматографии (ИХГ). В обоих методах в качестве антигенов используются рекомбинантные липопротеины, полученные генно-инженерными методами, которые являются полными аналогами антигенов *Т.pallidum* (например: антигены Тр 15, Тр17, Тр47) и биосинтетический пептид ТmрА. Перечисленные антигены также используются в разных сочетаниях в составе иммуносорбентов в ИФА и иммуноблоттинге.

* **Метод ИХЛ,** обладающий высокой чувствительностью и специфично­стью (98 — 100%), дает возможность количественного определения уровня антител к возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверж­дения сифилитической инфекции и скрининга.Ограничения применения: не может быть использован для контроля эффективности терапии, может да­вать ложноположительный результат.
* **Метод ИХГ** позволяет проводить быстрое определение содержания трепонемоспецифических антител к возбудителю сифилиса в образцах сыворотки и цельной крови без использования специального лабораторного оборудования и применяться при оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе по эпидемиологическим показаниям.Ограничения применения: не может быть использован для контроля эффективности терапии, может давать ложноположительный результат.

**4. Общая терапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Прописи рецептов.**

 Лечение боль­ного кожным или венерическим заболеванием должно быть строго ин­дивидуальным. Оно требует комплексного использования общих и местных (наружных) методов и средств воздействия на организм. Общее лечение включает этиотропные, патогенетические и симптоматические средства и препараты, действие которых направлено на нормализацию функций органов и повышение защитных сил организма. План лечения строится и корригируется на основании анализа полученных анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, наблюдения за течением заболевания.

Средства, используемые для общего лечения, по характеру действия делят на десенсибилизирующие, противовоспалительные, стимулирующие, седативные, общеукрепляющие, витамины, гормоны, химиотерапевтические препараты. Данное деление является условным, так как нередко один и тот же препарат может оказывать разностороннее действие.

 Широкое применение, особенно в лечении аллергических дерматозов нашли антигистаминные препараты, многие из которых обладают антисеротониновыми, седативными и холинолитическими свойствами.

Гипосенсобилизирующее, детоксицирующее и противоспалительное действие широкого спектра свойственно натрия тиосульфату. Происходит активизация микроциркуляций, повышается диурез, активно регрессируют воспалительные очаги кожного покрова. Этими свойствами обладают салицилаты (натрия салицилат, кислота ацетилсалициловая), действующие и кортизоноподобно, а также оказывающие ингибирующее влияние на ферменты, участвующие в образовании простагландинов в тканях. С этой целью также назначают препараты кальция: кальция хлорид, глюконат кальция, кальция пантотенат. Широко применяются нестероидные противовоспалительные средства, особенно часто при разного рода артропатиях.

Общепризнано и широко распространено в дерматологии применение седативных средств и транквилизаторов. Их желательно назначать кратковременно при наличии выраженных невротических реакций и в тех случаях, когда антигистаминные средства и ганглиоблокаторы оказались недостаточно действенными. Успокаивающим действием обладают настойка пустырника, валерианы.

 Для лечения больных пиодермиями широко применяют антибиотики,

и средства, способствующие выработке антител: стафилококковый антифагин, анатоксин, вакцина, антистафилококковый Y-глобулин.

К наиболее часто применяемым в дерматологии иммуносупрессивным препаратам относятся метотриксат, меркаптопурин, азатиоприн. Цитостатические средства ингибируют фактор пролиферации клеток, вызывают торможение неспецифических воспалительных реакций и гуморального иммунного ответа.

При некоторых дерматозах жизненно необходимо назначение кортикостероидных гормонов. Кортикостероидные гормоны обладают морбидостатическим действием, вызывая улучшение процесса на период их применения, а затем назначают длительное время поддерживающие дозы. Широко применяются преднизолон, метилпреднизолон ( пролонгированный препарат), триамцинолон, дексаметазон.

 Для регуляции метаболизма, адаптационно-трофических механизмов в организме широко используют витамины комплекса В и витамины А, Е, С, Р в комбинации с другими терапевтическими средствами. При наличии сопутствующих заболеваний у больных хроническими дерматозами применяют средства и препараты ферментного действия.

 У детей, организм которых отличается повышенной ранимостью и возбудимостью, комплексная терапия проводится с учетом особенностей роста и развития. При наличии у них распространенного дерматоза, особенно сочетающегося с иной патологией, первый этап лечения целесообразно проводить в условиях стационара при консультативном участии педиатра.

Диета при болезнях кожи особенно важна у детей грудного и раннего детского возраста. Каждому ребенку, страдающему дерматозом, необходимо назначать лечебное питание. Если кожное заболевание появилось у ребенка грудного возраста, находящегося на естественном грудном вскармливании, то необходимо проводить соответствующую коррекцию режима питания матери и вскармливания ребенка.

 При использовании общих методов воздействия на организм, кроме применения лекарственных средств внутрь и парентерально, существенное значение придают уходу, режиму питания, сна и бодрствования, использованию физиотерапевтических методов воздействия и прогулочным мероприятиям.

Учитывая сложность патогенеза хронических рецидивирующих дерматозов, лечение в стационаре часто не приводит к полному и стойкому выздоровлению. В этой связи становится необходимостью проведение реабилитационных мероприятий амбулаторно или в учреждениях санаторного типа. После выписки из стационара восстановительная терапия включает охранительный режим с пролонгированным сном, диетическое питание, ЛФК, массаж, физические и наружные методы лечения, фитотерапию.

**Рецепты:**

1. Rp.: Benzylpenicillini 250 000 ED

 D.t.d. N.30

 S. Растворить в 2 мл 0,5% раствора новокаина

 Вводить в мышцу по 250 000 ED через каждые 4 часа

2. Rp.: Benzathini benzylpenicillini 1200 000 ED

 Benzylpenicillini procaini 300 000 ED

 D.t.d. N.10

 S. Cодержимое флакона растворить в 4 мл изотонического раствора

 хлорида натрия. Вводить в мышцу 1 раз в 4 недели

3. Rp.: Tabl. Erythromycini 0.25 N. 40

 D.S. Внутрь по 1 табл. 4 раза в день, за 1 час до еды

4. Rp. Tabl. Tetracyclini 0,25 N. 40

 D.S. Внутрь по 1 табл. , запивая большим количеством воды,

 принимать 4 раза в день

5. Rp.: Doxycyclini 0,1

 D.t.d. N.20 in caps.

 S. Внутрь по 1 капс. 2 раза в день

6. Rp.: Tabl. Josamycini 0,5 N.20

 D.S. Внутрь по 1 табл. 3 раза в день

7.Rp.: Tabl. Griseofulvini 0,125 N.40

 D.S. Внутрь по 1 табл. 4 раза в день во время еды.

8. Rp.: Tabl. Terbinafini 0,25 N. 14

 D.S. Внутрь по 1 табл. 1 раз в день

9. Rp.: Sol. Chloropyramini 2% 1ml.

 D.t.d. N.10 in amp.

 S. По 1 мл внутримышечно.

10. Rp.: Tabl. Clemastini 0,001 N. 20

 D.S. Внутрь по 1 табл. 2 раза в день после еды.

11. Rp.: Tabl. Loratadini 0,01 N. 10

 D.S. Внутрь по 1 табл. 1 раз в день.

12. Rp.: Tabl. Kestini 0,01 N.20

 D.S. Внутрь по 1 табл. 1 раз в день.

13. Rp.: Tabl. Zyrtec 0,1 N.10

 D.S. Внутрь по 1 табл. в сутки.

14.Rp.: Tabl. Desloratadini 0,005 N.10

 D.S. Внутрь по 1 табл. 1 раз в день.

15.Rp.: Inf.rad. Valeriаnae 10,0-200ml

 Natrii bromidi 4,0

 M.D.S. Внутрь по 1 стол. ложке 3 раза в день.

16. Rp.: Sol. «Novo – Passit» 100 ml.

 D.S. Внутрь по 1 чайной ложке 3 раза в день.

17. Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% - 200ml.

 Sterilisetur!

 D.S. Вводить по 10 мл внутривенно, разведя в 100мл 5% декстрозы.

18. Rp.:Sol. Calcii gluconatis 10%- 10 ml.

 D.t.d. N.10 in amp.

 S. Вводить по 5 мл внутримышечно.

19. Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30% - 10ml.

 D.t.d. N.10 in amp.

 S. Вводить по 10 мл внутривенно.

20. Rp.: Sol.Retinoli acetatis oleosae 3.44%-10ml.

 D.S. Внутрь по 15 капель 1 раз в сутки во время еды.

21. Rp.: Sol.Thiamini 6% - 1ml.

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить по 1 мл внутримышечно 1раз в день

22. Rp.: Sol.Riboflavini 1% - 1 ml.

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить по 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки.

23. Rp.: Sol.Acidi nicotinici 1%- 1 ml.

 D.t.d. N.10 in amp.

 S. Вводить по 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки.

24. Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 5ml.

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Вводить по 2 мл внутримышечно.

25. Rp.: Tocopheroli acetatis 0,1

 D.t.d. N.50 in caps.

 S. Внутрь по 1 капс. после еды 1 раз в день.

26.Rp.:Tabl. «Vitrum» N.30

 D.S. Внутрь по 1 табл. После еды 1 раз в сутки.

27. Rp.: Tabl. Prednizoloni 0,005 N. 40

 D.S. Внутрь по 2 табл. утром.

28. Rp.: Tabl. Chloroquini 0,25 N.30

 D.S. Внутрь по 1 табл. 2 раза в день.

29. Rp.: Tabl. Dapsoni 0,05 N. 40

 D.S. Внутрь по 1 табл 2 раза в день.

30. Rp.: Tabl. Methotrexati 0,0025 N.30

 D.S. Внутрь по 1 табл. в сутки в течение 8 суток.

31. Rp.: Hyaluronidasi 64 E.D

 D.t.d. N.10

 S. Содержимое флакона растворить в 2 мл 0,5% раствора новокаина.

 Вводить внутримышечно. На цикл 10-12 инъекций.

32. Tabl. Methronidazoli 0,25 N.20

 D.S. Внутрь по 1 табл. 2 раза в день в течение 10 дней.

**5.Наружная терапия кожных болезней.**

**Общие принципы. Прописи рецептов.**

При назначении адекватных средств наружной терапии необходимо:

 - проводить осмотр и оценку кожи больного;

 - оценить характер морфологических элементов сыпи, степень их выраженности, локализацию и площадь поражения кожи;

 - выбрать фармакологическое средство с учетом механизма действия (противовоспалительное, кератолитическое, кератопла­стическое, антибактериальное и др.) лекарственных субстанций, применяемых в моноформе или в композиции;

 - выбрать индивидуально для каждого больного лекарственную форму в зависимости от характера клинико-морфологических изменений (раствор, взбалтываемая смесь, мазь, крем, паста и др.);

 - определить методику применения наружного средства;

 - при необходимости провести подготовку (очищение) кожи перед началом проведения наружной терапии;

 - провести (при необходимости) фармакологическую пробу перед использованием наружного средства;

 - соблюдать последовательность применения и проводить сме­ну лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кож­ного процесса;

 - учитывать индивидуальные, топические и возрастные особенности кожи.

 Перед использованием наружного лекарственного средства сле­дует очистить очаг поражения от элементов деструкции, гноя, корок, чешуек, обрывков покрышек полостных элементов, остатков исполь­зованных препаратов. При этом следует избегать травматизации, механического раздражения патологически измененной кожи. Нель­зя насильно удалять плотно сидящие корки, чешуйки, остатки мазей.

**5.1. Растворы**

**Раствором (Solutio)** называют жидкую лекарственную форму, получаемую путем растворения твердого лекарственного вещества или жидкости в растворителе.

В качестве растворителя используют дистиллированную воду (Aqua dislillata), реже спирт этиловый 70%, 90%, 96% (Spiritus aethylicus), глицерин (Glicerinum), и жидкие масла: вазелиновое, оливковое, персиковое (Oleum Vaselinum, Oleum Olivarum, Oleum Persicorum). Поэтому в зависимости от растворителя растворы подразделяются на водные, масляные, спиртовые.

**Водные, спиртовые и масляные растворы** используют в дерматовенерологии в виде примочек, влажно-высыхающих повязок, компрессов, обмываний, смазываний, протираний, втираний, для общих и местных ванн.

**Водные растворы.**

Растворы в виде **примочек** применяют наружно при мокнущих островоспалительных процессах на коже**.** При использовании примочек происходит уменьшение мокнутия, зуда и жжения вследствие охлаждения кожи, связанное с испарением воды и рефлекторным сужением сосудов кожи, ведущее к уменьшению прилива крови к данному участку. Кроме этого, в зависимости от того, с каким раствором делается примочка, она может обладать вяжущим, дубящим или дезинфицирующим действием, оказывать боле- и зудоудаляющий эффекты.

**Показания к применению растворов в виде примочек**: мокнутие, отек, острое воспаление ограниченных участков кожи.

**Противопоказания**: детям грудного возраста и лицам старше 60 лет, при гнойных поражениях кожи.

По показаниям в жидкость для примочек добавляют противовоспалительные, вяжущие, антисептические и другие средства.

**Спиртовые растворы.**

Спиртовые растворы для местного применения предпочитают водным, если необходимы самостоятельный или дополнительный дубящий, дегидратирующий, прижигающий эффекты (96% спирт), антисептическое (70%), местнораздражающее (40-70%) действие, а также использование лекарственных веществ, экстрагируемых спиртом или хорошо растворимых в нем.

 **Масляные растворы**

Их широко применяют для смягчения кожи, очистки ее от остатков паст, мазей, размягчения и удаления чешуек, корок (иногда в виде компрессов).

**Прописи растворов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Прописи рецептовRp: | Примечания |
| 1 | Sol. Аcidi borici 2%- 300ml. D.S. Для примочек  | Для примочек на различных участках тела |
| 2 | Sol. Tannini 2%- 300 ml.D.S. Для примочек | Для примочек на очаги сразличной локализацией |
| 3 | Sol. Plumbi acetatis 0,25% -300 ml.D.S. Для примочек | Свинцовая вода. Применяют на различные участки тела  |
| 4 | Sol. Kalii permanganatis 0,5%- 300 ml.D.S. Для примочек  | Применяют на конечности |
| 5 | Liquoris Burovi -500 ml.D.S. Для примочек | Жидкость Бурова. Применяют на различные участки тела. Развести 1 ч. л. в стакане воды |
| 6 | Sol. Furacillini 0,02%- 300 ml.D.S. Для примочек | Применяют при выраженныхявлениях импетигинизации |
| 7 | Acidi borici 2,0Aethanoli 70%- 100 ml.M.D.S. Для обработки кожи | Борный спирт |

**5.2.Присыпки**

**Присыпки (Aspersio)** Присыпки – это лекарственная форма, представляющая собой недозированный порошок или смесь нескольких порошков для наружного применения, предназначенных для припудривания кожи в лечебных, гигиенических и косметических целях. Присыпки представляют собой мельчайшие порошки, терапевтический эффект которых зависит от степени дисперсности, в связи с чем их необходимо растирать тщательнейшим образом. Они, как правило, содержат тальк, крахмал, бентонит, ликоподий, белую глину и лекарственные средства, направленного действия.

Присыпки прописывают для вдуваний, приготовления полосканий, примочек и других жидкостей для наружного применения.

**Показания к применению**: острое и подострое воспаление кожи. У грудных детей — для защиты от трения, мацерации, воздействия пота в естественных складках кожи.

**Противопоказания:** мокнутие, сухость кожи.

**Прописи дерматологических присыпок**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Прописи рецептовRp: | Примечания |
| 1 | Zinci oxydiTalciAmyli tritici aa 10,0M.f.aspers.D.S. Присыпка | При ограниченных подострых дерматитах (вне складок)  |
| 2 | Acidi tannici 10,0 Zinci oxydi 30,0 M.f.aspers.D.S. Присыпка  | При потертостях |
| 3 | DermatoliBolus albae aa 10,0Zinci oxydiTalci aa 15,0M.f.aspers.D.S. Присыпка | На язвы, эрозии |
| 4 | Mentholi 0,2Zinci oxydiAmyli aa 10,0M.f.aspers.D.S. Присыпка | При дерматитах, охлаждающее действие ментола |

**5.3.Взбалтываемые взвеси**

**Суспензии (Suspensio)** — водно-взбалтываемые взвеси — жидкие лекарственные формы, в которых твердые, мелко раздробленные, нерастворимые лекарственные вещества находятся во взвешенном состоянии в какой-либо жидкости.

По силе противовоспалительного действия на кожу суспензии занимают промежуточное место между водным раствором, применяемым в виде примочки или влажно-высыхающей повязки, и присыпкой.

**Показания к применению**: распространенный острый процесс без явлений мокнутия.

**Противопоказания:** мокнутие, сухость кожи. При мокнущем процессе порошкообразные вещества, оседая на обнаженной от рогового слоя поверхности кожи механически раздражают воспаленные ткани и усиливают воспалительный процесс.

В зависимости от используемой жидкости суспензии подразделяют на водные, водно-спиртовые и масляные, свойства и показания для которых различны.

**Прописи взбалтываемых взвесей («болтушек»)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Прописи рецептовRp: | Примечания |
| 1 | Zinci oxydiTalci aa 30,0GlyceriniAq. destillata aa 70ml.M.D.S. Наружное. Передприменением тщательновзболтать | Водно-глицериновая болтушка. |
| 2 | Zinci oxydiTalciAmyli tritici aa 30,0Anaesthesini 1,0GlyceriniAethanoli 96%ˉaa25ml.Aq. destillata ad 220ml.M.D.S. Наружное. Смазыватьучастки поражения2 раза в день. Передприменением тщательновзболтать | Водно-спиртовая болтушка с анестезином и глицерином. |
| 3 | Zinci oxydi 30,0Olei Helianthi 70,0M.D.S. Наружное. Смазывать кожу 2 раза в день. Передприменением тщательновзболтать | Масляная болтушка. Смягчает кожу, способствует отторжению чешуек, корок. |
| 4 | Sulfuris pp 10,0Ichthyoli 15,0 TalciZinci oxidi Amyli tritici glycerini aa 25,0Aethanoli 96% 50,0Aq. destill. ad 200,0M.D.S. Наружное. Перед употреблением взбалтывать. | Водно-спиртовая болтушка с ихтиолом. Способствует отторжению чещуек, корок. |
| 5 | Zinci oxydi 40,0 Persicori 60,0 M.D.S. Наружное. Смазывать участки поражения. Передприменением тщательновзболтать | Цинковое масло. |

**5.4. Мази**

**Мази (Unguenta)** — мягкая лекарственная форма, имеющая вязкую консистенцию. Мазь получают путем смешивания различных лекарственных веществ (basis) с формирующими веществами (constituens), называемыми мазевыми основами.

**Мазь** как лекарственная форма препятствует испарению воды с поверхности кожи, уменьшает теплоотдачу, что влечет за собой расширение сосудов и прилив крови к данному участку, размягчает эпидермис и способствует глубокому проникновению в кожу лекарственных веществ.

**Показания к применению**: хроническое воспаления кожи с явлениями пассивной гиперемии, инфильтрации, лихенизации, гиперкератоза. Лекарственные средства в виде мази могут быть назначены и при некоторых острых заболеваниях, но на короткое время — например, для удаления корок или быстрого дезинфицирующего действия.

**Противопоказания**: острое воспаление, мокнутие

В качестве основы в мазях применяют животные, растительные жиры, некоторые продукты переработки нефти, воска, жироподобные вещества, синтетические высокомолекулярные соединения. Традиционно широким остается использование ланолина и вазелина.

**Прописи мазей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Прописи рецептовRp: | Примечания |
| Кератопластические мази |
| 1 | Acidi salicylici 2,0Vaselini ad 100,0M.f. ung.D.S. Смазывать кожу2 раза в день | Оказывает отшелушивающее, смягчающее, противовоспалительное действие |
| 2 | Acidi salicyliciSulfuris рр аа 2,0VaseliniLanolini aa 48,0 M.f. ung.D.S. Смазывать кожу2 раза в день | Серно-салициловая мазь керато-пластического действия |
| 3 | Acidi boriciOlei Rusci aa 0,6Vaselini ad 30,0M.f. ung.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день | Борно-дегтярная мазь. Сочетает кератопластическое действие березового дегтя и антисептическое действие борной кислоты |
| 4 | Sulfuris ppOlei Rusci aa 2,0LanoliniVaselini aa 48,0M.f. ung.D.S. Смазывать очаги1—2 раза в день | Серно-дегтярная мазькератопластического действия |
| Кератолитические мази |
| 5 | Uug. Acidi salicylici 5%- 100,0D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день | Оказывает выраженноеотшелушивающее и в меньшей степени рассасывающее действие |
| 6 | Acidi salicylici 5,0Sulfuris pp. 20,0Vaseliui ad 100,0M.f. ung.D.S. Смазывать очаги1 раз в день | Серно-салициловая мазь кератолитического действия |
| 7 | Picis liquidaeSulfuris pp. aa 10,0 Vaselini 80,0M.f. ung.D.S. Смазывать очаги 1 — 2 раза в день | Серно-дегтярная мазь кератолитического действия |

**Официнальные формы препаратов с кортикостероидами**

**для наружного применения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Препарат** **(торговое название),** **форма выпуска** | **Международное наименование** | **Способ применения, примечания** |
| **Препараты нефторированных кортикостероидов** |
| Адвантан (Advantanum) мазь, эмульсия, крем0,1% | Метилпреднизолона ацепоната  | Наносится на пораженные участки 1 раз в сутки |
| Локоид, Латикорт, Кортеф, Гидрокортизон Мазь, крем, эмульсия (Hydrocortison) 1%,5% мазь, 0,1% глазная мазь; 0,5, 1, 2, 5%-я мазь;1% мазь; 1% мазь | Гидрокортизон  | Наружные препараты с гидрокортизоном дают наименьшую атрофию кожи. Используются 1-3 раза в сут. |
| Преднизолоновая мазь 0,5%  | Преднизолон | Наносят 1-3 раза в сут. (не более 14 дней) |
| Элоком (Elocom) Момедерм, Авекорт, Силкарен, Скинлайтмазь, крем, лосьон, раствор для наружного применения 0,1% | Мометазон  | Наносят 1 раз в сут.: крем, мазь — тонким слоем, лосьон — в количестве нескольких капель, втирая до исчезновения |
| **Препараты фторсодержащих кортикостероидов** |
| Дермовейт (Dermovate) Этривекс, Кловейтмазь, крем, шампунь 0,05% | Клобетазол  | Наносят очень тонким слоем 1-2 р./сут. (не более 5 дней) |
| Лоринден А (Lorinden)Лоринден С мазь  | Флуметазон+ салициловая кислота; Флуметазон+Клиохинол | Наносят на кожу и слизистые оболочки 3-5, затем 1-2 раз в сут. |
| Полькортолон (Polcortolon), Триакорт, Фторокорт мазь, крем 0,1% | Триамцинолон | Небольшое количество мази или крема втирают в пораженные участки 2-3 раза в сут. |
| Синафлан, мазь синафлана (Synaflanum, мазь, линимент 0,025% | Флюоцинолона ацетонида (бифторированный кортикостероид) | Наносят тонким слоем 1-3 раза в сут., курс лечения 5-10 (не более 25) дней. Мало всасывается с поверхности кожи |
| Флуцинар (Flucinar): мазь, гель0,025%Синодерм | Флюоцинолона ацетонида (бифторированный кортикостероид) | Мазь применяют 2-3 раза в сут., гель — 1 раза в сут. Мало всасывается с поверхности кожи |
| Целестодерм-В {Celestoderm V) крем, мазь, лосьон; крем 0,1% | Бетаметазона валерат  | Наносят тонким слоем 2-4, до 6 раза в сут. (при инфильтрации — можно под окклюзионную повязку) |

**Комбинированные наружные препараты с кортикостероидами**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Препарат (торговое название),****форма выпуска** | **Международное****наименование** | **Показания, особенности действия и способа применения** |
| Белосалик (Belosalic) мазь, лосьон | Бетаметазона0,5 мг/г, салициловойкислоты 3%(в лосьоне — 2%) | Быстрое, выраженное и стойкое противовоспалительное, антиаллергическое, противозудное действие. Салици­ловая кислота способствует проникновению бетаметазо­на в глубокие слои кожи, действует антисептически, восстанавливает защитную кислую реакцию кожи. Спиртовой раствор дополнительно охлаждает кожу, не склеивает волосы, не оставляет видимых следов на коже. Показания: аллергодерматозы с, выраженным шелушением (экзема, дерматиты), ихтиозиформные состояния, некоторые формы псориаза (с очагами на лице, волосистой части головы), себорея с выраженным воспалением. Используется 2 раза в сут., лучше втирая |
| Гиоксизон (Hyoxysonum) мазь | Гидрокортизона ацетата 1%, окситетрациклина гидрохлорида 3% | Антимикробное (широкого спектра), противовоспалительное, противоаллергическое действие. Применяется при аллергодерматозах с вторичным инфицированием (экзема, нейродермит), пиодермиях с выраженной воспалительной реакцией, аллергическим компонентом. Мазь наносят 1-3 раза в сут., можно под повязку |
| Дипросалик (Diprosalic): мазь, водно-спиртовой раствор (лосьон) | Бетаметазона дипропионата 0,05%, салициловой кислоты 3% (в лосьоне 2%) | Салициловая кислота способствует проникновению бетаметазона в глубокие слои кожи, действует антисептически, восстанавливает защитную кислую реакцию кожи. Показаниями являются: аллергодерматозы с выраженным шелушением (экзема, дерматиты), ихтиозиформные состояния, некоторые формы псориаза (с очагами на лице, волосистой части головы), себорея с выраженным воспалением. Используется 2 раза в сут., можно втирая |
| Кортомицетин (Corcomycetinum) мазь | Гидрокортизона ацетата 0,5%, левомицетина 0,2% | Противоаллергическое действие сочетается с влиянием на Гр+ и Гр- бактерии. Применяется при инфици­рованных (чаще кокками) аллергических, воспали­тельных дерматозах, пиодермиях с гиперергической воспалительной реакцией, аллергическим компонентом. Мазь наносят 2-3 раза в сут., можно под окклюзионную повязку (1 раза в сут.), курс — 7-10 (до 30) сут. |
| Микозолон (Mycosolon): мазь | Мазипредона (деперзолона) 0,0025 г/г, миконазола 0,02 г/г | Показан при аллергических процессах с инфицированием Гр+ бактериями (стафилококки), грибами (трихофитоны, эпидермофитоны, кандида, аспергиллы); микозах, сочетающихся с суперинфекцией Гр+ бактериями, аллергическим компонентом (1-2 раза в сут., курс 2-5 нед.) |
| Оксикорт (Oxycort): мазь, аэрозоль | Гидрокортизона ацетата 0,01 г/г (в аэрозоле 0,00013 г/г), окситетрациклина гидрохлорида 0,03 г/г (в аэрозоле 0,004 г/г) | Применяется при пиодермиях с аллергическим компонентом, аллергодерматозах с импетигинизацией, укусах насекомых, МЭЭ, лучевых дерматитах (2-3 раза в сут.) |
| Пимафукорт (Pimafucort): крем, мазь, лосьон | Крем, мазь содержат по 0,01 г/г иатамицина и гидрокортизон а, 3,5 мг/г неомицина сульфата; в лосьоне иатамицина 0,01 г/г, гидрокортизон а 0,005 г/г, неомицина 1,75 мг/г | Показан при поверхностных дерматозах с аллергическим компонентом, инфицированных Гр+, Гр- бактериями (стафилококки, энтерококки, клебсиелы, протей, кишечная палочка), грибами (дерматофиты, Candida), а также бактериально-грибковых процессах с аллергическим компонентом. Используется 2-4 раза в сут., курс 2-4 нед. |
| Тридерм (Triderm): крем, мазь | Бетаметазона дипропионата 0,05%, гентамицина0,1%, клотримазола 1% | Показан при аллергодерматозах, осложненных грибково-бактериальной микрофлорой, инфекционных процессах кожи с аллергизацией (кроме вирусных поражений). Используется 2 раза в сут., можно втирая, курс до 2-4 нед. |

**5.5.Пасты**

**Паста (Pastae)** — разновидность мази с содержанием порошкообразных веществ не менее 25% (близки по консистенции к тесту). Количество порошкообразных веществ обычно не превышает 25-65%. При температуре тела пасты размягчаются.

Различают мягкие и твердые пасты. При соответствии 1:1 — мягкая паста, при соответствии 2:1 — твердая паста.

**Паста как лекарственная форма способствует** смягчению рогового слоя эпидермиса и усилению биодоступности лекарственных веществ.

**Показания к применению**: остаточные признаки экссудативного процесса в виде серозных корочек, мелких изолированных эрозий на месте бывших пузырей.

**Противопоказания**: мокнутие, локализация очагов на волосистой части головы.

**Прописи паст**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Прописи рецептовRp: | Примечания |
| 1 | Pastae Zinci 40,0D.S. Наносить на очаги 2 раза в день | Официнальная цинковая паста |
| 2 | Pastae Znci-naphthalani-boratae 25,0D.S. Наносить на очаги 2 раза в день | Официнальная борно-цинко-нафталанная паста |
| 3 | Acidi salicylici 1,0 Zinci oxydiAmyli tritici aa 12,5Vaselini ad 50,0 M.f.pastaD.S. Нанести на очаги 1—2 раза в день | Паста Лассара |
| 4 | Ichthyoli 0,5Naphthalani 1,5Zinci oxydiAmyli aa 5,0 Vaselini 20,0M.f.pastaD.S. Наружное | Паста ихтиоло-цинк-нафталанная. |
| 5 | ASD-III фр. 5,0 Naphthalani 10,0 Pastae Zinci 50,0 Betasalic KMP 10,0 M.f. pasta D.S. Наружное. | Паста с содержанием АСД (антисептик стимулятор Дорогова), нафталана. Обладает хорошим рассасывающим эффектом. |

**5.6. Линименты, кремы.**

**Линименты, кремы -** разновидность мазей. Представляют собой эмульсионную форму с различным соотношением водных и жировых компонентов.

Линименты (Linimtnta, Lin.) – жидкие мази, в которых растворенные вещества равномерно распределены в жидкой мазевой основе, т.е. мази в виде вязкой жидкости. Перед применением эту лекарственную форму необходимо взбалтывать.

Кремы – мази мягкой консистенции, представляющие собой эмульсии типа масло в воде или вода в масле. Предпочтителен при интертригинозных процессах. Косметически более удобен. Недостатки - может вызвать сухость и раздражение, особенно при повреждённой коже.

**Показания к применению**: поверхностные воспалительные дерматозы с повышенной сухостью, изменением процесса кератинизации, как например, у больных всеми клиническими разновидностями ихтиоза; острое, подострое воспаление.

**Противопоказания**: мокнутие.

**Прописи кремов**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Прописи рецептовRp: | Примечания |
| 1 | Lanolini Ol. Persicori Aq. destil. aa 50.0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день | Крем Унны |
| 2 | Dexazoni 0,01 Citrali 0,4 Lanolini 12,0Aq. destil.Sol. Retinoli acetatisoleosae 8,6% aa l,0M.D.S. Смазывать кожулица 2 раза в день | Крем при воспаленной коже лица |
| 3 | Dexamethazoni 0,0075Carbamidi 3,0 Ung. Zinci Olei Helianthi aa 15,0 M.D.S. Смазывать кожу лица 1—2 раза в день | При подостром дерматите на лице |

**5.7.Аэрозоли**

**Аэрозоли (Aerosola)** — аэродисперсные системы с газообразной дисперсной средой (фреоны, смесь газов, азот).

Аэрозоли для наружного использования называются спреями и предназначены для нанесения лекарственных веществ на поверхность кожи и слизистых оболочек.

**Аэрозольные препараты с преимущественно разносторонним эффектом**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Название** | **Основные ингредиенты** | **Виды действия** | **Показания** |
| «Оксициклозоль» | Окситетрациклин, преднизолон | Противомикробное (широкого спектра), противовоспалительное | Пиодермии с явлениями аллергизации, микробная экзема (кроме грибковой), ожоги, инфицированные повреждения кожи. |
| «Олазоль» пенный аэрозоль | Масло облепиховое, левомицетин, анестезин или бензокаин, кислота борная, ланолин, глицерин | Антибактериальное (широкого спектра), противовоспалительное, обезболивающее, регенерирующее | Ожоги, инфицированные раны, трофические язвы, пиодермии, зудящие дерматозы (особенно с импетигинизацией) |
| «Пантенол» пенный аэрозоль | Декспантенол (провитамин В5) | Регенерирующее, противовоспалительное, умеренное противовирусное (в отношении Н. simplex) | Эрозивно-язвенные поражения кожи (ожоги, трещины, трофические язвы, дерматиты) |
| «Скин-кап» | Цинк пиритионат, лаурил сульфат и другие вспомогательные вещества | Антибактериальное, противогрибковое; особая эффективность отмечена в отношении Pytyrosporum ovale и orbiculare.  | Псориаз, атопический дерматит, экзема, кожный зуд, разноцветный лишай, сухая и жирная себорея и другие дерматозы с шелушением. |

**6.Тестовые задания для контроля знаний**

Выберите один правильный ответ

001. ФЕНОМЕН «СТЕАРИНОВОГО ПЯТНА»

 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. псориаза

2. красного плоского лишая

3. почесухи

4. экземы

5. атопического дерматита

002. ПРОБА БАЛЬЦЕРА ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

 1. лепры

 2. лейшманиоза

 3. эритразмы

 4. отрубевидного лишая

 5. псориаза

003. СЕТКА УИКХЕМА – ЭТО СИМПТОМ

1. псориаза

2. красного плоского лишая

3. вульгарного сикоза

4. онихомикоза

5. псевдофурункулеза

004. ФЕНОМЕН КЁБНЕРА СВОЙСТВЕН

1. туберкулезной волчанке

2. склеродермии

3. угревой болезни

4. красному плоскому лишаю

5. чесотке

005. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКЕ ЭЛЕМЕНТЫ

СЫПИ

1. корка

2. чешуйка

3. рубец

4. трещина

5. папула

006. ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

1. бугорок

2. пятно

3. язва

4. волдырь

5. трещина

007. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ

1. микозе гладкой кожи

2. экземе

3. акантолитической пузырчатке

4. микроспории

5. склеродермии

008. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ВАЖНА ПРИ

1. колликвативном туберкулезе

2. красном плоском лишае

3. микроспории

4. псориазе

5. фурункулезе

009. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

1.пятнами

2. папулами

3. узлами

4. волдырями

5. бугорками

010. ПРИ ФУРУНКУЛЕЗЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИССЛЕДОВАНИЕ

1. крови на сахар

2. крови на билирубин

3. мочи на креатинин

4. кала на гельминты

5. крови на свертываемость

011. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА

1. (+) симптом Никольского

2. (+) симптом Асбо-Ганзена

3. наличие акантолитических клеток

4. субэпидермальные пузыри

5. интраэпидермальные пузыри

012. В СОДЕРЖИМОМ ПУЗЫРЕЙ ПРИ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА ОБНАРУЖИВАЮТ

1. клетки Тцанка

2. LE-клетки

3. эозинофилы

4. нейтрофилы

5. базофилы

013. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

1. Никольского

2. яблочного желе

3. проваливания зонда

4. Кёбнера

5. стеаринового пятна

014. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. исследование нативных препаратов в темном поле зрения

2. окраска по Романовскому-Гимзе

3. окраска метиленовым синим

4. серебрение по Морозову

5. культивирование на питательных средах

015. ИССЛЕДОВАНИЕ ВСЕХ ВИДОВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА

1. псориаза

2. красного плоского лишая

3. лепры

4. микоза туловища

5. псевдофурункулеза

016. НЕТРЕПОНЕМНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. ИФА

2. РМП

3. РИФ

4. РИБТ

5. РПГА

017. РУБЕЦ ОСТАЕТСЯ ПОСЛЕ ЭВОЛЮЦИИ

1. папулы

2. везикулы

3. бугорка

4. волдыря

5. пятна

018. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСОРИАЗА

1. ладони и подошв

2. крупные складки

3. лицо

4. локти и колени

5. половые органы

019. В СТАДИИ МОКНУТИЯ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ ПОКАЗАНЫ

1. присыпки

2. мази

3. примочки

4. взбалтываемые взвеси

5. пасты

020. НА ОЧАГИ ЛИХЕНИЗАЦИИ КОЖИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

1. примочки

2. мази

3. крем

4. водно-взбалтываемую взвесь

5. аэрозоли

 **6.1. Эталоны ответов к тестовым заданиям**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер вопроса | Эталон ответа | Номер вопроса | Эталон ответа | Номер вопроса | Эталон ответа |
| 001 | 1 | 008 | 3 | 015 | 3 |
| 002 | 4 | 009 | 5 | 016 | 2 |
| 003 | 2 | 010 | 1 | 017 | 3 |
| 004 | 4 | 011 | 4 | 018 | 4 |
| 005 | 5 | 012 | 3 | 019 | 3 |
| 006 | 5 | 013 | 1 | 020 | 2 |
| 007 | 3 | 014 | 1 |  |  |

**7. Ситуационные задачи**

**Задача №1**

 На прием к дерматологу обратился больной 32-х лет с жалобами на высыпания на коже стоп, сопровождающиеся болезненностью.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение полугода. Сначала заметил шелушение в межпальцевых складках стоп, сопровождающееся зудом. Затем появились пузырьки на подошве и в межпальцевых складках стоп.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на подошвах и в межпальцевых складках стоп. На коже подошв эрозии с явлениями мокнутия, на своде стоп сгруппированные пузырьки по типу «саговых зерен», в межпальцевых складках шелушение, трещины, пузырьки и эрозии.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Алгоритм обследования больного.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?

4. Назначьте наружное лечение больному. Выпишите рецепты.

5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №2**

 На прием к дерматологу обратилась больная 56 лет с жалобами на сильный зуд, высыпания на туловище, конечностях и в полости рта.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около 2-х месяцев, когда появились высыпания на коже туловища, конечностей, в полости рта, сопровождающиеся зудом. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Отмечает, что около полугода беспокоят сухость во рту, жажда, немотивированное увеличение массы тела. Сопутствующие заболевания - хронический панкреатит, гипертоническая болезнь.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий, кистей, располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На слизистой полости рта имеются единичные эрозии неправильных очертаний. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета милиарные папулы. Ногти на кистях имеют выраженную продольную исчерченность и очаговое помутнение. Лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному синдрому.
3. Алгоритм обследования больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
5. Профилактика заболевания.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания на коже рук и туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

 ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х лет. Отмечала появление высыпаний на руках при использовании стирального порошка. Высыпания исчезали после применения кортикостероидных мазей. При повторных контактах с порошком высыпания появлялись вновь и носили более стойкий характер. В течение последних 3-х месяцев сыпь на кистях полностью не исчезает, несмотря на исключение контактов со стиральным порошком.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс симметричный, локализуется на коже тыльных поверхностей кистей, на предплечьях и туловище. Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации, мелкокапельное мокнутие. На предплечьях и коже туловища эритематозно-сквамозного характера элементы сыпи, единичные везикулы, экскориации.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите характерные клинические признаки заболевания
3. Алгоритм обследования больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
5. Показания для госпитализации.

**Задача №4**

В больницу на госпитализацию поступил ребенок 3-х месячного возраста.

ИЗ АНАМНЕЗА. Через две недели после выписки из роддома у ребенка на коже туловища стали появляться маленькие пузырьки с прозрачным содержимым. Медсестра из детской поликлиники посоветовала смазывать эти высыпания раствором бриллиантовой зелени и воздерживаться от купания ребенка. Данное лечение помогло, хотя периодически такие высыпания появлялись вновь. Неделю назад на коже шеи и спины появились уплотнения в подкожной клетчатке. Сначала они были размером с горошину, а затем увеличились до лесного ореха. Кожа над ними покраснела, стала болезненной. Общее состояние ребенка резко ухудшилось, поднялась температуры до 38С.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Располагается симметрично на коже шеи, спины и ягодиц. Высыпания представлены множественными узлами размером от горошины до лесного ореха, резко ограниченными, болезненными, кожа над ними багрово-синюшной окраски. В центре некоторых узлов при пальпации определяется флюктуация и выделяется желто-зеленый гной. Некроз и некротический стержень отсутствует.

1. Поставьте диагноз.
2. Осложнения данного заболевания.
3. Алгоритм обследования больного.
4. Выпишите рецепты наружной терапии.
5. Профилактика заболевания у детей.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей, боль в области правого лучезапястного сустава, суставов кистей, изменение ногтевых пластинок рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около пяти лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов имеются бляшки красного цвета размером 5х8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость. Деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка». При поскабливании бляшек наблюдаются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие феномены характерны для данного заболевания?
3. Инструментальные методы диагностики поражения суставов.
4. Особенности течения заболевания.
5. Влияние заболевания на качество жизни.

**Задача №6**

У больной на коже туловища единичные крупные розеолы, на ладонях сгруппированные папулы, эрозивные папулы на языке и мягком небе, поредение бровей и ресниц. МРП (4+) в титре 1:80. Венеролог диагностировал сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек. У источника заражения установлен ранний скрытый сифилис. Больная находится в тесном бытовом контакте с двумя детьми. Возраст детей 1,5 года и 12лет.

1. Возможно ли заражение детей от больной сифилисом матери бытовым путем?
2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.
3. Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови
4. Что служит абсолютным доказательством наличия сифилиса у больного?
5. Проведите дифференциальную диагностику розеолезного сифилида у больной.

**7.1. Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Ответ к задаче №1**

1. **Поставьте предварительный диагноз.**

Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.

1. **Алгоритм обследования больного.**
* микроскопическое исследование патологического материала: соскоб чешуек с очагов на коже, с покрышек пузырей. Для определения вида возбудителя проводится культуральное исследование.
* при назначении антимикотиков системного действия необходимо биохимическое исследование функции печени (кровь на билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочную фосфатазу).
1. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?**

Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактеридом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией.

1. **Назначьте наружное лечение больному. Выпишите рецепты.**

Rp.: Ac.borici

 Naphthalani aa 0,5

 Aethacridini lactatis 1,5

 Pastae Zinci 15,0

 M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день

Rp.: Ung.Clotrimasoli 1%- 20,0

 D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день

Rp: Fucorcini 25 ml.

 D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

1. **Рекомендации больному после клинического выздоровления**
* выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).
* дезобработка обуви, белья и предметов обихода.

**Ответ к задаче №2**

* 1. **Поставьте диагноз.**

Красный плоский лишай (синдром Гриншпана).

* 1. **Дайте определение данному синдрому.**

Синдром Гриншпана – сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ на слизистой рта с сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

* 1. **Алгоритм обследования больной.**

В большинстве случаев диагноз КПЛ ставится на основании данных клинической картины.

* клинический анализ крови.
* клинический анализ мочи.
* биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий белок, азот мочевины, креатинин, общий билирубин и др.).
* для уточнения диагноза проводят стандартное гистологическое исследование биоптатов кожи с наиболее характерных очагов поражения.
* обследование на гепатит В и С
* показания к консультации других специалистов ( при назначении ПУВА-терапии консультации окулиста, терапевта, эндокринолога, гинеколога)
	1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика со вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом.

* 1. **Профилактика заболевания.**

Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств.

**Ответ к задаче №3**

1. **Поставьте диагноз.**

Распространенная истинная экзема в стадии обострения.

1. **Перечислите характерные клинические признаки заболевания**

Границы очагов поражения не резкие, высыпания располагаются симметрично, тенденция к диссеминации резко выражена, наиболее типичны симптомы: эритема «серозные колодцы»,участки мокнутия, везикулы, папулы, сероватые или желтоватые корочки.

1. **Алгоритм обследования больной.**
* анамнез и физикальное исследование

Анамнез больного экземой должен отражать возраст начала заболевания, связь с провоцирующими факторами, наличие аллергии, в том числе пищевой /непереносимости отдельных продуктов, указание на имеющиеся признаки атопии (эпизоды сенной лихорадки, бронхиальной астмы), в том числе отягощенный наследственный анамнез, сопутствующие аллергические заболевания.

* лабораторные исследования

*Обязательные лабораторные исследования:*

* Клинический анализ крови.
* Клинический анализ мочи.
* Биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий белок, азот мочевины, креатинин, общий билирубин и др.).
* Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.

*Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:*

* Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения.
* При вторичном инфицировании проводится культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам.
* Гистологическое исследование проводится по показаниям с целью дифференциальной диагностики.
* Определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови.
* Бактериологическое исследование микрофлоры кожи.
* УЗИ органов брюшной полости.
* показания к консультациям других специалистов:

Гастроэнтеролог—диагностика и лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, глистных инвазий.

Психоневролог — диагностика и лечение заболеваний нервной системы.

Аллерголог — проведение аллергологических исследований.

Терапевт — диагностика и лечение хронических сопутствующих заболеваний.

1. **Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания**

Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом.

1. **Показания для госпитализации.**

Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Распространенные формы и тяжелое течение заболевания.

**Ответ к задаче № 4**

1. **Поставьте диагноз.**

Псевдофурункулез Фингера (множественные абсцессы у детей).

1. **Осложнения данного заболевания.**

Отит, пневмония, гнойный менингит; перитонит; возможно развитие флегмоны, остеомиелита, сепсиса.

1. **Алгоритм обследования больного.**
* общий клинический анализ крови;
* определение глюкозы в периферической крови;
* общий анализ мочи;
* биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, ЩФ, креатинин, мочевина, глюкоза;
* гистологическое исследование биоптата кожи (по необходимости);
* исследование иммунологического статуса (по необходимости);
* микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам.
1. **Выпишите рецепты наружной терапии.**

Rp.: Liquoris Castellani 50,0

 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.

Rp.: Fucorcini 25ml.

 D.S. Смазывать очаги 1 раз в день.

Rp.: Ung. Erythromycini 1%- 10,0

 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.

Rp.: Ung. Hentamycini 0,1%-10,0

 D.S. Наносить на очаги поражения 2-3 раза в день.

Rp.: Ung. Lyncomycini 2%-15,0

 D.S. Наносить на очаги поражения.

1. **Профилактика заболевания у детей.**

- повышение иммунитета беременной женщины, выявление и санация очагов фокальной инфекции.

- соблюдение санитарно-гигиенического режима в родильных домах, в детских учреждениях (ясли, Дом ребенка)

- выполнение существующего положения о временном закрытии родильных домов для дезинфекции и проветривания (не менее 2 раз в год).

При появлении вспышки гнойной инфекции родильный дом немедленно закрывают.

- детей, страдающих всеми формами пиодермий, до полного излечения изолируют от здоровых детей.

- обработка мелких травм кожи у ребенка, туалет здоровой кожи с целью предупреждения распространения инфекции.

- систематическое закаливание детей, привитие детям санитарно-гигиенических навыков.

**Ответ к задаче №5**

1. **Поставьте диагноз:**

Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма. Псориатический артрит.

1. **Какие феномены характерны для данного заболевания?**

В прогрессирующей стадии псориаза наблюдается изоморфная реакция раздражения (симптом Кебнера), которая выражается в возникновении псориатических высыпаний на местах травмы кожи, иногда даже самой незначительной. Псориатическая триада включает в себя следующие феномены: феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, феномен «кровяной росы» или точечного кровотечения (Ауспитца).

1. **Инструментальные методы диагностики поражения суставов:**

- рентгенография (изменения на рентгенограммах кистей и стоп, сакроилеит)

- УЗИ высокого разрешения (верификация синовитов и энтезитов).

- магнитно-резонансная томография (верификация синовитов, энтезитов и раннее выявление эрозий)

1. **Особенности течения заболевания.**

Течение псориаза различное у разных больных. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период года (зимняя форма), реже в весенне-летний период (летняя форма).

1. **Влияние заболевания на качество жизни.**

- косметические недостатки (даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы).

- ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза.

- постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением

- инвалидизация при тяжелых формах заболевания и т.д.

**Ответ к задаче № 6**

1. **Возможно ли заражение детей от больной сифилисом матери бытовым путем?**

Возможно.

1. **Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.**

Обязательное обследование бытовых контактов. Назначение им превентивного или специфического лечения или проведение клинико - серологического контроля (в зависимости от результатов обследования).

1. **Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови**

**Нетрепонемные тесты:**

* реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги;
* RPR (РПР) — тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реагины плазмы;
* VDRL — Venereal Disease Research Laboratory — тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний;
* TRUST — тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);
* RST — тест на скрининг реагинов (Reagin Screen Test);
* USR — тест на реагины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins).

**Трепонемные тесты:**

* ИФА — иммуноферментный анализ;
* РПГА— реакция пассивной гемагглютинации;
* РИФ — реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200;
* Иммуноблоттинг;
* РИБТ (РИТ) — реакция иммобилизации бледных трепонем.
1. **Что служит абсолютным доказательством наличия сифилиса у больного?**

Абсолютным доказательством наличия сифилиса является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопии в темном поле зрения или прямой иммунофлюоресценции, а также выявление специфической ДНК и РНК возбудителя в полимеразной цепной реакции.

1. **Проведите дифференциальную диагностику розеолезного сифилида у больной.**

С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.

**8. Литература**

1.Детская дерматовенерология : учебник / И. А. Горланов, Д. В. Заславский, И. Р. Милявская [и др.]. – М. : Академия, 2012. – 351 с.

2. Дерматовенерология: учеб. для вузов / В. В. Чеботарев, К. Г. Караков, Н. В. Чеботарева [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 272 с.

3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. / под общ. ред. акад. А. А. Кубановой. – М. : Издательство Панфилова : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – Т.I. – 868 с.

4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 320 с.

5.Клинические рекомендации. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. – М. : Деловой экспресс, 2015. – 112 с.

6.Клиническая дерматовенерология : нац. рук. / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1024 с.