

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия Министерства
здравоохранения Российской Федерации»

Кафедра дерматовенерологии

В.Т. Базаев, М.Б. Цебоева, М.С. Царуева

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

**Учебное пособие
по практическим навыкам**

ВЛАДИКАВКАЗ 2020

УДК 616.5
ББК 55.83

Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С. Дерматовенерология (учебное пособие по практическим навыкам). Владикавказ. 149 с.

ISBN

Рецензенты: **Чеботарев В.В.** д.м.н., профессор зав кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ставропольского государственного медицинского университета.
В.Е. Темников - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета.

Учебное пособие по практическим навыкам составлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.32 – дерматовенерология; Федеральными клиническими рекомендациями «Дерматовенерология 2020: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем». Пособие предназначено для клинических ординаторов дерматовенерологов, слушателей циклов последипломного образования по дерматовенерологии. Оно будет также полезно для практических дерматовенерологов, врачей общей практики и студентов медицинских ВУЗов. Пособие содержит цели, предполагаемые результаты обучения, информационный блок, в котором представлен весь перечень манипуляций и практических навыков, которыми должны овладеть обучающиеся.

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» Министерства образования и науки Российской Федерации.

УДК 616.5
ББК 55.83

© Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С., 2020

СОДЕРЖАНИЕ

I. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ».....	5
II. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ9	9
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....	9
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ..	16
III. ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ, КОТОРЫМИ ДОЛЖНЫ ВЛАДЕТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ОРДИНАТОРЫ (СЛУШАТЕЛИ) ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИ.....	21
КЛАССИФИКАЦИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ И АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ	32
ЭТИОЛОГИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ И АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ	32
ПАТОГЕНЕЗ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ И АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ	34
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ И АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ.....	35
ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ И АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ	37
ПРОФИЛАКТИКА АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ И АНАФИЛАКТОИДНЫХ РЕАКЦИЙ	41
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	115
СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ. НЕТРЕПОНЕМНЫЕ ТЕСТЫ:.....	134
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ:.....	135
ПРЕИМУЩЕСТВА НЕТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ:.....	135
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕПОНЕМНЫХ ТЕСТОВ:	137
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	148

I. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

В результате обучения клинический ординатор (слушатель) должны обладать профессиональными компетенциями (ПК):

профилактическая деятельность:

— готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

— готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

— готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

— готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

— готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

— готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

— готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

— готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

— готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

— готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

— готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

В результате обучения клинический ординатор (слушатель) должны знать:

— основы законодательства здравоохранения, директивные документы, регламентирующие деятельность органов здравоохранения;

— принципы организации специализированной дерматовенерологической помощи населению (поликлиника, стационар);

— анатомо-физиологические, возрастные и половые особенности здорового и больного человека, взаимосвязь кожи, функциональных систем организма и их регуляцию;

- современные классификации, клиническую симптоматику заболеваний кожи, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), их диагностику, лечение, профилактику;
- принципы медикаментозного лечения, фармакокинетику и фармакодинамику основных групп лекарственных средств;
- использование немедикаментозной терапии, физиотерапии;
- диеты, основы рационального питания;
- принципы противозидемических мероприятий в очаге инфекции;
- принципы и возможности методов диспансерного обслуживания больных;
- основы врачебно-тудовой экспертизы заболеваний кожи;
- формы и методы санитарно-просветительской работы;
- принципы организации медицинской службы гражданской обороны.

В результате обучения клинический ординатор (слушатель) должны уметь:

- получить информацию о заболевании, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, профессиональных, возрастных и климатических факторов;
- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь;
- принимать правильное решение по тактике ведения больного;
- проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку, при необходимости привлекать консультантов;
- распознать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания;
- проводить дифференциальную диагностику, сформулировать и обосновать клинический диагноз;

- выбрать тактику ведения с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей;
- определить трудоспособность и показания для направления больного на КЭК и МСЭК;
- разработать план реабилитации и профилактики;
- осуществлять наблюдение за диспансерной группой больных;
- определить показания к направлению на санаторно — курортное лечение;
- оформить медицинскую документацию в соответствии с законодательством;
- организовать работу среднего и младшего медицинского персонала;
- составить отчет о работе и провести ее анализ.

II. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Основной целью развития отечественного здравоохранения является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации. В настоящее время основными нормативными документами, регулирующими деятельность дерматовенерологической службы страны, являются: Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N326-ФЗ, Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», а также, принимаемые в соответствии с ними другие федеральные законы и нормативные правовые акты Российской Федерации и ее субъектов. В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан специализированная медицинская помощь подразделена на два вида — непосредственно специализированную и высокотехнологичную, предусматривающую использование высоких медицинских технологий, перечень которых утверждает федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения. Специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную (ВМП), оказывают гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан также указано, что специализированную медицинскую помощь оказывают врачи — специалисты. Разработкой стандартов и Порядка оказания медицинской помощи занимается

федеральный орган исполнительной власти по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

В настоящее время одним из основных нормативных документов, регулирующих ее деятельность, является Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология».

Как разновидность специализированной формы медицинской помощи современная дерматовенерология требует применения новых технологий, в том числе, высокотехнологичных, т.е. должна соответствовать второму и третьему уровням оказания медицинской помощи. В тоже время, некоторые нозологии (неосложненные формы бактериальных, паразитарных, грибковых инфекций и т.д.) после консультации дерматолога можно лечить в условиях первичного медико-санитарного звена участковыми терапевтами и педиатрами, врачами общей практики. Специализированная дерматовенерологическая помощь, в настоящее время оказывается в медицинских учреждениях районного звена, а также в дерматовенерологических учреждениях межрайонного уровня и субъектов Российской Федерации. Высокотехнологичную помощь предоставляют ведущие специализированные медицинские центры России и некоторых субъектов. Таким образом, сформирована трехуровневая система дерматовенерологической помощи.

Дерматовенерологическую медицинскую помощь в кожно-венерологических диспансерах (КВД) и других специализированных медицинских учреждениях, предоставляемую за счет средств бюджетов субъектов РФ, оказывают органы государственной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан.

При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи его направ-

ление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете.

При подозрении или установлении диагноза врожденного сифилиса новорожденным в неонатальном периоде проводят специфическое лечение в родильном доме (отделении) или в детском инфекционном отделении с привлечением врача-дерматовенеролога, врача-неонатолога и (или) врача-педиатра. При наличии медицинских показаний для продолжения лечения и (или) уточнения диагноза осуществляется перевод детей в дерматовенерологическое или инфекционное отделение детской больницы.

При выявлении у больного инфекций, передаваемых половым путем, осложненных воспалительными заболеваниями органов малого таза и других органов, в том числе при беременности, лечение проводят с привлечением врача-акушера-гинеколога, врача-уролога, врача-офтальмолога, врача-колопроктолога.

В случае выявления (подозрения) онкологического заболевания у больного во время оказания медицинской помощи больного направляют в первичный онкологический кабинет (отделение).

Больные с дерматовенерологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Кожно-венерологический диспансер оказывает первичную специализированную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь больным по профилю «дерматовенерология». Это — основная медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь больным дерматовенеро-

логического профиля и проводящая организационно-методическую работу по данному направлению. Основными задачами КВД являются:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;

- диспансерное наблюдение больных с заболеваниями кожи, подкожно-жировой клетчатки, инфекциями, передаваемыми половым путем;

- проведение периодических и профилактических медицинских осмотров больных с дерматовенерологическими заболеваниями;

- организационно-методическое руководство по раннему выявлению и отбору в медицинских организациях больных с заболеваниями дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании первичной специализированной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

- ежегодное прогнозирование и учет числа нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, анализ средней длительности ожидания и числа больных, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология»;

- проведение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления больных с дерматовенерологическими заболеваниями;

- анализ состояния и качества оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», эффективности профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор

данных для регистров, ведение которые предусмотрено законодательством;

- внедрение в деятельность диспансера современных информационных технологий по учету заболеваемости и ведению медицинской документации;

- ведение эпидемиологического мониторинга заболеваемости в организациях, оказывающих медицинскую помощь больным по профилю «дерматовенерология»;

- участие в мониторинговании изменчивости и контроля качества лабораторной диагностики возбудителей инфекций, передаваемых половым путем;

- участие в организации и проведении научно-практических мероприятий по вопросам дерматовенерологии и косметологии;

- клиничко-экспертная оценка эффективности и качества оказания лечебно-диагностической помощи больным с дерматовенерологическими заболеваниями врачами общей практики, а также другими врачами-специалистами медицинских организаций;

- организация и проведение санитарно-гигиенической работы среди населения по профилактике дерматовенерологических заболеваний.

Структурные подразделения кожно-венерологического диспансера

В КВД рекомендуется предусматривать:

- приемное отделение;
- регистратуру;
- отделение для проведения медицинских осмотров;
- отдел программно-информационной поддержки;
- отдел кадров;
- бухгалтерию;
- финансово-экономический отдел;
- административно-хозяйственный отдел;
- другие отделения в соответствии с производственной необходимостью.

Одно из необходимых условий осуществления медицинской деятельности — наличие соответствующей лицензии.

Основой механизма финансового обеспечения медицинской помощи, ориентированной на конечный результат, является стандартизация. Это понятие включает разработку и внедрение стандартов медицинской помощи, под которыми понимают нормативные документы, содержащие требования к выполнению медицинской помощи больным при определенных заболеваниях, с определенными синдромами или в определенных клинических ситуациях.

Медицинские стандарты необходимы также:

- для обеспечения гарантии безопасности используемых медицинских технологий и адекватного качества медицинских услуг;
- достижения совместимости организационных и информационных технологий, медицинских услуг, лекарственных средств и медицинской техники, установления единых требований к квалификации персонала, экономическим аспектам;
- контроля качества медицинской помощи.

Министерство здравоохранения вырабатывает и утверждает стандарты медицинской помощи, включающие обязательный перечень лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также минимальные требования к условиям оказания медицинской помощи. Пациент оплачивает только дополнительную медпомощь и услуги, обеспечивающие повышенный уровень комфортности ее получения.

Медицинские стандарты (Порядки, Протоколы ведения больных) позволяют определить четкий алгоритм диагностики, лечения, а также спектр диагностических и лечебных мероприятий, оказываемых больным. Использование медицинских стандартов гарантирует соблюдение единых требований к порядку профилактики, диагностики и лечения больных, приводит к унификации расчетов стоимости медицинской помощи, разработки базовых программ обязательного медицинского

страхования и тарифов на медицинские услуги. Стандарты — это пример высокой степени обобщения подходов к оказанию медпомощи пациенту с определенным заболеванием. Вместе с тем выбор критериев подхода различен в зависимости от формы течения заболевания.

Клинико-экономический протокол (матрица) содержит формализованное описание минимально необходимого объема медпомощи приемлемого качества, оказание которой должно быть обеспечено пациенту с конкретным заболеванием в конкретной клинической ситуации. В структуре клинико-экономического протокола выделяют:

- перечень услуг с указанием их обязательности и альтернативности, частоты и кратности (отдельно для диагностики, лечения заболевания и контроля эффективности);
- перечень лекарств с указанием обязательности и альтернативности, частоты применения и эквивалентных курсовых доз;
- маршрутизацию (кто какие услуги выполняет);
- правила оказания медпомощи.

В соответствии с законодательством РФ гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывают медико-социальную помощь и обеспечивают диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях бесплатно или на льготных условиях. К таким заболеваниям постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 отнесены ИППП.

Современная дерматовенерология представляет собой динамично развивающуюся специальность, сохранившую в ходе структурной перестройки системы здравоохранения самостоятельность и активно участвующую в реализации основных направлений развития отечественного здравоохранения.

Среди перспективных направлений развития дерматовенерологической помощи населению РФ следует отметить:

- актуализацию стандартов медицинской помощи и подготовку протоколов ведения больных по отдельным нозологиям;

- расширение перечня высокотехнологичных видов дерматовенерологической помощи и наращивание объемов ее оказания;

- создание единой общероссийской базы данных больных хроническими дерматозами;

- подготовку новых образовательных программ для врачей и среднего медицинского персонала;

- дальнейшее совершенствование разграничения полномочий в сфере здравоохранения в части наделения первичного звена здравоохранения функциями по профилактике социально значимых заболеваний;

- информационное обеспечение деятельности кожно-венерологических диспансеров.

Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Право на охрану здоровья (323-ФЗ, глава 4., статья 18).

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.

2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощью.

Право на медицинскую помощь (323-ФЗ, глава 4., статья 19).

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Фе-

дерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

б) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на пре-

доставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Права медицинских организаций (323-ФЗ, Статья 78).

Медицинская организация имеет право:

1) вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи;

2) участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования;

3) выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования;

5) создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

Обязанности медицинских организаций (323-ФЗ, Статья 79).

1. Медицинская организация обязана:

1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме;

2) осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

3) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

4) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

5) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств;

6) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

7) информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;

8) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

9) информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий;

10) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом;

11) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

12) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности;

13) проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий.

2. *Медицинские организации*, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 настоящей статьи, также обязаны:

1) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;

4) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

III. ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ, КОТОРЫМИ ДОЛЖНЫ ВЛАДЕТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ОРДИНАТОРЫ (СЛУШАТЕЛИ) ДЕР- МАТОВЕНЕРОЛОГИ

1. Методика опроса, осмотра, составление плана обследо- вания и лечения больного, оформление истории болезни.

Чтобы оказать квалифицированную помощь больному врачу необходимо обладать глубокими профессиональными знаниями. Он должен уметь правильно оценить жалобы, клинические проявления дерматозов, результаты различных методов обследования: физикальных, инструментальных, лабораторных и т.д. История болезни представляет собой основной медицинский документ, отражающий весь процесс от поступления больного в лечебное учреждение до его выписки. Она включает не только сведения о состоянии здоровья пациента на данный момент и в прошлом, но и другую информацию личного характера, разглашение которой может нанести ему моральный, а в некоторых случаях и материальный ущерб. Все сведения, вносимые в историю болезни, должны быть четкими и понятными, приводимые классификации соответствовать МКБ — 10. История болезни не только медицинский, но и юридический документ, который в полной мере должен отвечать требованиям законодательства и защищать права пациента. Вся информация, содержащаяся в истории болезни, представляет врачебную тайну. Сведения о больном могут передаваться только по официальному запросу следственных органов и в других, оговоренных законом случаях. Приводимая ниже схема истории болезни отражает традиционный подход, применяемый в практическом здравоохранении, и, конечно же, может претерпевать те или иные изменения в будущем.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

1. Общее состояние: слабость, чувство разбитости, быстрая утомляемость, плохое самочувствие.

2. Со стороны кожи и видимых слизистых у больных дерматозами: ощущение жара, жжения, зуда, парестезии, их стойкость, локализация, время появления и наибольшей интенсивности.

3. Со стороны мочеполовой системы у больных с ИППП: выделения из уретры (у мужчин), из влагалища (у женщин); боли, жжение, в том числе при мочеиспускании, дизурические расстройства, боли при дефекации, сыпь на половых органах и т.д.

4. Жалобы со стороны других систем и органов:

а) нервная система: настроение (спокойное, угнетенное и т.п.), раздражительность, плаксивость, апатия, сонливость; способность к умственной работе, профессиональная трудовая способность, память; сон (как быстро засыпает, чуткий или глубокий сон, сколько спит днем и ночью, самочувствие после сна); головные боли (когда возникают, их локализация, интенсивность); половые влечения, половая слабость (у мужчин), фригидность (у женщин);

б) органы чувств: расстройство зрения, слуха, обоняния и вкуса;

в) со стороны сердечно — сосудистой системы: боли в области сердца, сердцебиение, похолодание конечностей и т.п.;

г) органы дыхания: боли в груди, затрудненное дыхание, кашель, кровохарканье, астматические приступы и т.п.);

д) желудочно — кишечный тракт: боли в животе, нарушения саливации, вкуса, аппетита, акта глотания; тошнота, рвота, отрыжка, изжога, запоры, поносы, отхождение гельминтов и т.д.;

е) печень: боли в области печени, их частота, продолжительность, интенсивность, чувство горечи во рту и т.д.;

ж) мочеполовая система: боли в области почек, дизурические явления, гематурия, изменения цвета мочи, суточный диурез и т.д.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (Anamnesis Vitae)

Каким по счету ребенком родился больной? Возраст родителей к моменту рождения. Развитие в раннем детстве. В каком

возрасте начал посещать школу, какие учебные заведения окончил, как успевал? Начало трудовой деятельности, условия труда в различные периоды жизни, были ли профессиональные вредности, их влияние на состояние здоровья. Какие условия работы в настоящее время, где и кем работает, в помещении или на воздухе, имеются ли профессиональные вредности (газы, пыль, химикаты, высокая, низкая температура и т.д.)? Жилищные и бытовые условия в различные периоды жизни. Характер питания. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков). Ранее перенесенные заболевания, их течение и исход. Наличие повышенной чувствительности к медикаментам, пищевым, бытовым и другим веществам.

Время полового созревания (в каком возрасте начали формироваться половые признаки, когда появились менструации, их характер в настоящее время). Начало половой жизни, сколько было беременностей и их исходы. Климакс, его начало, как протекал. Аборты (самопроизвольные, искусственные, их количество).

Наследственность: наличие среди членов семьи и у ближайших родственников нервно-психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий, туберкулеза, сифилиса, сосудистых и аллергических и др. заболеваний.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis Morbi)

У больных дерматозами

Когда и на каких участках тела возникли первые признаки заболевания, их характер, предполагаемая причина? Динамика развития процесса (наличие и продолжительность рецидивов, их связь с различными факторами, усиление, ослабление или полное исчезновение признаков заболевания). Предшествовали ли началу заболевания охлаждение, инфекции, пищевые интоксикации, физические и психические травмы, производственные факторы, действие медикаментов других факторов и т.д.? Когда и в какие лечебные учреждения обращался

больной за медицинской помощью? Какие устанавливались диагнозы, какое проводилось лечение, его эффективность.

При обнаружении у больного заразного кожного заболевания (чесотка, микроспория, трихофития, фавус) следует указать предполагаемый источник заражения, контакты. Перечисляются все члены семьи, ближайшие контакты в детских коллективах, друзья по играм в доме, школе и т.п. Необходимо указать меры, принятые для привлечения к обследованию контактов больного, их результат.

У больных с ИППП

а) для больных сифилисом имеет значение дата появления первых признаков болезни, а также время, через которое они появились после полового или тесного бытового контакта с предполагаемым источником заражения, их локализация. Следует указать последовательность появления признаков заболевания на коже и слизистых оболочках, их вид, распространенность, локализацию, быстроту исчезновения. Выпадали ли волосы, сопровождалась ли кожные сыпи расстройствами общего состояния больного и какими?

Когда впервые обратился больной к врачу по поводу данного заболевания, в какое лечебное учреждение и какой диагноз устанавливался? Какие были проведены лабораторные исследования? Лечился ли больной и чем? Принимал ли незадолго до появления признаков данной болезни какие — либо препараты по поводу других заболеваний, их дозы? Когда и какими ИППП болел раньше? Где лечился, результаты лечения, его переносимость, имевшиеся осложнения? Проводился ли контроль излеченности, его результаты?

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

(*Status praesens objektivus*)

Рост, вес, телосложение. Следует подробно описать кожный покров. Какова общая окраска кожи (нормальная кожа имеет матовый блеск, не лоснится, отверстия сальных желез

не расширены; кожа может быть синюшной, желтой, темной). Обратить внимание на рисунок кожи: в норме он имеет вид бороздок и ромбических полей. Рисунок кожи может быть выражен или сглажен. Рельеф кожи, повторяющий строение тех органов и систем, которые она покрывает, может быть изменен. Тургор кожи может быть снижен и повышен (определяется путем ощупывания, пальпации и собирания кожи и подлежащих тканей в складку). Эластичность кожи может быть снижена или повышена (для определения эластичности кожа берется в складку, причем устанавливается степень ее растяжимости и быстрота возврата складки кожи в исходное положение).

Отмечается состояние пушковых, щетинистых и длинных волос. Обратить внимание на их обламывание, очаговое или диффузное поредение, а также чрезмерное развитие волос. Состояние ногтей — в норме они матовые, гладкие, блестящие. Их окраска может быть изменена при различных патологических состояниях, поверхность становится исчерченной, истыканной» свободный край разрушается, развивается подногтевой гиперкератоз.

Влажность кожи определяется зрительно и пальпаторно. В норме кожа умеренно влажная, не блестит. Влажность может быть повышенной или сниженной, нередко отмечается сухость. Салоотделение определяется чистой белой бумагой в области носа — щечной складки. Если при проведении по коже остается жирный след на бумаге, то имеет место повышенное салоотделение. Отмечается акроцианоз и похолодание дистальных отделов конечностей.

Описываются следы ранее перенесенных заболеваний кожи: рубцы (гипо- депигментированные, атрофические и гипертрофические), участки рубцовой атрофии; необходимо указать их локализацию, размер и внешний вид. Наряду с этим, описываются невусы (пигментные, сосудистые, бородавчатые, линейные и другие).

Клинические проявления основного кожного и венерического заболевания в этом разделе не указываются. Они указываются в специальном разделе.

Далее четко и кратко характеризуется общее состояние больного, степень развития подкожного жирового слоя (упитанность).

Периферические лимфатические узлы: шейные, над- и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, бедренные, их размер, консистенция и подвижность.

Опорно-двигательный аппарат. Тонус и сила мышц. Состояние костей — наличие деформаций, болезненность при поколачивании.

Органы дыхания: число дыхательных движений в одну минуту. Форма грудной клетки, тип дыхания. Данные аускультации и перкуссии.

Система кровообращения: сердце, границы, тоны. Пульс, его частота, наполнение, ритмичность, артериальное давление.

Система пищеварения: аппетит, стул, состояние слизистой ротовой полости, языка, зубов. Органы брюшной полости: поверхностная и глубокая пальпация, печень и селезенка.

Мочеполовая система: дизурия, симптом Пастернацкого.

Нервная система: величина, форма и размер зрачков, реакция на свет, конвергенция, аккомодация, движение глазных яблок. Чувствительность кожи поверхностная (тактильная, болевая, температурная) и глубокая (мышечно-суставное чувство), координация движений. Рефлексы: коленный, ахиллова сухожилия.

Дермографизм: местный и рефлекторный.

ОПИСАНИЕ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС (*Status localis*)

Локализация сыпи: область максимального высыпания, распространенность, симметричность, группировка, слияние, отношение к ходу нервов. Характеристика сыпи: моно- или поли-

морфная (с указанием истинного или ложного полиморфизма). Характеристика первичных элементов: размер, цвет, очертания (правильные, округлые, овальные, полигональные); границы (резкие, нерезкие); форма — плоская, коническая, полушаровидная, западающая в центре, чечевицеобразная, монетовидная и т.д.; характер поверхности — гладкая, эрозивная, язвенная, бородавчатая; наличие периферического роста; определяемая динамика развития — исчезает бесследно, оставляет рубцы или рубцовую атрофию; изменение окружающей кожи и др. Характеристика вторичных морфологических элементов: корки — серозные, гнойные, геморрагические; рубцы — втянутые, плоские, гипертрофические и др.; чешуйки — отрубевидные, мелко — и крупнопластинчатые; вторичные пятна: гипо — и гиперпигментированные; лихенификация; вегетация и т.д.

Описание наружных проявлений кожных болезней производится последовательно сверху вниз в следующем порядке: голова, шея, грудь, живот, спина, ягодицы, верхние и нижние конечности, при этом, в первую очередь, описывается основной очаг поражения независимо от локализации. Затем описываются поражения придатков кожи: волос, ногтей и, наконец, слизистых оболочек. Указываются результаты специальных дерматологических методов и проб: диаскопии, граттажа, определения дермографизма, «йодной пробы», осмотра под лампой Вуда и т.д.

Описание поражений кожи у *больных с и ф и л и с о м*. При первичном периоде сифилиса описываются локализация, количество первичных сифилом (эрозивных, язвенных), их количество, размер, цвет, границы, очертания, форма, поверхность, края, дно, уплотнение в основании (листовидное, пластинчатое, узловатое), отделяемое, наличие лимфангита и регионарного склераденита, состояние других периферических лимфатических узлов.

Описывая больных вторичным периодом сифилиса, следует отметить вид морфологических элементов (розеола, папула, пу-

стула и т. п.), их размер, цвет, очертания, форму, поверхность, локализацию, распространенность, наличие группировок. Указать особенности сыпи на различных участках кожного покрова: на туловище, конечностях, ладонях, подошвах. Описать изменения пигментации (лейкодерма), волос (алопеция), высыпания на слизистых оболочках. Состояние лимфатических периферических узлов, наличие остатков твердого шанкра или сопутствующего бубона.

При третичном периоде сифилиса необходимо описать те или иные активные проявления болезни (бугорки, гуммы, их осложнения). При этом следует отметить наличие и особенности рубцов после разрешившихся высыпаний, их локализацию, размер, форму и т. п.

Описание очага поражения при **гонорее и других урогенитальных ИППП**. Данные осмотра наружных половых органов. Состояние наружного отверстия и губок уретры у мужчин; наличие выделений, их цвет, вид, количество выделений из уретры. Осмотр двух порций утренней мочи (двухстаканная проба).

Состояние ануса. Данные пальпации уретры, яичек, придатков, предстательной железы (только при хронической гонорее). У женщин описывают характер выделений из уретры, полученных при массаже последней.

Состояние парауретральных (скеновых) ходов, бартолиновых желез, шейки матки, вид выделений из влагалища и шейки матки. Результаты бимануального исследования матки и ее придатков, данные осмотра ануса.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Все лабораторные, а также инструментальные и аппаратные исследования производятся в зависимости от характера заболевания. Обязательными являются исследованиями, предусмотренные соответствующими Государственными стандартами или протоколами ведения больных по данной нозологии. Это,

в первую очередь: общие анализы крови и мочи, исследование кала на яйца глист, определение глюкозы крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, серореакции на сифилис, ВИЧ, вирусные гепатиты.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предварительный диагноз заболевания основывается на жалобах, данных объективного исследования, результатах лабораторных исследований. Дифференциальная диагностика производится со сходными заболеваниями, однако в истории болезни не приводится.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз должен быть развернутым и соответствовать МКБ — 10. В нем должны найти отражение все обнаруженные у больного патологические изменения.

ЛЕЧЕНИЕ

При установлении клинического диагноза назначается план лечения с указанием общей и наружной терапии, в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов данной нозологии.

ДНЕВНИКИ

В них отражаются самочувствие больного, динамика изменений клинико — лабораторных показателей. Обосновывается назначение дополнительных исследований и лечебных рекомендаций, а также консультаций смежных специалистов.

ЭПИКРИЗ

Дается заключение о пребывании больного в клинике. В нем указываются: состояние пациента при поступлении, данные

клинической картины, проведенных лабораторных и дополнительных исследований, на основании которых был установлен диагноз. Тщательно описывается проведенное лечение, его эффективность и переносимость. Даются рекомендации по дальнейшему лечению, профилактике рецидивов, режиму, диете, трудоустройстве и диспансеризации. Прогноз заболевания приводится в истории болезни лишь в необходимых случаях, однако по просьбе больного врач обязан объяснить пациенту: прогноз «для жизни» (угрожает ли заболевание жизни больного или нет?), «для здоровья» (возможно ли полное выздоровление?), «для трудоспособности» (нуждается во временном переводе на другую работу, переводе на инвалидность и т. д.).

2. Анализ, оценка клинических, иммунологических, биохимических и других исследований.

Нередко для установления дерматологического диагноза необходимо провести дополнительные исследования, объем которых определяется индивидуально в каждом конкретном случае, но согласуется с разработанными стандартами для диагностики того или иного дерматовенерологического заболевания. Это могут быть, как дерматологические методы (пальпация, диаскопия, граттаж, определение дермографизма и т. д.), так и общеклинические (общий анализ крови и мочи, глюкоза крови, рентгенография органов грудной клетки, бактериоскопия и культуральный анализ отделяемого и т. д.) и специальные методы исследования:

- аллергологические;
- ангиографические;
- биохимические;
- серологические;
- иммунофлюоресцентные;
- эндоскопические;
- гистологические и др.

Более подробно перечисленные методы диагностики изложены в последующих разделах. Следует указать, что в некото-

рых случаях результаты лабораторных и дополнительных исследований играют решающую роль при установлении диагноза — обнаружение возбудителя, положительные серологические реакции при инфекционных заболеваниях (микозы, паразитарные заболевания, ИППП и т.д.), положительные аллергопробы при профдерматозах, обнаружение акантолитических клеток при вульгарной пузырчатке, обнаружение атипичных клеток во время гистологического исследования при новообразованиях и т.д. В других случаях, лабораторные и дополнительные методы обследования имеют вспомогательное значение: псориаз, экзема, крапивница, атопический дерматит, эритематозная стадия грибовидного микоза и т.д. В любом случае необходимо использовать все возможности для проведения специальных и лабораторных исследований с целью установления не только дерматовенерологического заболевания, но и сопутствующей патологии, которая может оказать существенное влияние на течение основного заболевания, а, следовательно, и для разработки адекватной терапии.

3. Оказание неотложной помощи больным с анафилактическими и анафилактоидными реакциями.

Анафилактическая реакция представляет собой аллергическую реакцию немедленного типа. Различают 3 этапа: 1) связывание антигена, по крайней мере, с двумя молекулами IgE на мембране тучной клетки или базофила и активация этих клеток; 2) выброс активированными тучными клетками и базофилами медиаторов; 3) действие медиаторов на сосудистую стенку, систему свертывания крови, активация эозинофилов, нейтрофилов, тромбоцитов.

Анафилактоидные реакции клинически сходны с анафилактическими, но обусловлены не взаимодействием антигена с антителом, а разными веществами, например анафилатоксинами C3a, C5a. Эти вещества непосредственно активируют базофилы и тучные клетки и вызывают их дегрануляцию или действуют на органы-мишени.

Классификация анафилактических и анафилактоидных реакций

1. Анафилактические реакции:

- опосредованные IgE;
- опосредованные IgG;
- опосредованные IgE и физической нагрузкой.

2. Анафилактоидные реакции:

- опосредованные прямым выделением медиаторов;
 - возникающие под действием лекарственных средств;
 - возникающие под действием пищи;
 - возникающие под действием физических факторов (физическая нагрузка, холод и т. д.);
 - возникающие при мастоцитозе;
 - опосредованные агрегатами иммуноглобулинов или иммунными комплексами;
 - инициируемые агрегатами IgG (при использовании нормального иммуноглобулина);
 - опосредованные иммунными комплексами, образованием IgA и IgG к IgA (при использовании нормального иммуноглобулина для в/в введения);
 - при в/в введении иммунных сывороток (антитимоцитарный иммуноглобулин, антилимфоцитарный иммуноглобулин);
 - опосредованные цитотоксическими антителами (при переливании крови);
 - к эритроцитам;
 - к лейкоцитам;
 - опосредованные рентгеноконтрастными веществами.
3. Реакции, вызванные применением аспирина и других НПВС.
4. Идиопатические реакции.

Этиология анафилактических и анафилактоидных реакций

Наиболее распространенные вещества (аллергены), вызывающие анафилактические и анафилактоидные реакции:

— **пищевые продукты** (яичный белок, молоко, моллюски, семена кунжута, соя, различные орехи, картофель, гречиха, семя хлопка, палтус, лосось, треска, манго, свекла, шоколад, настой ромашки, цитрусы, горчица, пищевые добавки, соли бензойной кислоты);

— **гормональные средства** (инсулин, гормоны гипофиза животного происхождения, кортикотропин, вазопрессин, гормоны паращитовидных желез животного происхождения, экстрадиол);

— **диагностические препараты** (рентгеноконтрастные средства, сульфобромфталейн, бензилпенициллоил — полилизин);

— **препараты, приготовленные из лошадиной сыворотки** (противостолбнячная сыворотка, противодифтерийная сыворотка, антирабическая сыворотка, противоядные сыворотки, антилимфоцитарный иммуноглобулин);

— **местные анестетики** (тетракаин, лидокаин, прокаин);

— **экстракты аллергенов** (амброзия, другие травы, плесневые грибы, эпидермис животных);

— **препараты крови** (иммуномодуляторы, моноклональные антитела, интерлейкин-2, молграмостим, интерфероны α , β , γ);

— **аспирин, другие НПВС;**

— **антимикробные средства** (пенициллины, цефалоспорины, бацитрацин, неомицин, полимиксин В, тетрациклин, хлорамфеникол, канамицин, стрептомицин, ванкомицин, амфотерицин В, сульфаниламиды, пентамидин);

— **полисахариды** (декстран, гуммиарабик);

— **ферментные препараты** (трипсин, химотрипсин, пенициллиназа, аспарагиназа, химопапаин);

— **разные лекарственные средства** (тиопентал натрия, аргинин, опиоиды, тубокурарин, хлорметин, витамины, гепарин, протамина сульфат);

— **латекс;**

— **яд и слюна животных** (перепончатокрылые, змеи, слепни, триатомовые клопы).

Атопические заболевания повышают риск анафилактических реакций. У некоторых больных анафилактические реакции развиваются только в том случае, когда не позднее чем через 3 часа после контакта с антигеном происходит физическая нагрузка. Самые частые причины анафилактических реакций — лекарственные средства и яды насекомых. У больных атопическими заболеваниями и здоровых они вызывают анафилактические реакции одинаково часто. Наследственная предрасположенность к этим реакциям отсутствует.

Патогенез анафилактических и анафилактоидных реакций

Медиаторы, высвобождающиеся при активации тучных клеток и базофилов, вызывают разнообразные изменения в сердечно — сосудистой системе, органах дыхания, ЖКТ и коже.

А. Гистамин вызывает:

1. Сокращение гладких мышц бронхов.
2. Отек слизистой дыхательных путей.
3. Увеличение слизи в дыхательных путях, способствующее их обструкции.
4. Сокращение гладких мышц ЖКТ (тенезмы, рвота, понос).
5. Снижение тонуса сосудов и увеличение их проницаемости.
6. Эритема, крапивница, отек Квинке, обусловленные повышением сосудистой проницаемости.
7. Снижение объема циркулируемой крови из-за уменьшения венозного возврата.

Б. Лейкотриены вызывают спазм гладких мышц бронхов и усиливают действие гистамина на органы — мишени.

В. Калликреин, выделяемый базофилами, участвует в образовании кининов, которые повышают проницаемость сосудов и снижают АД.

Г. Фактор активации тромбоцитов стимулирует выброс тромбоцитами гистамина и серотонина. Они, в свою очередь,

вызывают спазм гладких мышц и повышают проницаемость сосудов.

Д. Анафилактический фактор хемотаксиса эозинофилов стимулирует приток эозинофилов и выработку ими биологически активных веществ, блокирующих действие медиаторов тучных клеток.

Е. Простагландины повышают тонус гладких мышц и проницаемость сосудов.

Клиническая картина анафилактических и анафилактоидных реакций

А. Местные проявления. Самое частое из них — крапивница.

Б. Системные проявления — это поражение органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, ЖКТ и кожи. Обычно они развиваются в течение 30 минут после контакта с аллергеном. Выделяют три степени тяжести анафилактических реакций.

1. *Легкие анафилактические реакции* проявляются покалыванием и ощущением тепла в конечностях, часто в сочетании с отеком век, слизистой рта, горла, носа. Наблюдается зуд, слезотечение и чихание. Симптомы появляются в течение 2ч после контакта с аллергеном. Их длительность обычно не превышает 1-2 суток.

Основные проявления анафилактических реакций

Локализация	Проявления	Медиаторы
Кожа	Крапивница, эритема, отек Квинке	Гистамин, лейкотриены, простагландины
Слизистые	Гиперемия или бледность, цианоз, отек	Гистамин, лейкотриены, простагландины
Верхние дыхательные пути	Чихание, выделения из носа, отек языка, глотки, гортани, свистящее дыхание, охриплость	Гистамин, лейкотриены, простагландины

Бронхи	Одышка, бронхоспазм, повышенная секреция слизи	Гистамин, лейкотриены, простагландины, фактор активации тромбоцитов
ЖКТ	Усиление перистальтики, спастические боли в животе, тошнота, рвота, диарея с примесью крови	Гистамин, лейкотриены, простагландины
Сердечно-сосудистая система	Тахикардия, артериальная гипотония, сердечная недостаточность	Гистамин, лейкотриены
ЦНС	Беспокойство, судороги	Неизвестны

2. *Анафилактические реакции средней тяжести.* Характерны бронхоспазм, отек слизистой гортани и бронхов, проявляющиеся одышкой, кашлем и свистящим дыханием. Возможны отек Квинке, генерализованная крапивница, тошнота и рвота. Часто наблюдаются эритема, генерализованный зуд, ощущение жара, беспокойство. Начало и продолжительность симптомов такие же, как при легких анафилактических реакциях.

3. *Тяжелые анафилактические реакции* начинаются, как правило, внезапно, с проявлений, характерных для легких реакций. В течение нескольких минут развиваются выраженный бронхоспазм и отек гортани, которые проявляются охриплостью, свистящим дыханием, выраженной одышкой, цианозом, иногда — остановкой дыхания. Отек слизистой и спазм гладких мышц ЖКТ приводят к дисфагии, схваткообразной боли в животе, поносу и рвоте. Возможны непроизвольное мочеиспускание и эпилептические припадки. Расширение сосудов и повышение их проницаемости приводит к снижению АД, нарушениям сердечного ритма, шоку и коме. Артериальная гипотония и дыхательная недостаточность нередко развиваются очень быстро. Они могут быть первыми проявлениями анафилактической реакции. Чем быстрее развиваются анафилактические реакции, тем они тяжелее. Смертельный исход при анафилактических реакциях чаще наблюдается у больных старше 20 лет. Самая частая непосредственная причина смерти у детей — отек горта-

ни, у взрослых — отек гортани и нарушения сердечного ритма. Постепенно все проявления анафилактической реакции уменьшаются, однако через 2-24 часа после ее начала они могут усилиться вновь.

В. Лабораторные исследования. Диагноз анафилактической реакции ставят на основании клинической картины. В сложных случаях и для выбора схемы лечения проводят следующие лабораторные исследования.

1. *Общий анализ крови.* Иногда отмечается повышение гематокрита.

2. *Биохимическое исследование крови.* Отмечается повышение активности АсАТ, креатинфосфогеназы и лактатдегидрогеназы в сыворотке. Эти изменения обусловлены нарушением кровоснабжения тканей.

3. *Рентгенография грудной клетки.* При бронхоспазме наблюдается повышение прозрачности легочных полей, иногда — ателектазы. Возможен отек легких.

4. *ЭКГ.* В отсутствие инфаркта миокарда изменения на ЭКГ обычно преходящие: депрессия сегмента ST, блокада ножек пучка Гиса, аритмии.

Лечение анафилактических и анафилактоидных реакций

Лечение анафилактических реакций зависит от тяжести состояния.

Оборудование для неотложной помощи при анафилактических реакциях:

- фонендоскоп и тонометр;
- жгуты, шприцы, иглы для п/к введения, иглы большого диаметра (14 G);
- оборудование для ингаляции кислорода с помощью маски;
- ротовой воздуховод, оборудование для интубации трахеи и ИВЛ с помощью дыхательного мешка;
- распылители для ингаляционных растворов;

— капельницы.

Лекарственные средства для неотложной помощи при анафилактических реакциях:

- 0,1% раствор адреналина;
- 0,2% р-р норадреналина;
- антигистаминные препараты для в/в введения;
- ранитидин для в/в введения;
- 2,4% эуфиллин для в/в введения;
- 0,05% р-р строфантина;
- 40% р-р глюкозы для в/в введения;
- β^2 -адреностимулятор (сальбутамол);
- кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон)

для в/в введения;

- инфузионные растворы (солевые, альбумин).

Помощь должна быть оказана немедленно. Для поддержания жизненно важных функций, устранения действия и предупреждения высвобождения медиаторов тучных клеток показано следующее.

А. Быстро оценить проходимость дыхательных путей, показатели внешнего дыхания и гемодинамики. Больного кладут на спину, приподняв ноги. При остановке дыхания и кровообращения немедленно приступают к сердечно-легочной реанимации.

Б. Адреналин, вводят взрослым в дозе 0,3-0,5 мл, детям — 0,01 мл/кг п/к в плечо или бедро. При необходимости инъекцию повторяют через 15-20 мин. Если анафилактическая реакция вызвана парентеральным введением какого-либо лекарственного средства или ужалением насекомого, чтобы уменьшить всасывание антигена, место инъекции или ужаления (за исключением головы, шеи, кистей и стоп) обкалывают 0,1-0,3 мл раствора адреналина. При артериальной гипотонии 1мл 0,1% р-ра адреналина, разведенный в 10 мл физиологического раствора, вводят в/в в течение 5-10 мин. После этого при необходимости приступают к инфузии раствора адреналина — 1 мл в 250

мл 5% раствора глюкозы (концентрация полученного раствора адреналина 4 мкг/мл). Начальная скорость введения — 1 мкг/мин, максимальная — 4 мкг/мин. У детей начальная скорость введения адреналина — 0,1 мкг/кг/мин, максимальная — 1,5 мкг/кг/мин. Целесообразность применения адреналина оценивают индивидуально, поскольку при ИБС, атеросклерозе сосудов головного мозга, а также у пожилых, часто наблюдаются побочные эффекты адреналина.

В. Жгут. Если причина анафилактической реакции — инъекция какого-либо препарата или ужаление в конечность, выше места инъекции или ужаления накладывают жгут. Каждые 10 мин его ослабляют на 1-2 мин.

Г. Ингаляции кислорода показаны при цианозе и выраженной одышке. Ингаляцию кислорода проводят с умеренной или высокой скоростью (5-10 л/мин) с помощью маски или носового катетера. Перед назначением кислорода выясняют, не страдает ли больной ХОЗЛ. В этом случае ингаляции кислорода могут привести к угнетению дыхательного центра.

Д. Димедрол назначают в дозе 1-2 мг/кг в/в (в течение 5-10 мин), в/м или внутрь. Разовая доза не должна превышать 100 мг. Путь введения зависит от тяжести анафилактической реакции, не заменяет п/к введения адреналина. Затем препарат назначают в дозе 25-50 мг внутрь каждые 6 ч в течение 2 сут. Это позволяет предотвратить возобновление симптомов анафилактической реакции (особенно часто наблюдается при крапивнице и отеке Квинке). Вместо димедрола профилактически назначают и другие H1-блокаторы. Несмотря на отсутствие контролируемых испытаний, для профилактики артериальной гипотонии при анафилактических и анафилактоидных реакциях помимо H1-блокаторов назначают H2-блокаторы: ранитидин. Если артериальную гипотонию и нарушения дыхания устранить не удается, больного переводят в реанимационное отделение.

Е. Дальнейшее лечение проводят следующим образом.

1. При стойкой артериальной гипотонии применяют в/в ин-

фузии 5% раствора глюкозы, физиологического раствора, альбумина, другие коллоидные растворы.

2. При бронхоспазме назначают ингаляционные β^2 -адрено-стимуляторы, например 0,5-1,0 мл 0,5% раствора сальбутамола.

3. Эуфиллин. Если устранить бронхоспазм не удастся, назначают эуфиллин, 4-6 мг/кг в/в в течение 15-20 мин. Раствор аминофиллина для в/в введения разводят не менее чем вдвое. Во время лечения аминофиллином необходимо контролировать концентрацию теофиллина в сыворотке.

4. Адреностимуляторы.

а. Норадреналин. Если, несмотря на перечисленные выше мероприятия, артериальная гипотония сохраняется, назначают норадреналин в/в. Для этого 4-8 мг норадреналина растворяют в 1000 мл инфузионного раствора (5% раствор глюкозы в воде или физиологическом растворе). Препарат вводят со скоростью, необходимой для поддержания нормального АД. Максимальная скорость инфузии не должна превышать 2 мл/мин. Детям вводят раствор, содержащий 1 мг норадреналина в 250 мл инфузионного раствора. Скорость инфузии не должна превышать 0,25 мл/мин. Необходимо помнить, что при попадании под кожу норадреналин вызывает некроз подкожной клетчатки. Если больной принимает β -адреноблокаторы, назначают глюкагон, 5-15 мкг/мин в/в.

б. Вместо норадреналина можно назначить дофамин. Препарат обладает β -адреностимулирующим действием. Его вводят со скоростью 0,3-1,2 мг/кг/ч в/в. Для этого 200 мг дофамина растворяют в 500 мл 5% раствора глюкозы (концентрация полученного раствора дофамина — 0,4 мг/мл). Скорость инфузии должна быть достаточной для поддержания АД. Дофамин применяют при анафилактических реакциях у больных с сердечной недостаточностью. Норадреналин в этом случае не назначают.

5. При резко выраженном отеке верхних дыхательных путей, когда невозможно самостоятельное дыхание, показана немедленная интубация трахеи или трахеостомия.

6. Кортикостероиды не относятся к препаратам первого ряда для лечения анафилактических реакций. Однако поскольку они ускоряют выздоровление и предупреждают возобновление симптомов, их назначают как можно раньше. Гидрокортизон вначале вводят в дозе 7-10 мг/кг в/в, затем 5 мг/кг в/в каждые 6 часов. Можно назначать другие кортикостероиды в/в, в/м или внутрь в соответствующих дозах. Продолжительность лечения кортикостероидами обычно не более 2-3 суток.

7. Введение жидкости и медикаментозное лечение продолжают и после стабилизации состояния. Длительность поддерживающего лечения колеблется (в зависимости от тяжести состояния) от нескольких часов до нескольких суток. После устранения легкой анафилактической реакции больного предупреждают о необходимости поддерживающего лечения в домашних условиях и возможности ухудшения состояния в отсутствие лечения. В остальных случаях за больным наблюдают в течение 12-24 ч. Выздоровление обычно полное. Среди осложнений следует отметить только инфаркт миокарда и инсульт. Смерть от тяжелых анафилактических реакций в большинстве случаев наступает в первые 30 минут. Повторный контакт с антигеном сопровождается, как правило, более быстрой и тяжелой реакцией.

Профилактика анафилактических и анафилактоидных реакций

А. Перед назначением любого препарата, особенно для парентерального введения, необходимо выяснить, нет ли у больного аллергии к нему. При наличии указаний на аллергические реакции в анамнезе проводят кожные пробы или определяют специфические IgE в сыворотке.

Б. Больным с анафилактическими реакциями в анамнезе все препараты должны назначаться по строгим показаниям, по возможности следует использовать препараты для приема внутрь. Перед введением вакцин и иммунных сывороток следует про-

водить кожные пробы. Можно использовать подъязычную пробу, или закапать препарат в глаз. Назначаться все эти средства должны с учетом аллергологического анамнеза.

4. Исследование соскоба чешуек, волос, гладкой кожи и ногтей на патогенные грибы.

Исследуют патологический материал (волосы, ногти, чешуйки кожи) на наличие патогенных грибов в нативных препаратах. До забора материала очаг поражения не следует в течение 1-2 суток обрабатывать наружными лечебными средствами. Необходимым условием для микроскопического исследования является правильное взятие патологического материала. При наличии грибковых поражений только на гладкой коже рекомендуется брать соскоб чешуек с периферии очагов скальпелем или браншей ножниц. При поражении же ногтевых пластинок материал берется со свободного края ногтя. Роговые массы срезают ножницами, а из глубоких слоев ногтя извлекают патологический материал скальпелем или бормашиной. При микозе стоп следует брать для исследования мацерированный отслаивающийся эпидермис по периферии очагов или же стерильными ножницами срезают покрывки пузырей. При сквамозной форме заболевания исследуются чешуйки, соскабливаемые скальпелем с очагов поражения. При поражении длинных волос на голове забор материала производится с помощью специального пинцета (ресничного) или гистологической иглой. При микроспории эпилируют высоко обломанные волосы (5-7 мм над уровнем кожи), которые у основания имеют белесоватый чехлик, состоящий из спор гриба. При поверхностной трихофитии необходимо найти коротко (на 1-2 мм над уровнем кожи) обломанные волосы или имеющие вид запятых, крючков, вопросительных знаков. При хронической трихофитии следует искать волосы, которые обломаны на одном уровне с кожей, так называемые «черные точки». При фавусе пинцетом берется длинный волос, не обломанный, истонченный, тусклый, пронизывающий скутулу (чешуйку). Полученный материал размягчают

при помощи скальпеля и помещают на середину предметного стекла. Для более четкого выявления элементов гриба производят просветление (мацерацию) материала нанося 1-3 капли 20% раствора едкой щелочи КОН (которая растворяет эпидермальные чешуйки, просветляет пигмент волоса). Исследуемый материал в каплях щелочи подогревают над пламенем спиртовки до появления белого ободка из кристаллов щелочи по периферии капли. После подогревания каплю накрывают покровным стеклом и, в соответствии с рекомендациями Р.А. Аравийского и Г.И. Горшковой (1995), оставляют на 10 минут до микроскопирования. При исследовании волоса его не разрушают, а только доводят до набухания. Препарат из волос подогревать не рекомендуется, т.к. при этом может нарушиться взаимоотношение гриба с волосами и в связи с этим будет затруднена диагностика. Микроскопическое исследование производят на световом лабораторном микроскопе без иммерсии с опущенным конденсором и суженной диафрагмой под малым, а затем большим увеличением. Суждение о присутствии патогенных грибов в изучаемом материале выносят на основании обнаружения спор и нитей мицелия гриба. Элементы гриба имеют вид различной длины двухконтурных нитей мицелия и круглых или квадратных спор.

5. Выполнение йодной пробы Бальцера на скрытое шелушение.

Применяется с диагностической целью при разноцветном лишае. При обработке кожи 2-5% спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями, пораженные участки, где роговой слой разрыхлен, окрашиваются более интенсивно по сравнению с неповрежденной кожей. Следует помнить, что при остаточной лейкодерме после проведенной терапии проба Бальцера бывает отрицательной.

6. Осмотр больного под лампой Вуда.

Лампа Вуда представляет собой ультрафиолетовую лампу со специальным фильтром, представляющим собой стекло, им-

прегнированное солями никеля (Рис. 1), благодаря чему происходит задержка лучей длинноволнового спектра. Осмотр производится в темной комнате. Метод используется в диагностических целях.



Рис. 1. Лампа Вуда.

При микроспории: волосы, пораженные грибами, дают ярко-зеленое свечение при облучении коротковолновой частью УФО. *При витилиго:* удастся обнаружить пятна в самом начале депигментации — на фоне темной кожи четко контурируются светлые, ярко-белые участки кожи с резко пигментированными краями, не видимые при обычном освещении. *При эритематозе:* контуры пораженных участков 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 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. *Поздняя кожная порфирия:*

для проведения этого метода у больного собирают суточную мочу в емкость из темного стекла. При этом в емкость добавляется 10-15 мл толуола для предупреждения гнилостных процессов в моче. Из собранной мочи (разрешается брать для исследования разовое количество мочи после ночного удержания) отливают в пробирку 5 мл и помещают ее под лампу Вуда, лучше в аппарат для люминесцентного анализа витаминов. Реакцию считают положительной, если исследуемая моча имеет красную флюоресценцию; у здоровых людей она дает голубовато-белое свечение. Люминесцентная диагностика *отрубевидного лишая* применяется с целью обнаружения очагов поражения на волосистой части головы. Они имеют золотисто-желтое, желто-коричневое или буроватое свечение. Выявление участков поражения на волосистой части головы имеет значение при лечении отрубевидного лишая, т.к. практические врачи часто забывают об этой локализации, что приводит к быстрым рецидивам дерматоза. Люминесцентный метод применяется также при дифференциальной диагностике *эритразмы*, *паховой эпидермофитии* и *рубромикоза*. Очаги поражения предварительно не должны подвергаться местной терапии. При эритразме наблюдается характерное кораллово-красное свечение, которое более выражено в периферической зоне.

7. Методики дезинфекции обуви.

Применяются при поражениях стоп грибковой этиологии, чаще всего, при эпидермофитии и руброфитии. В медицинских учреждениях дезинфекцию обуви, одежды и постельных принадлежностей проводят в специальных дезкамерах. В домашних условиях дезинфекцию обуви можно сделать с помощью 25% раствора формалина, 50% раствора уксусной кислоты или 0,5% раствора хлоргексидина биглюконата. Ватным тампоном, обильно смоченным одним из указанных растворов, протирают стельку и подкладку обуви, а затем помещают в полиэтиленовый мешок на 14-16 часов. После извлечения обувь проветривают до высыхания. В зависимости от характера пора-

жения стоп такие дезинфекции проводят в начале, в середине (при онихомикозе) и в конце лечения.

8. Методы обнаружения чесоточного клеща.

Идентификация чесоточных ходов.

Сделать это можно при обычном осмотре или с помощью йодной пробы. При обработке йодом или анилиновыми красителями чесоточные ходы будут окрашиваться в темно-коричневый или синий цвет (Рис. 2).



Рис. 2. Чесоточный ход, окрашенный метиленовой синью.

1. *Метод извлечения клещей иглой.* Из слепого конца типичного чесоточного хода извлекают клеща иглой, помещают на предметное стекло в каплю 10% раствора едкого натра и рассматривают под микроскопом. Однако этот метод малоэффективен при наличии старых, полуразрушенных ходов, пузырьков и папул.

2. *Метод тонких срезов.* Срез участка рогового слоя эпидермиса в области чесоточного хода или пузырька обрабатывают 20% раствором едкого натра в течение 5 мин и микроскопи-

руют: обнаруживаются не только клещи, но и их яйца (Рис. 3).

3. *Метод послойного соскоба.* Глазной ложечкой делают соскоб свежих элементов до появления крови. Материал помещают в каплю 20% раствора едкого натра с глицерином, взятых в равных-объемах, и через 10-20 мин микроскопируют.

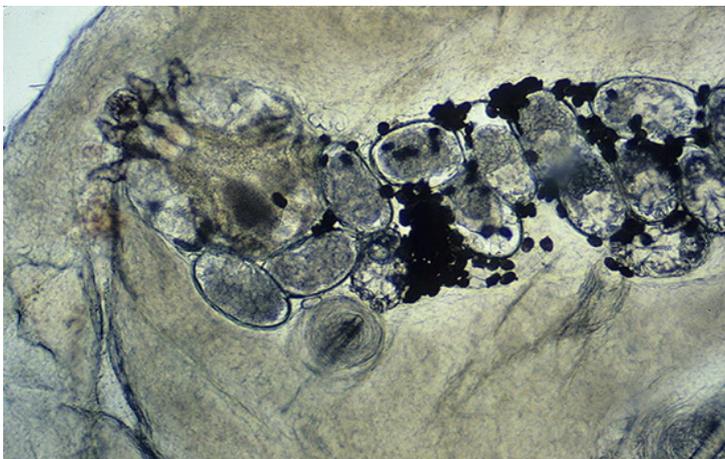


Рис. 3. Чесоточный ход (видны самка клеща, яйца, экскременты).

4. *Метод щелочного препарирования кожи.* Наносят 10% раствор едкого натра на чесоточные высыпания на коже, через 2 мин соскабливают мацерированный эпидермис скальпелем и микроскопируют препарат в капле воды.

5. *Метод с использованием 40% молочной кислоты.* Одну каплю молочной кислоты наносят на чесоточный элемент (чесоточный ход, папула, везикула, корочка и др.). Через 5 мин разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярной крови. Материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Результат считается положительным, если в препарате содержимого чесоточного хода выявляется или взрослая самка клеща, или даже только яйца, или опустевшие яйцевые оболочки, или отдельные личинки и фрагменты.

9. Методика обнаружения угревого клеща железницы.

1. *Соскоб с поверхности поврежденного участка.* Острым скальпелем или бритвой срезать поверхностно расположенный пласт рогового слоя пораженного участка кожи. Полученный материал наносят на чистое предметное стекло с каплей физиологического раствора либо 10% раствора едкой щелочи и исследуют в поле зрения микроскопа, при малом увеличении.

2. *Исследование содержимого сальных желез.* Клещ — железница (*demodex folliculorum*) обитает в содержимом сальной железы. Для его обнаружения пользуются скальпелем или иглой. Обычно острым концом скальпеля или иглой прокалывают пустулу или пузырек, слегка продвигают острие к основанию элемента сыпи и, приподнимая, выводят наружу. На острие иглы попадает клещ в виде едва заметной точки.

3. *Поверхностная биопсия:* на обезжиренное покровное стекло наносят каплю специального клея, а затем приклеивают стекло к пораженной поверхности кожного покрова на 1 мин. Клей подсыхает и при снятии стекла на нем остается поверхностный слой эпидермиса, содержимое сальных желез.

4. *Кожная биопсия* с последующим гистологическим препарированием.

5. *Извлечение ресниц и бровей* без повреждения волосяного фолликула.

10. Постановка аллергических кожных проб.

Для подтверждения сенсibilизации организма используют аллергические пробы: *аппликационные и скарификационные.*

Для аппликационной (пластырной) пробы используют лоскутки марли размером 1,5 x 1,5 или 2 x 2 см, которые пропитывают испытываемым раствором и накладывают на кожу. Недалеко располагают аналогичный лоскуток с растворителем. Лоскут покрывают компрессной бумагой и закрепляют пластырем. Результат оценивают через 6-12-24 часа.

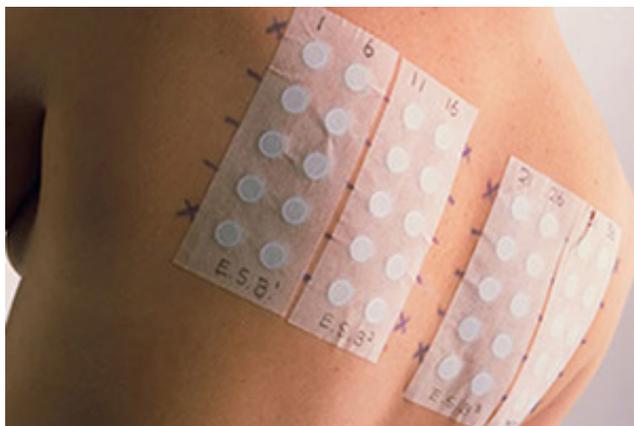


Рис. 4. Аппликационная проба.

Лоскутное тестирование показано лицам со стойким или рецидивирующим, несмотря на адекватную терапию, дерматитом. Оно проводится с достаточно широкой панелью аллергенов из сфер профессиональной деятельности и досуга, а также связанных с продуктами ухода за кожей. Если набор аллергенов для лоскутного тестирования ограничен, или же в него не включены аллергены из сферы профессиональной деятельности пациента, некоторые важные аллергены могут быть пропущены. Правильная методика лоскутного тестирования требует трех посещений дерматолога. Первое — для нанесения аллергенного химического вещества в соответствующей концентрации, второе — для снятия теста, прочтения и анализа результатов, и последнее посещение — для окончательной оценки отсроченных реакций. Если последний этап исключить, идентификация аллергенов может не получиться.

Наиболее удобно пользоваться тестопластом, представляющим собой лист каучукового пластыря с круглым окном в центре диаметром 0,9 см, где имеется марля (Рис. 4), которую пропитывают с помощью пипетки или стеклянной палочки испытуемым веществом. Центры диагностических окон должны быть отдалены один от другого на 4,5 см. Реакцию учитывают через

24, 48 и 72 часа. Для кожных проб рекомендуется применять химически чистые вещества. Следует отметить, что у некоторых лиц иногда сам пластырь может вызвать аллергическую реакцию или контактный дерматит.

Положительным считается тест, при котором в месте воздействия предполагаемого аллергена возникают: эритема (+); эритема, отек, папула (++); резко выраженная воспалительная реакция, на фоне которой различаются папулы и пузырьки (+ + +); крупные пузыри и некроз тканей (+ + + +).

Капельная проба

Используется при высокой сенсибилизации, особенно к химическим веществам и иногда к лекарствам.

Оценка капельной пробы

Результат реакции	Условные обозначения	Местная реакция кожи
отрицательный	-	соответствует контролю
сомнительный	+ —	небольшая гиперемия
слабоположительный	+	гиперемия + зуд
умеренно положительный	++	гиперемия + зуд + волдырь
резко положительный	+++	гиперемия + зуд + волдырь, везикулы

Техника постановки: на обезжиренную гибательную поверхность кожи предплечья наносят каплю аллергена и параллельно, в качестве контроля, каплю растворителя. Оценивают через 20 минут.

Скарификационные кожные пробы. С их помощью выявляют причинно-значимый аллерген и степень сенсибилизации к нему. Их проводят со всеми неинфекционными аллергенами. Одновременно можно поставить не более 10-15 проб.

Техника постановки:

Кожу гибательной поверхности предплечья обрабатывают 70 спиртом, затем наносят отдельными шприцами по капле гистамина 0,01%, аллергенов и тест контрольной жидкости на рас-

стоянии 4-5 см друг от друга. Стерильными скарификаторами проводят отдельно через каждую каплю по 2 параллельные царапины длиной 4-5 мм и расстоянием между ними 2 мм.

У детей до пяти лет можно проводить по одной царапине. Царапины проводят поверхностно, нарушая только целостность эпидермиса, не травмируя кровеносные сосуды. Через 10 минут осторожно промокают каждую каплю отдельным ватным тампоном, еще через 10 минут оценивают пробы. Обязательным условием является отрицательный результат с тест контрольной жидкостью и положительный с гистамином.

При оценке скарификационного кожного тестирования следует учитывать возможность появления ложноположительной реакции на тест — контрольную жидкость. Это бывает в тех случаях, когда имеется повышенная чувствительность кожных покровов к механическому воздействию, а также в случае возникновения реакции на компоненты, входящие в тест — контрольную жидкость. Ложноположительные реакции на аллергены наблюдаются при нарушении техники постановки кожного тестирования (глубоко) и повышенной индивидуальной чувствительности кожных покровов на механическое воздействие.

Оценка скарификационной пробы

Результат реакции	Условные обозначения	Местная реакция кожи
отрицательный	-	соответствует контролю
сомнительный	+ —	гиперемия без волдыря
слабоположительный	+	волдырь до 2-3 мм + гиперемия
п о л о ж и т е л ь н ы й средней степени	++	волдырь до 5 мм + гиперемия
резко положительный	+++	волдырь до 5-10 мм + гиперемия + псевдоподии
очень резко положительный	++++	волдырь более 10 мм + псевдоподии + гиперемия

При внутрикожных пробах вводят 0,01 мл аллергена и контрольного раствора внутрикожно. Ответ может быть немед-

ленным и замедленным. Необходимо соблюдать осторожность и четко выполнять правила методики.



Рис. 5. Постановка внутрикожной пробы.

Ложноотрицательные реакции на гистамин возможны при снижении индивидуальной чувствительности к гистамину, при проведении кожного тестирования в период лечения антигистаминными или гормональными препаратами. Кроме того, подобный результат можно получить при длительном хранении разведенного гистамина.

Ложноотрицательные пробы с аллергенами возможны:

- 1) при отсутствии полного серийного набора аллергенов одного типа
(например, домашней пыли);
- 2) другом механизме аллергической реакции;
- 3) неправильном хранении аллергенов;
- 4) нарушении техники введения аллергена (очень поверхностно);
- 5) проведении кожного тестирования на фоне обострения аллергического или тяжелого соматического заболевания;
- б) приеме антигистаминных препаратов, мембраностабилизаторов, гормонов, бронхолитиков.

Тест уколom (Prik-тест). Этот тест проводится специальным иглодержателем, в который вставляется игла. Он позволяет

регулировать глубину укола, исключает раздавливание капли при уколе. Оценка проводится так же, как и оценка скарификационных проб.

11. Воспроизведение симптомов Никольского.

Суть симптом Никольского, заключается в механической отслойке (отторжение и сдвигание верхних слоев) эпидермиса. Если потянуть за обрывок покрывки пузыря, происходит отслойка верхнего слоя эпидермиса в виде ленты на видимо здоровой коже (с-м Никольского 1). Трение пальцем по видимо здоровой коже как между пузырями (с-м Никольского 2), так и в отдалении (с-м Никольского 3) вызывает также отторжение верхних слоев эпидермиса. Его модификацией является феномен Асбо-Хансена: давление пальцем на покрывку невскрывшегося пузыря увеличивает его площадь за счет дальнейшего расслоения акантолитически измененного эпидермиса пузырьной жидкостью. В начальной фазе вульгарной пузырчатки симптом Никольского выявляется далеко не всегда, при генерализации процесса он положителен у всех больных во всех модификациях. Другой модификацией является феномен Шеклакова (или «груши»), когда под тяжестью жидкости, содержащейся в пузыре, происходит его расширение за счет отслойки эпидермиса в нижней части и форма пузыря становится похожей на грушу.



Рис. 6. Симптом «груши».

12. Воспроизведение псориазических феноменов.

Поскабливание папул (граттаж) позволяет выявить *триаду* характерных для заболевания феноменов:

- феномен стеаринового пятна, характеризующегося усилением шелушения при легком поскабливании, придающего поверхности папул сходство с растертой каплей стеарина (гиперкератоз, паракератоз, накопление липидов и липоидов в верхних слоях эпидермиса);
- феномен терминальной пленки, возникающей после удаления чешуек и проявляющейся в виде влажной, тонкой, блестящей поверхности элементов (результат акантоза; обнажается слизистый слой эпидермиса);
- феномен точечного кровотечения, появляющегося после легкого поскабливания терминальной пленки, в виде точечных, не сливающихся капелек крови (феномен Auspitz или кровавой росы А. Г. Полотебнова). Этот феномен обусловлен травматизацией полнокровных сосочков дермы в результате папилломатоза.

Для псориаза характерна изоморфная реакция (феномен Кебнера) — развитие псориазических высыпаний на участках кожи, подвергшихся механическому или химическому действию (мелкие травмы, расчески, порезы, капли кислот, щелочей и др.). Наиболее ярко выражена изоморфная реакция в прогрессирующую стадию заболевания. Высыпания на местах травматизации обычно возникают в течение двух недель.

13. Методика диаскопии (витропрессии), выявление симптома «яблочного желе».

Эта методика применяется при диагностике туберкулезной волчанки.

При диаскопии люпом их цвет меняется на желтовато-буроватый (Рис. 7), ввиду обескровливания и просвечивания ткани в виде восковидных желто-бурых пятен (феномен «яблочного желе»).



Рис. 7. Феномен «яблочного желе».

14. Определение симптома «зонда» Пospelова.

Первичным элементом туберкулезной волчанки является бугорок (люпома), представляющий собой инфекционную гранулему. Характерный признак люпом — мягкая консистенция. При надавливании на них пуговчатым зондом образуется стойкое углубление, а при более сильном надавливании зонд легко разрывает бугорок и как бы в него проваливается (симптом «проваливания зонда»), вызывая болезненность и кровоточивость.

15. Выявление симптома «дамского каблучка».

Используется при диагностике дискоидной формы красной волчанки.

В центре очагов поражения, ввиду фолликулярного гиперкератоза, появляются мелкие, плотно сидящие чешуйки, при граттаже (поскабливании) которых отмечается болезненность (Сипм. Бенъе — Мещерского) и затруднение удаления чешуек, на внутренней стороне которых, выявляются роговые шипики — внедрившиеся в устье фолликулов роговые массы (симптом Мещерского — «дамского каблучка»).

16. Определение тактильной, болевой тепловой и холодной чувствительности.

Через большое количество разнообразных нервных анализаторов, заложенных в коже, воспринимаются ощущения прикосновения (тактильная чувствительность), давления, холода, тепла, боли. При этом раздражения соответствующих нервных окончаний передаются в кору головного мозга, где подвергаются анализу и осознаются в виде определенного чувства.

Температурная чувствительность (восприятие тепла и холода) имеет большое значение в жизни человека, так как рефлекторным путем позволяет регулировать температуру тела. В практической дерматологии приходится встречаться с болезнями, когда наблюдается потеря одного или нескольких видов кожной чувствительности при сохранении других. Например, у больных лепрой наблюдается извращение чувствительности, неадекватные реакции на раздражители (холод ощущают как тепло и наоборот) или же наступает термическая анестезия и анальгезия в области отдельных сегментов конечностей, а тактильная чувствительность сохраняется.



Рис. 8. Определение температурной чувствительности.



Рис. 9. Определение тактильной чувствительности.

Для определения температурной чувствительности используются обычно двумя пробирками, наполненными холодной и теплой водой (Рис. 8). Больного просят закрыть глаза, а затем

поочередно прикасаются этими пробирками к поверхности кожи и осведомляются у него о соответствующем ощущении.

Тактильная чувствительность. Чувство осязания возникает при соприкосновении кожи с окружающими предметами или при легком надавливании на кожную поверхность. Это чувство позволяет судить о свойствах предметов, с которыми произошло соприкосновение, и ориентироваться во внешней среде. Для определения тактильной чувствительности пользуются кисточкой, полоской бумаги или ватой, которыми легко проводят по поверхности кожи (Рис. 9). Для определения остроты осязания пользуются циркулем Вебера, которым измеряют то наименьшее расстояние между ножками его (в мм), при котором два раздражителя воспринимаются как отдельные.

Болевая чувствительность. Болевая чувствительность может значительно нарушаться. Повышение ее называется гипералгией, понижение — гипоалгией, отсутствие — аналгией. Расстройство болевой чувствительности очень часто наблюдается у больных лепрой (гиперестезии, парестезии, анестезии, аналгезии). Для определения болевой чувствительности пользуются обыкновенной иглой или каким-либо острым предметом (булавкой), которым легко надавливают на определенный участок кожи и выясняют у больного о характере болевого ощущения.

17. Методика получения антибиотикограммы.

Антибиотикограмма — это определение чувствительности возбудителя инфекционно-воспалительного заболевания к антимикробным препаратам. В связи с бурным развитием фармакологической промышленности арсенал лекарственных средств постоянно пополняется множеством новых антибактериальных препаратов, механизм действия которых на бактериальную клетку не всегда в полной мере известен каждому лечащему врачу. С другой стороны, бактериальная клетка, подвергшаяся воздействию антимикробного вещества, стремится защититься от него, и в процессе эволюции появляются антибиотикоустойчивые виды микроорганизмов. Таким образом, паспортизированный

(установленный при разработке препарата) спектр антимикробной эффективности антибактериального вещества может существенно измениться в процессе его широкой эксплуатации. Использование малоэффективного препарата не только не приведет к желаемому результату, но и может нанести непоправимый вред больному: прогрессирование воспалительного процесса, нарушение биоценоза, дисбактериоз и др. Поэтому идеальным требованием для рациональной и целенаправленной терапии бактериальных инфекций является тщательная бактериологическая диагностика заболевания с выделением возбудителя и определением его чувствительности к назначаемому препарату. Для решения этой задачи используют биологические методы. При этом выделенный возбудитель засеивается на твердую питательную среду — мясо-пептонный агар. Затем на поверхность агара помещаются специальные бумажные диски, пропитанные антибиотиками. Метод основан на том, что неэффективное антимикробное вещество не мешает свободному росту бактерий, в то время как эффективный препарат подавляет рост микроорганизмов. Методика достаточно специфична и позволяет выявить спектр чувствительности каждого из членов микробного сообщества, вызвавшего воспалительный процесс. Однако методика достаточно громоздка и длительна — окончательный результат врач обычно получает через 2-5 суток после взятия биологического материала от больного. В связи с этим получили распространение экспресс — методы определения чувствительности микрофлоры к антимикробным препаратам. В основном это индикаторные методы, основанные на изменении свойств индикатора (чаще всего его цвета) в присутствии различных веществ, появляющихся в процессе жизнедеятельности бактерий. Эти методы чаще выявляют эффективность антибактериальных веществ по отношению ко всей ассоциации микроорганизмов. Тем не менее, быстрота выполнения анализа позволяет объективно обосновать назначение антибактериальной терапии на ранних этапах лечения и своевременно корректировать ее

в процессе лечения. Специальной подготовки больного для проведения анализа, как правило, не требуется. Исследованию подвергаются либо участки воспаленной ткани, либо смывы (мазки) с воспаленного участка, либо биологические жидкости, омывающие очаг воспаления (моча, мокрота, желчь, экссудат и др). Доступный материал (моча, мокрота и др.) больной собирает самостоятельно в стерильную посуду. Забор материала (участки тканей, пунктат и др.), требующий инвазивного вмешательства, проводится специалистом. В любом случае, если пациент начал прием каких-либо антибактериальных средств до взятия биоматериала на исследование, он должен сообщить об этом врачу, для полноты бактериологической картины и правильного выбора тактики лечения.

18. Постановка пробы Ядассона

Применяется в диагностических целях при герпетиформном дерматите Дюринга. Проба основана на повышенной чувствительности пациентов с этим заболеванием к йоду. Для ее проведения на кожу накладывают окклюзионную повязку с мазью, содержащей 50% калия йодида. Развитие через 24 часа (реже 48) эритемы, иногда с образованием пузырей (Рис. 10), свидетельствует о положительном результате пробы.



Рис. 10. Положительная проба Ядассона при дерматозе Дюринга.

При отрицательной окклюзионной пробе назначают 2-3 столовые ложки 3-5%-го раствора калия йодида внутрь. В случае обострения заболевания проба считается положительной.

19. Забор материала на акантолитические клетки, методика приготовления препаратов и их оценка.

Исследование содержимого пузырей или мазков — отпечатков со дна эрозий на акантолитические клетки Тцанка широко используется для дифференциальной диагностики вульгарной пузырчатки, пемфигоида и герпетиформного дерматоза Дюринга. Проводится следующим образом: покрывку пузыря на коже больного необходимо срезать стерильными ножницами, затем ватным тампоном удаляют содержащийся в нем экссудат и прикладывают ко дну эрозии стерильное предметное стекло. Можно вначале приложить стерильную ученическую стирательную резинку (ластик), а затем переносить материал на чистое предметное стекло. Приготовленный таким образом мазок-отпечаток фиксируют в течение одной минуты метиловым спиртом, высушивают при комнатной температуре и окрашивают по Романовскому-Гимзе. В препаратах, полученных от больных пузырчаткой, обнаруживаются измененные кератиноциты (Рис. 11), называемые акантолитическими клетками.

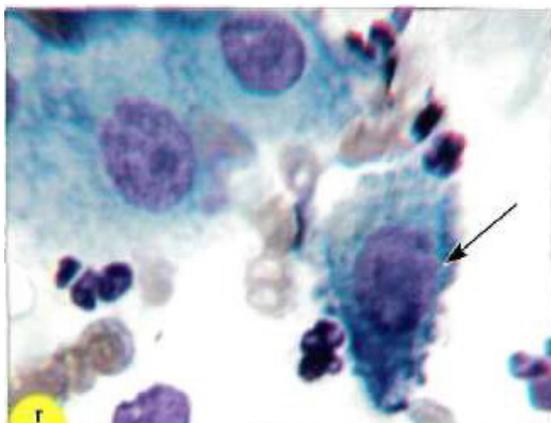


Рис. 11. Акантолитические клетки.

Последние имеют характерное строение и следующие особенности: они меньше нормальных эпидермальных клеток, их ядра значительно крупнее ядер шиповатых клеток, размер ядра непропорционально увеличен по отношению к размеру всей клетки. Ядро, окруженное узким ободком цитоплазмы, часто занимает почти всю клетку. Цитоплазма акантолитических клеток базофильна, окрашивается неоднородно (по периферии клетки имеется зона более темного окрашивания в темно-синий цвет, а непосредственно вокруг ядра — в светло-голубой). В ядре нередко имеется два или больше крупных ядрышка, окрашенных в голубой цвет. В акантолитических клетках можно наблюдать картину митотического деления.

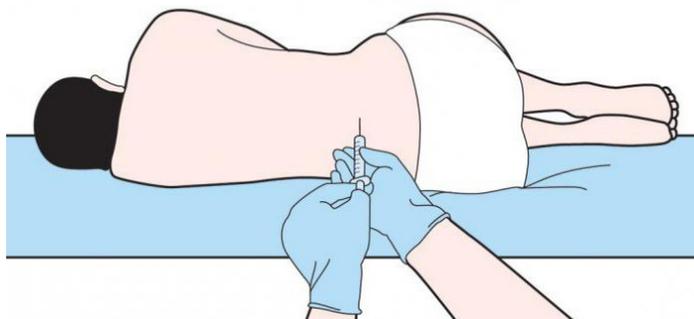
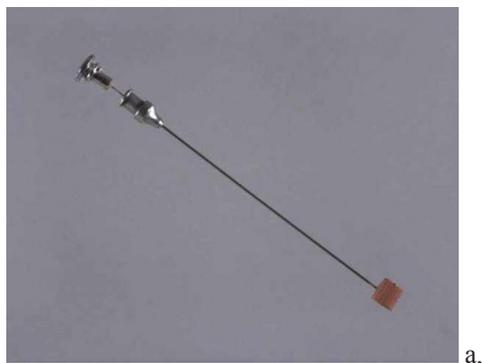
20. Взятие биоптата кожи. Изучение гистологических препаратов.

Применяется в диагностических целях. Взятие материала, биопсия кожи — это малое хирургическое вмешательство. Информативность метода зависит от правильного выбора участка кожи, для чего необходимы опыт и знание анатомии. Показания к гистологическому исследованию пораженных участков кожи довольно широки, а в некоторых случаях (опухоли кожи), они просто обязательны. Биопсию чаще всего используют при исследовании образований, имеющих ножку, рельефных элементов, и особенно, при диагностике базально — клеточной и плоскоклеточной карциномы, себорейного кератоза, невусов и других новообразований. Для инфильтрационной анестезии используют 1% лидокаин (или лидокаин с адреналином). Биопсию проводят скальпелем или буром (специальным трубчатым ножом диаметром 3-4 мм). В последнем случае процедура называется пункционной биопсией. Бур устанавливают перпендикулярно к поверхности кожи и, вращая, продвигают вглубь, пока он не достигнет подкожной клетчатки. Столбик ткани захватывают пинцетом и отсекают глазными ножницами. В зависимости от локализации и размеров раны может потребоваться наложение швов. Материал, полученный при биопсии,

окрашивают и исследуют методами световой, электронной микроскопии и иммунофлуоресценции.

21. Проведение люмбальной пункции.

Спинномозговую жидкость извлекают как с диагностической, так и с лечебной целью. В дерматовенерологии чаще всего метод используется для диагностики поражений нервной системы при сифилисе. Пункцию производит врач. Медсестра готовит для пункции бировскую иглу с мандреном или обычную иглу длиной 5-6 см; в детской практике применяют только простые иглы. Необходимы также йод для обработки кожи, эфир, 0,25% раствор новокаина и стерильная пробирка для спинномозговой жидкости.



*Рис. 12; а — пункционная игла с мандреном;
б — люмбальная пункция.*

Больного укладывают на правый или левый бок, как можно ближе к краю кровати (кушетки), ноги приводят к животу, а голову наклоняют к груди, от чего спина выгибается дугой и остистые отростки отходят друг от друга. Иглу вводят в промежуток между III и IV поясничными позвонками или на позвонок выше (ниже). Для диагностики берут в пробирку 10мл жидкости, отмечая давление, под которым жидкость вытекает, и степень ее прозрачности, бесцветности. В норме спинномозговая жидкость имеет вид дистиллированной воды и вытекает с частотой около 60 капель в минуту. При повышении давления капли могут сливаться в отвесную струю или даже вытекать дугообразной струей. В патологических случаях жидкость может приобретать желтоватый оттенок (ксантохромия) или становится совсем мутной (при воспалении мозговых оболочек). При извлечении иглы место укола заклеивают ваткой с коллодием. В течение 2 часов после пункции пациент должен лежать на спине без подушки. В течение суток больному запрещается вставать с кровати. У некоторых больных, особенно с неустойчивой нервной системой, после пункции могут появиться явления раздражения мозговых оболочек: общая слабость, головная боль, боль в спине, тошнота, рвота, задержка мочеиспускания и т.д. В этих случаях назначают уротропин внутривенно, амидопирин, фенацетин — орально.

22. Выписка рецептов и методика применения наружных средств.

Перед началом фармакотерапии дерматозов необходимо учитывать показания и противопоказания к применению того или иного лекарственного препарата; возможность привыкания к местным средствам; возраст больного (детская кожа более активно поглощает лекарственные средства, например, борную кислоту, серу, салициловую кислоту, деготь, гормональные препараты); возможность развития аллергических реакций (при применении антибиотиков, фурацилина, бриллиантового зеленого и др.); возможность побочных явлений, например,

при длительном применении кортикостероидов (атрофия кожи, гипертрихоз, телеангиэктазии, кушингоид и др.).

Перед назначением местных лекарственных средств необходимо очистить кожу в очагах от чешуек, корок, остатков лекарственных препаратов, примененных ранее. Обычно с этой целью используют прокипяченные растительные масла. Лекарство применяют на ограниченный участок и, только убедившись в его переносимости пациентом, на остальные участки кожи. Важно соблюдать правильность наложения примочек, лекарственных и мазевых повязок, смазываний, втираний, аппликаций, временные интервалы и т. д.

Местные кортикостероидные средства эффективно подавляют кожную воспалительную реакцию, в том числе аллергическую. Кортикостероиды (особенно фторированные) снижают скорость деления клеток, что важно при инфильтративно-десквамативных дерматозах (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, ихтиоз и др.).

При инфицировании участков поражения их не применяют без добавления антибактериальных средств, так как возможно прогрессирование воспалительных явлений и диссеминация процесса.

При нанесении на большие участки поражения (особенно эрозивно-язвенные) имеется значительный риск резорбции местных фторированных кортикостероидов, подавления функции надпочечников, при этом не исключается их тератогенное воздействие.

В связи с вышеуказанным при назначении топических кортикостероидов следует придерживаться следующих рекомендаций:

- В начале лечения применяют не самые активные препараты;
- При их неэффективности назначают высокоэффективный препарат, до

получения выраженного улучшения, после чего переходят на менее активный препарат;

- Препараты наносят на очаги тонким слоем;
- Окклюзионные (под компрессную бумагу или целлофановую пленку) повязки следует применять только непродолжительное время;
- Высокоактивные препараты назначают при дискоидной красной волчанке и красном плоском лишае, среднеактивные препараты — при псориазе, с небольшой активностью (гидрокортизон, преднизолон) — при экземе, дерматитах.

Примочки применяются для уменьшения мокнутия, отечности и ощущения жжения и зуда. Примочки должны быть холодными, менять их следует по мере высыхания и согревания каждые 3-5 мин в течение часа, по 2-3 раза в день. При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появиться трещины. У грудных детей примочки желательно не применять. Для примочек используют 2% раствор борной кислоты, 1-2% р-р резорцина, 0,25% р-р нитрата серебра, р-р перманганата калия, свинцовую воду. Марлю, сложенную в 6-8 слоев, пропитывают одним из указанных растворов, отжимают и прикладывают к участку мокнутия. Примочка оказывает охлаждающее и сосудосуживающее действие.

1. Sol. Acidi borici 2% — 300,0

D. S. Для примочек

2. Sol. Resorcini 2% — 300,0

D. S. Для примочек

3. Sol. Kalii permanganatis 0,5% — 300,0

D. S. Для примочек

Влажновысыхающие повязки назначаются при значительном мокнутии и наличии инфильтрата, а также при интенсивных субъективных ощущениях. Они накладываются следующим образом: на пораженный участок накладывают слой марли, смоченной одним из тех же растворов, что и для примочек, сверху — слой ваты и забинтовывают. Повязки меняют каждые 4-5 часов. При этом происходит медленное испарение лекарственного раствора и некоторое охлаждение поверхности кожи.

Компрессы применяются значительно реже. Они оказывают согревающее действие и способствуют рассасыванию инфильтратов, уменьшению воспаления. Для компрессов применяют спирт, боровскую жидкость, борную кислоту, свинцовую воду и др. Иногда компрессы накладывают на предварительно нанесенную на кожу индифферентную пасту. При этом происходит эпителизация мокнущих участков.

Смазывания и протирания различными растворами широко применяют для лечения различных патологий кожи. Так, спиртовые растворы с добавлением различных лекарственных средств, назначаются при кожном зуде, угревой болезни и др. Водные растворы некоторых средств используют для втирания при лечении больных чесоткой (гипосульфит натрия, соляная кислота), для полоскания слизистой рта, спринцеваний и инстилляций. При лечении фурункулов применяют смазывания чистым ихтиолом.

1. Laevomycetini

Ac. borici aa 3,0

Ac. lactici 1,0

Sp. aethylici 70% 100ml

M. D. S. Протирать кожу лица 2 раза в день.

2. Ac. salicylici 3,0

Sp. aethylici 70% 100ml

M. D. S. Протирать кожу лица 2 раза в день

Ванны с применением различных веществ (перманганат калия, крахмал, морская соль) и лекарственных трав (кора дуба, ромашка, экстракт хвои) также находят применение в лечении кожных больных.

Присыпки (пудры) используют для уменьшения симптомов острого воспаления (при отсутствии мокнутия). Они адсорбируют жир и пот, охлаждая и высушивая кожу. Применяют индифферентные минеральные присыпки (окись цинка, тальк и др.), иногда к ним добавляют дезинфицирующие, противозудные средства. При назначении индифферентные присыпок целесо-

образно комбинировать минеральные вещества (цинк, тальк) и растительные (крахмал), так как первые лучше всасывают жиры, а вторые — воду. Не следует пользоваться растительными присыпками при поражениях, располагающихся на соприкасающихся участках кожи (под молочными железами, в бедренно-мошоночной области), так как здесь под влиянием значительной влажности присыпки быстро разлагаются, что приводит к прогрессированию воспалительного процесса.

1. Zinci oxydi

Talci

Amyli tritici aa 10,0

M. D. S. Присыпка

2. Urotropini

Acidi borici aa 2,5

Zinci oxydi

Talci aa 25,0

M. D. S. Присыпка при потливости ног.

Взбалтываемые взвеси (болтушки) применяют с целью уменьшения воспалительных явлений, высушивания и охлаждения кожи. Болтушка состоит из 30-40% порошковых веществ (цинк, тальк, крахмал) и 60-70% жидкости (воды и глицерина; воды, глицерина и спирта). Нанесенные на кожу порошки после испарения воды остаются на ней тонким слоем и благодаря глицерину удерживаются на протяжении многих часов. Масляная болтушка состоит из окиси цинка (30,0) и растительного масла (70,0). При необходимости к цинковому маслу можно добавить другое лекарственное вещество, например 2% борной кислоты, 5% ихтиола. Взбалтываемыми взвесями пользуются при острых, подострых воспалениях кожи (дерматитах, экземе и др.), отсутствии мокнущих и излишней сухости пораженных участков кожи.

1. Zinci oxydi 30,0

Olei Helianti 70,0

M. D. S. Смазывать кожу 2 раза в день

2 Sulfuris pp. Молоко Видаля

Sp. camphorati aa 6,0
Ol. Ricini
Sol. acidi borici 2%
Sp. aethylici 96% aa 50ml

M. D. S. наносить на очаги поражения после взбалтывания
1-2 раза в
день

Паста представляет собой смесь жировых веществ с индифферентными порошками в равных частях. Пасты занимают промежуточное положение между взбалтываемыми смесями и мазями, действуя глубже, чем первые, и поверхностнее, чем вторые. Пасты не следует применять при мокнущих процессах, а также на волосистые участки кожи. Для усиления противовоспалительного, противозудного действия паст в них добавляют ихтиол, препараты серы и дегтя, нафталан, борную кислоту и др. Обычная паста (основа) — цинковая паста, состоящая из равных количеств порошков и жиров.

1. Pastae Zinci 40,0

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

2. Acidi salicylici 1,0 Паста Лассара
Zinci oxydi

Amyli tritici aa 12,5

Vaselini ad 50,0

M. D. S. наносить на очаги поражения 1-2 раза в день

Пасты обычно накладываются один раз в день, так как они в противоположность мазям благодаря более густой консистенции дольше держатся на коже. Остатки паст и болтушек снимают обычно тампоном, смоченном в индифферентном жире.

Лаки. Основа лаков — эластический коллоид с 10% касторового масла или траумацитин (каучук в хлороформе). В основу вводят салициловую, карболовую, молочную кислоты, резорцин, деготь и другие вещества. Лак застывает на коже в виде тонкой пленки; вещества, содержащиеся в нем, глубоко проникают в кожу. Он удаляется бензином. Лаки оказывают кератоли-

тическое, отслаивающее, фунгицидное, антипаразитарное действие. Применяется для лечения омовололостей, бородавок, онихомикозах.

Ac. salicylici 12,0

Ac. lactici 6,0

Collodii elastici 100,0

M. D. S. Смазывать очаги 1 раз в день

Пластыри. Основой пластыря является воск или канифоль, обеспечивающие густую и липкую консистенцию. Вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой и уксусной кислот, окись свинца и т.д. Оказывают активное рассасывающее, отслаивающее, разрыхляющее, дезинфицирующее, фунгицидное действие. Применяются для удаления омовололостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая, ограниченном нейродермите, гнойно-воспалительных процессах в коже.

Перед применением пластырь нагревают, очаг протирают спиртом, меняют 1 раз в 2-3 дня.

1. Ac. salicylici

Emplastri Plumbi aa 30,0

M. D. S. Наносить на очаг 1 раз в неделю

2. Ureaplasti 50,0

D. S. Накладывать на ногти на 48 ч

Масла в чистом виде используются для очищения пораженных участков от вторичных болезненных наслоений, удаления с кожи остатков применявшихся лекарственных веществ. Применяют различные масла: персиковое, подсолнечное, оливковое и др. (Ol. Persicorum, Ol. Heliantum, Ol. Olivarium)

Аэрозоли — дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики и выпускаются в специальных герметичных баллонах с клапанным устройством. По механизму действия они близки к взбал-

тываемым взвесям. Применяются при различной степени воспалениях кожи, в том числе сопровождающихся мокнутием, пиодермией, осложненных воспалением микозах.

Aerозoli «Охуcortum»

D. S. Орошать участки поражения 2-3 раза в день

Мази — лекарственная форма, основой которой является жир или синтетическое жироподобное вещество. В связи с этим наложение мази на пораженный участок кожи ведет к прекращению кожной перспирации, что обуславливает местное повышение температуры кожи, разрыхление ее поверхностных слоев и незначительное расширение сосудов. Благодаря этому лекарственные вещества всасываются в кожу. Основным показанием к применению мазей является наличие инфильтрации кожи при отсутствии острых или подострых воспалительных явлений. Обычно основой мази являются желтый вазелин, ланолин и свиное сало, иногда — нафталан. В мазевые основы в зависимости от показаний вводятся различные лекарственные средства: сера, деготь, ртуть, салициловая и борная кислоты, ихтиол, резорцин, ментол, анестезин, димедрол, папаверин и др.

1. Acidi salicylici 2,0 Салициловая мазь

Vaselini ad 100,0

M. D. S. Смазывать кожу 2 раза в день

2. Acidi salicylici Серно-салициловая мазь

Sulfuris pp aa 2,0

Vaselini

Lanolini aa 48,0

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

3. Acidi borici Борно-дегтярная мазь

Olei Rusci aa 0,6

Vaselini 30,0

M. D. S. Смазывать кожу 2 раза в день

4. Resorcini Отслаивающая мазь Андриасяна

Ac. lactici

Ac. Salicylici aa 15,0

Vaselini ad 100,0

M. D. S. Нанести на ногтевые ложа на 48 ч

23. Оценка биодозы УФО.

Для достижения желаемого лечебного или профилактического эффекта, предупреждения ожогов и неблагоприятных общих реакций организма, облучение ультрафиолетовыми лучами необходимо проводить, строго дозировано. Для этого на практике определяют минимальную дозу излучения облучателя, вызывающую на облученной коже минимальную (пороговую) реакцию. Эту дозу, выраженную в продолжительности облучения при определенном расстоянии данной лампы до тела облучаемого, называется биологической дозой — *биодозой*.

В стационарах определяют биодозу для каждого больного, в поликлиниках — среднюю биодозу для сезона. Определяют биодозу с помощью биодозиметра — пластинки, в которой имеется 6 отверстий, закрывающихся задвижкой. Такую пластинку обычно вшивают в клеенку больших размеров (Рис. 13).



Рис. 13. Биодозиметр УФО Горбачева.

Для определения биодозы на обнаженном животе сбоку от средней линии на уровне пупка с помощью тесемок закрепляют биодозиметр с закрытыми отверстиями. Не подлежащие облучению участки кожи закрывают простыней. Биодозу определяют при установившемся режиме лампы (приблизительно

через 10 мин после включения). Лампа должна находиться строго над дозиметром на определенном от него расстоянии (чаще 50 см). Отодвигая задвижку с первого отверстия, облучают кожу над ним в течение полминуты (по секундомеру). Затем открывают второе отверстие, а потом каждое последующее в течение полминуты. Таким образом, участок кожи под последним отверстием будет облучен в течение полминуты, а под первым — 3 мин.

Через 6-8-24 ч после облучения при осмотре кожи находят наиболее слабое, но четко очерченное покраснение. Оно и определяет наибольшую продолжительность облучения, т.е. определяющую биодозу. Так, например, если появилось 5 полосок, то последняя из них облучалась минуту, следовательно, биодоза равна 1 минуте.

Для определения чувствительности слизистых оболочек к УФ-облучению через тубусы используют биодозиметр БУФ-1. Для этого биодозиметр надевают на тубус облучателя, а второй конец его с четырьмя отверстиями, закрытыми заслонками, устанавливают контактно на коже груди над соском, где чувствительность кожи приближается к чувствительности слизистых оболочек. Последовательно, открывая через 30 секунд каждое окошко, производят облучение через них. В результате через последнее отверстие облучение произойдет в течение полминуты, через предпоследнее — в течение 1 мин, через второе — в течение 1,5 мин. и через первое — в течение 2 мин. Дальнейший ход определения биодозы не отличается от описанного ранее.

УФ-облучение подразделяют на очаговое (местное), когда действию подвергают поверхности тела до 600 см^2 ; сегментарное, когда облучают участки кожи спины, иннервируемые определенными сегментами спинного мозга; очагово-сегментарное и зональное при псориазе, когда последовательно облучают 12 зон. Фракционным называют облучение через клеенку, в которой отверстия площадью 1 см^2 находятся на расстоянии 1 см

друг от друга. Эту методику применяют для увеличения возбуждаемых сегментарных зон без превышения допустимых для определенного возраста или состояния поверхностей тела, облучаемых эритемными дозами УФ-излучения. При очаговых, сегментарных, зональных и фракционных облучениях применяют эритемные дозы в несколько биодоз.

24. Криотерапия и криодеструкция.

Для достижения низких температур в дерматологической практике чаще всего используют жидкий азот. Этот метод носит название «криодеструкция» или «криодесквамация», а также «криостимуляция». Названия зависят от конечного эффекта, который необходимо достигнуть. Суть метода заключается в поверхностном действии холодом на кожный покров, провоцирующий интенсивное шелушение и гиперемию. Его основная цель — биологическая регенерация.

Криодеструкция зависит от ряда факторов. Достижение охлаждения до требуемой температуры от -20 до -40°C максимально быстро, а оттаивание медленно (не более $10^{\circ}\text{C}/\text{мин}$). При достаточно быстром замораживании ткани становятся как бы стекловидными, без образования кристаллов. Происходит необратимый процесс их разрушения, что может быть обусловлено несколькими механизмами: осмотическим разрушением при дегидратации протоплазмы, терминальным шоком, денатурацией липидно-протеиновых комплексов и васкулярным стазом. Через несколько минут после криодеструкции появляется покраснение кожи, а спустя несколько часов (до 24 ч.) образуется эпидермальный пузырь, часто отек и гиперемия. Постепенно образуется плотная корочка, которая при небольших объемах отторгается примерно через 2 недели. При более обширном воздействии экссудация продолжается 2-3 недели. На 4-5 неделе отмечается мумификация ткани. Отторжение корочки и дальнейшее заживление, завершающиеся образованием рубца, может длиться еще 3-4 недели. Рубец, как правило, гипопигментированный, мягкий и гладкий. Однако может быть и гипер-

пигментация с формированием гипертрофического рубца.

Методика криотерапии. Методика применения жидкого азота и углекислоты в дерматологии за последние десятилетия не претерпела существенных изменений. В качестве холодагента чаще используется жидкий азот. Он удобен с точки зрения безопасности его применения, поскольку он не токсичен, не огнеопасен. Хранят его как в специальных резервуарах (сосуды Дюара), так и в обычных термосах.

Наиболее простая форма криовоздействия с помощью ватного тампона, смоченного жидким азотом. Кожу и очаг поражения дезинфицируют и очищают ацетоном; к заостренному концу тонкой деревянной палочки плотно фиксируют ватный тампон таким образом, чтобы получилось веретено с нешироким концом. Аппликатор погружают в жидкий азот и, подождав немного пока вата пропитается азотом и охладится, вынимают, затем быстро прикладывают с небольшим давлением (перпендикулярно коже) к замораживаемому элементу.



Рис. 14. Криотерапия ватным тампоном.

Удаляемый элемент должен основательно побелеть и затвердеть. По мере испарения жидкого азота с ватного тампона его смачивают и прикладывают повторно. Время непрерывного замораживания составляет не менее 60с. При обширных и глубоких очагах его следует увеличивать до 90-180 с. Таким аппли-

катором можно протирать кожу после косметических процедур для быстрого восстановления микроциркуляции (Рис. 14). Надо следить за точным соответствием аппликатора и замораживаемого элемента. Площадь контакта ватного тампона должна быть немного меньше очага, поскольку кристаллизация, захватывает поверхность, несколько превышающую размеры очага. Интенсивное давление обеспечивает промораживание вглубь. При необходимости процедуру криовоздействия можно повторить 1-2 раза. Применяется и метод распыления жидкого азота в виде «криоспрея» при помощи специальных аппаратов (Рис. 15).



Рис. 15. Криодеструкция жидким азотом.

При аппликации жидким азотом с помощью ватного тампона и с небольшим давлением глубина промораживания ткани составляет 1,5-2 мм. При воздействии углекислым снегом она меньше, что объясняется различием температур (снег углекислоты, менее холодный). Углекислота сохраняется и транспортируется в баллонах под большим давлением. При выходе из баллона через редукционный вентиль углекислота быстро испаряется и образует снег, имеющий температуру: -78°C (жидкий азот имеет температуру: -196°C). Собранный снег можно сохранять в замшевом мешочке. Полученный снег набирают в трубочку

и спрессовывают в плотный столбик (лучше всего формировать столбик в полых деревянных трубочках различных размеров). Эти трубочки хорошо использовать для криостимуляции кожи, но как метод криодеструкции он не всегда эффективен. Жидкую углекислоту можно хранить в резервуарах из полистирола или термосах с широким горлом. Можно применять ее в смеси с ацетоном в виде густой кашицы на очагах, предварительно очищенных ацетоном. Кашицу помещают в марлю или набирают на веретенообразный ватный тампон длиной 8-10 см, фиксированный на деревянной палочке. Замораживание проводится до побеления поверхности кожи. При необходимости процедуру можно повторить 2-3 раза.

Показания к криодеструкции. Наиболее часто данные методы применяют для криодеструкции бородавок, которые представляют не только дерматологическую, но и косметологическую проблему. Оптимальный метод — жидкий азот. Процедура почти безболезненна и хорошо переносима не только взрослыми, но и детьми. Криотерапия показана при старческих кератомах, себорейных кератозах, когда наряду с удалением новообразований наблюдается эффект регенерации. Этим методом можно достигнуть эффекта в лечении келоидов. Замораживание нужно повторить несколько раз для достижения заметного результата. Применяют при лечении угревой сыпи, пигментных пятен (веснушки и т.д.), дискоидного эритематоза, нодулярного пруриго, нейродерматитов, рецидивирующего герпеса, гнездной алопеции, *granuloma anulare*, *lichen simplex chronicus* и т.д.

В послеоперационный период пузыри (даже геморрагические) не вскрывать. Накладывать легкую повязку или припудривать обработанный участок кожи. В первые дни после процедуры криодеструкции и криостимуляции не назначать мази. Осложнение — болезненность и отек, геморрагии в области пузыря. Вторичные инфекции редки и легко устранимы. Рубцы образуются редко и с косметической точки зрения — удовлетворительного вида.

25. Оформление экстренных извещений.

Экстренное извещение составляется по форме №089/у, утвержденное приказом Минздрава РФ от 12.08.2003 г. №403. Извещение подается о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи, трихомоноза, герпеса урогенитально-го, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки.

Лицевая сторона извещения.

Извещение подается под порядковым номером.

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места

жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность гражданина.

Пункты «Социальная группа: рабочий, служащий, неработающий, учащийся, пенсионер, инвалид» и «Профессия» заполняются со слов больного.

Пункт «Категория больного: житель данного субъекта РФ, другого субъекта РФ, СНГ, БОМЖ, контингент УИН, СИЗО, других ведомств, иностранный гражданин» заполняется в соответствии с документом, удостоверяющим личность гражданина и место его постоянного жительства, и со слов больного.

Пункт «Место работы, должность (для декретиров, контингента)» заполняется в соответствии с документом, удостоверяющим принадлежность к данной рабочей группе и со слов больного.

Пункт «Детское учреждение» заполняется детям, посещающим детские учреждения, со слов родителей.

Пункты «Диагноз», «Код МКБ-10» заполняется в соответствии с МКБ-10 (Международная классификация болезней) по сведениям медицинской документации о формах, стадиях, характере течения болезни. Отдельно отмечается наличие реинфекции.

Пункт «Путь передачи: половой (в том числе при сексуальном насилии), бытовой» заполняется по амнестическим данным и по клиническим проявлениям.

В пункте «Наличие беременности» отмечается факт наличия установленной беременности с отметкой I, II, III триместра.

В пункте «Лабораторное подтверждение» отмечается, какой вид лабораторного подтверждения был установлен (один или несколько): бактериоскопический, серологический, бактериологический, другой.

В пункте «Место выявления заболевания» отмечается, где больной был выявлен: КВУ (в том числе в КАОЛ), стационар ЛПУ (профиль койки), в амбулаторно-поликлиническом учреждении (специалист), в женской консультации.

В пункте «Обстоятельства выявления» отмечается, самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому), в том числе по контакту; активное выявление: как контакт больного, донор, при периодических медицинских осмотрах, при поступлении на работу, во время родов и т. д.

Далее указывается дата установления диагноза, Ф. И. О. врача, установившего диагноз, подпись и печать врача.

Обратная сторона извещения.

Извещение составляется на следующие формы заболевания:

1. Активный туберкулез органов дыхания.
2. Туберкулезный менингит.
3. Милиарный туберкулез.
4. Активный туберкулез костей и суставов (с указанием локализации).
5. Туберкулез мочеполовых органов.
6. Все прочие формы активного туберкулеза.
7. Сифилис: все формы.
8. Гонорея, в том числе осложненная.
9. Трихомониаз.
10. Хламидиоз.
11. Урогенитальный герпес.
12. Аногенитальные (венерические) бородавки.
13. Микроспория. с указанием локализации:
14. Трихофития. а). волосистая часть головы

15. Фавус. б). ногти, в). гладкая кожа

16. Микоз стоп.

17. Чесотка.

18. Трахома.

Инструктивные указания

1. Извещение составляется врачом на каждого больного на случай впервые выявленного заболевания по месту его выявления.

2. Извещение составляется в каждой медицинской организации, независимо от ведомственной подчиненности.

3. Извещение на выявленного больного направляется в территориальный орган санэпиднадзора. Дубль извещения направляется в специализированное учреждение по месту жительства больного.

4. Для венерических больных не следует вписывать два диагноза. Например: сифилис скрытый и сифилис висцеральный. Надо указать, какой диагноз является доминирующим, и указать только его.

5. Для туберкулезных больных: при наличии у больного двух локализаций туберкулеза (туберкулез легких и туберкулез коленного сустава) указываются обе локализации, на первое место ставится более тяжелое поражение.

6. В случае обнаружения двух инфекций у одного и того же больного, например гонореи и грибкового заболевания, заполняется отдельно два извещения.

7. На больного, выявленного в анонимном кабинете, можно не заполнять пункты: «Ф.И. О., пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в РФ», «Социальная группа: рабочий, служащий, неработающий, учащийся, пенсионер, инвалид», «Профессия», «Место работы, должность».

26. Оформление больничных листов.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа его замещающего. В случае, если гражданин работает у нескольких работодателей,

выдается несколько больничных листов нетрудоспособности по каждому месту работы.

Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных осложнений, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней. При сроках временной нетрудоспособности свыше 30 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии.

По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев.

При заболеваниях, когда лечение осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, листок нетрудоспособности выдается в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.

Заполнение листка нетрудоспособности производится следующим образом:

- лицевая сторона листка нетрудоспособности заполняется медицинским работником при предъявлении гражданином паспорта или документа его заменяющего;
- запись в листке нетрудоспособности выполняется на русском языке чернилами или шариковой ручкой синего, фиолетового или черного цвета;
- исправленный или зачеркнутый текст подтверждается

записью «исправленному верить», подписью лечащего врача и печатью медицинской организации. Оттиски печатей и штампов медицинской организации должны быть четкими и соответствовать названию, указанному в уставе медицинской организации; внесение двух или более исправлений в листок нетрудоспособности не допускается, листок считается испорченным и взамен него выдается новый листок нетрудоспособности;

- при заполнении корешка бланка листка нетрудоспособности, строка «фамилия, имя, отчество нетрудоспособного» заполняется полностью с указанием имени и отчества в соответствии с паспортом или документом его заменяющим;

- в строке «домашний адрес» указывается место регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания);

- в строке «место работы» указывается полное или сокращенное наименование организации. В случае если гражданин работает на нескольких работодателей (по совместительству), на первом листке нетрудоспособности подчеркивается слово «основное», на остальных листках нетрудоспособности подчеркивается слово «по совместительству» и проставляется серия и номер листка нетрудоспособности, выданного для представления по основному месту работы. В случае если гражданин работает у одного работодателя, слово «основное» не подчеркивается;

- в строке «фамилия врача» указывается фамилия медицинского работника, выдавшего листок нетрудоспособности;

- в строке «выдан» указывается число, месяц (прописью), год выдачи листка нетрудоспособности. По желанию гражданина указывается время выдачи листка нетрудоспособности;

- в строке «расписка получателя» ставится подпись гражданина, получившего листок нетрудоспособности;

- в верхней части бланка листка нетрудоспособности и в корешке бланка листка нетрудоспособности в зависимости от того, выдается листок впервые или является продолжением ранее выданного, подчеркивается соответствующая запись;

При заполнении лицевой стороны листка нетрудоспособности, в строке «Первичный — Продолжение листка №» делается соответствующее подчеркивание и указывается номер первичного листка нетрудоспособности;

- в строке «наименование и адрес лечебного учреждения или его штамп» полностью указываются требуемые данные;

- в строке «выдан» указывается число, месяц (прописью), год выдачи листка нетрудоспособности. По желанию гражданина указывается время выдачи листка нетрудоспособности;

- в строке «фамилия, имя, отчество нетрудоспособного», фамилия, имя и отчество нетрудоспособного указывается полностью;

- в строке «Возраст» указывается число полных лет;

- в графе «Муж, Жен» делается соответствующее подчеркивание;

- в строке «место работы» указывается полное или сокращенное наименование организации, со слов гражданина делается запись «Состоит на учете в территориальных органах занятости населения» (для граждан, признанных безработными);

- в строке «указать причину нетрудоспособности» подчеркивается причина нетрудоспособности указанная в больничном листе и делается запись, повторяющая подчеркнутую причину нетрудоспособности;

- в строке «режим» указывается вид представленного лечебно-охранительного режима: стационарный, амбулаторный, санаторный;

- в строке «отметка о нарушении режима» указывается дата нарушения, его вид и ставится подпись лечащего врача.

- в таблице «освобождение от работы» указывается: в графе «С какого числа» арабскими цифрами — число, месяц и год с которого гражданин освобожден от работы; в графе «по какое число включительно» прописью — число и месяц включительно, по которое гражданин освобождается от работы;

- в графе «специальность и фамилия врача» и «подпись врача» — специальность, фамилия и подпись врача;

- в строке «приступить к работе» указывается дата восстановления трудоспособности следующим днем после осмотра и признания гражданина трудоспособным; в случае сохранения нетрудоспособности делается запись «продолжает болеть» и указывается дата и номер выдачи нового листка нетрудоспособности.

27. Представление больных на ВК.

Организация деятельности врачебной комиссии медицинской организации.

В соответствии с пунктом 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321, и в целях дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи, в том числе гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, был издан приказ № 513 н от 24 сентября 2008 г., об утверждении порядка деятельности врачебной комиссии медицинской организации.

1. Врачебная комиссия медицинской организации (ВК) создается в медицинской организации независимо от ее организационно-правовых форм, формы собственности и ведомственной принадлежности с целью совершенствования организации медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также осуществления оценки качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оценки обоснованности и эффективности лечебно — диагностических мероприятий, в том числе оценка обоснованности и эффективности назначения лекарственных средств.

2. ВК создается руководителем врачебной организации.

3. ВК состоит из председателя, одного или двух заместителей, членов комиссии (врачей-специалистов) и секретаря.

4. В зависимости от поставленных задач, особенностей и объемов деятельности медицинской организации по решению руководителя медицинской организации в составе ВК могут формироваться подкомиссии.

5. Председателем ВК является руководитель медицинской организации или его заместитель, имеющий высшее медицинское образование.

6. Состав подкомиссий ВК утверждается руководителем медицинской организации.

7. Председателями (заместителями председателя) подкомиссий ВК назначаются заместители руководителя по клинико-экспертной работе, медицинской части либо другим профилям, имеющие высшее медицинское образование.

8. Секретарем ВК является медицинский работник, имеющий высшее или среднее медицинское образование, обеспечивающий выполнение функций секретаря.

9. Членами ВК являются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа наиболее опытных штатных работников медицинской организации.

Функции ВК

1. В зависимости от поставленных задач, мощности и специфики деятельности медицинской организации, особенностей состава обслуживаемого контингента населения ВК осуществляет следующие функции:

- Продление листка нетрудоспособности сроком более 30 дней;

- Принятие решения о назначении лекарственных средств, входящих в раздел «XXX Лекарственные средства, применяемые по разрешению ВК, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения»;

- Принятие решения о назначении психотропных веществ

списков II и III Перечня наркотических средств, иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических стероидов;

- Принятие решения о назначении одному больному пяти и более наименований лекарственных средств одновременно (в течение одних суток) или свыше десяти наименований в течение одного месяца в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110;

- Принятие решения о назначении лекарственных средств в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при индивидуальной непереносимости;

- Решение наиболее сложных и конфликтных вопросов возникших в медицинской организации;

- Оценка качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий;

- Осуществление медицинского отбора больных, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения, в том числе в специализированные санатории (отделения);

- Взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции ВК с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования РФ;

- Участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения;

- Анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

Порядок работы ВК

1. ВК проводит заседания на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации, но, как правило, не реже 1 раза в неделю.

2. Решение ВК считается принятым, если его поддержало большинство членов ВК. Решение ВК оформляется протоколом врачебной комиссии и вносится в медицинскую документацию.

3. Председатель ВК по итогам работы за квартал и текущий год представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе ВК.

28. Порядок направления на медико-социальную экспертизу

Граждане направляются на МСЭ учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения. В случае отказа учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения в направлении на МСЭ гражданин имеет право обратиться в бюро МСЭ самостоятельно, представив необходимые медицинские документы.

Основанием для направления на МСЭ является: наличие признаков инвалидности или утраты профессиональной трудоспособности, окончание срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование инвалида в связи с утяжелением состояния, наличие показаний для обеспечения инвалида спецтранспортом, необходимость проведения очной консультации. Учреждение здравоохранения направляет больного на МСЭ после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Медицинские услуги при оформлении больных на освидетельствование в учреждения МСЭ финансируются из средств ОМС. По результатам проведенных мероприятий учреждение здравоохранения оформляет больному «Направление на медико-социальную экспертизу» форма № 088/у-97 (для лиц старше 18 лет) или форма 080/у-97 (для лиц до 18 лет). В него вносятся сведения о развитии заболевания, течении, частоте и длительности, временной нетрудоспособ-

ности, данные клинического обследования, диагноз, характер и степень нарушения основных функций организма, категория и степень ограничения жизнедеятельности, проведенные лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия. Направление подписывается председателем КЭК и членами комиссии, скрепляется печатью лечебного учреждения.

Порядок проведения МСЭ определен «Положением о признании лица инвалидом», утвержденным постановлением Правительства РФ (1996). Экспертиза осуществляется в бюро МСЭ по месту жительства больного либо по месту; прикрепления к учреждению здравоохранения. Она может проводиться как очно в бюро МСЭ, на дому или в стационаре, где больной находится на лечении, так и (с согласия больного) заочно на основании анализа представленных медицинских документов.

МСЭ проводится по письменному заявлению больного (либо его законного представителя) на имя руководителя бюро МСЭ. К заявлению прилагаются: направление на МСЭ, оформленное учреждением здравоохранения либо органом социальной защиты населения, медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья больного, а также документы, необходимые для принятия решения о причине инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности, по другим вопросам экспертизы.

Состав специалистов бюро, принимающих экспертное решение, назначается руководителем. Больной имеет право привлекать к участию в проведении экспертизы с правом совещательного голоса любого специалиста за счет собственных средств. Специалисты, проводящие МСЭ, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр больного, оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

В случае признания больного инвалидом оформляется

справка МСЭ, подтверждающая факт инвалидности, руководитель бюро МСЭ объявляет экспертное решение больному. Больному, направленному на МСЭ с листком нетрудоспособности, бюро МСЭ указывает в листке нетрудоспособности дату начала экспертизы (дату поступления в бюро МСЭ заявления больного с прилагаемыми документами), дату ее окончания, а также принятое экспертное решение: «Признан инвалидом I (II или III) группы», либо «Инвалидом не признан». Датой установления инвалидности считается день поступления в бюро МСЭ заявления больного с прилагаемыми к нему документами. В случае признания больного инвалидом лечебное учреждение закрывает листок нетрудоспособности этим днем. В случае признания пациента трудоспособным зачитываются все дни освидетельствования, со следующего дня он выписывается на работу. При необходимости долечивания листок нетрудоспособности продлевается в обычном порядке. По результатам экспертизы также оформляются «Извещение ЛПУ о (заключении учреждения государственной службы МСЭ)» (для лиц старше 18 лет) или «Отрывной талон» (для лиц до 18 лет), в которых указывается диагноз, степень нарушения функций и ограничений жизнедеятельности, группа, причина инвалидности (а для лиц до 18 лет — решение о признании ребенка инвалидом), срок, на который установлена инвалидность, дата очередного переосвидетельствования; вносятся рекомендации по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалида.

Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию, может быть выдана справка произвольной формы о результатах освидетельствования.

29. Оформление санаторно-курортной карты.

Порядок медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение.

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляет лечащий врач и заведующий отделением, а там, где нет заведующего отделе-

нием, главный врач (заместитель главного врача) лечебно-профилактического учреждения (амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства) или медико-санитарной части (по месту работы, учебы) больного при направлении его на профилактическое санаторно-курортное лечение и больничного учреждения при направлении больного на долечивание.

Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача и заведующего отделением заключение о показанности санаторно-курортного лечения выдает врачебная комиссия (далее — ВК) лечебно-профилактического учреждения.

Санаторно-курортное лечение в соответствии с рекомендацией врача и заявлением больного может быть предоставлено и в амбулаторном виде (далее санаторно-курортное лечение). При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания в соответствии с которым больному рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на курорт, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов и других условий лечения на рекомендуемых курортах.

Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, ноотягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушением здоровья основного характера, в тех случаях, когда поездка на отдаленные курорты может вредно отразиться на состоянии здоровья, следует направлять в близрасположенные санаторно-курортные учреждения, организации (СКО) необходимого профиля.

Для санаторно-курортного лечения больному выдается на руки справка для получения путевки по форме №070/у-04 с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач лечебно-профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного. Срок действия справки 6 месяцев.

Справка заполняется лечащим врачом по всем обязательным разделам с использованием информации на обратной стороне.

Затемненное поле справки для получения путевки заполняется и маркируется литерой «Л» в организационно-методическом кабинете лечебно-профилактического учреждения только гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг.

Справка носит предварительный информационный характер и представляется больным вместе с заявлением о выделении путевки на санаторно-курортное лечение по месту предоставления путевки, где и хранится в течение трех лет.

Получив путевку, больной обязан не ранее чем за 2 месяца до начала срока ее действия явиться к лечащему врачу, выдававшему ему справку для получения путевки, с целью проведения необходимого дополнительного обследования. При соответствии профиля СКО, указанного в путевке, ранее данной рекомендации, лечащий врач заполняет и выдает больному санаторно-курортную карту по форме №072/у-04 подписанную им и зав. отделением.

О выдаче санаторно-курортной карты лечащий врач лечебно-профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного (в истории болезни при направлении на долечивание).

Лечащий врач и зав. отделением должны руководствоваться следующим обязательным перечнем диагностических исследований и консультаций специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте:

а) клинический анализ крови и анализ мочи;
б) электрокардиографическое обследование;
в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки

(флюорография);

г) при заболеваниях органов пищеварения — их рентгено-скопическое исследование (если с момента последнего рентгенологического обследования

прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопия;

д) в необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, желудочного сока, печеночные, аллергологические пробы и др.;

е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных — дополнительно обменная карта;

ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно — психических расстройств;

з) при основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.) — заключение соответствующих специалистов.

Главные врачи лечебно-профилактических учреждений осуществляют контроль за выполнением настоящего Порядка и организацией медицинского отбора и направления больных (взрослых и детей) на санаторно-курортное лечение.

Порядок медицинского отбора и направления детей на санаторно-курортное лечение.

Медицинский отбор детей на лечение в санаторно-курортные организации осуществляется лечебно — профилактическими учреждениями, которые должны обеспечивать:

— учет детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении;

— контроль полноты обследования больных перед направлением на санаторно-курортное лечение и качества оформления медицинской документации;

— учет дефектов отбора, направления детей на санаторно-курортное лечение и анализ его эффективности.

Необходимость направления ребенка на санаторно-курортное лечение определяется лечащим врачом лечебно — профилактического учреждения с оформлением справки для получения путевки на ребенка (для предоставления по месту требования) и санаторно-курортной карты для детей по форме № 076/у-04 (далее — санаторно-курортная карта для детей).

В организационно-методическом кабинете маркируется литерой «Л» и заполняется затемненное поле справки для получения путевки и санаторно-курортной карты для детей, только для детей из числа граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг.

Инструкция по заполнению формы № 072/у-04 «Санаторно-курортная карта»

Санаторно-курортная карта выдается лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения, при предъявлении пациентом путевки на санаторно-курортное лечение, которое может быть представлено и в амбулаторном виде.

Бланк санаторно-курортной карты состоит из:

- санаторно-курортной карты;
- обратного талона.

Затемненное поле санаторно-курортной карты заполняется и маркируется литерой «Л» в организационно-методическом кабинете только гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг.

На титульном листе санаторно-курортной карты проставляется полное наименование лечебно-профилактического учреждения в соответствии с документом регистрационного учета.

Номер санаторно-курортной карты — это индивидуальный

номер учета санаторно-курортной карты установленный лечебно-профилактическим учреждением.

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность гражданина.

В пункте «№ истории болезни или амбулаторной карты» указывается номер учета данных документов, установленный лечебно-профилактическим учреждением.

В пункте «Идентификационный номер в системе ОМС» по страховому медицинскому полису ОМС указывается идентификационный номер в соответствии с бланком представленного полиса, где на серию и номер полиса определяется по двенадцать знаков.

Пункт «Код льготы» заполняется в соответствии с главой 2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, с указанием кодов приводится на оборотной стороне справки для получения путевки. Указанный пункт заполняется путем проставления нулей до первой значимой цифры.

Пример: если гражданин, имеющий право на получение набора социальных услуг, относится ко второй категории, в пункте «Код льготы» проставляется «002».

В пункте «Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг» делается запись по реквизитам представленного документа (номер, серия, дата).

В пункте «Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета по документу, удостоверяющему право на получение набора социальных услуг.

Пункт «Сопровождение» заполняется в случае, если больной относится к гражданам, имеющим ограниченные способности к трудовой деятельности III степени.

Пункт «Место работы, учебы» и «Занимаемая должность, профессия», заполняются со слов больного.

Пункт «Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное лечение» заполняется на основании медицинской документации и со слов больного.

Пункт «Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований» заполняется на основании медицинских документов с обязательным указанием даты проведения исследования.

Пункт «Диагноз» заполняется в соответствии с МКБ-10 (Международная классификация болезней) по сведениям медицинской документации о формах, стадиях, характере течения болезни.

В пункте «Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий» указывается диагноз заболевания, для лечения которого больной направляется в санаторий.

В пункте «Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности» указывается диагноз основного заболевания, а для инвалидов и детей-инвалидов — диагноз заболевания, являющегося причиной инвалидности.

В пункте «Сопутствующие заболевания» указываются диагнозы сопутствующих заболеваний.

Заключение заполняется в соответствии с рекомендациями о виде курортного лечения и данными, указанными в путевке на санаторно-курортное лечение.

Санаторно-курортная карта заверяется подписями лечащего врача, заведующего отделением или председателя ВК и круглой печатью лечебно-профилактического учреждения.

Обратный талон заполняется лечащим врачом санаторно-курортной организации для предъявления его больным в лечебно-профилактическое учреждение, выдавшее санаторно-курортную карту (после завершения курса долечивания — в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства).

На титульном листе обратного талона проставляется полное наименование санаторно-курортной организации в соответствии с документом регистрационного учета.

Фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность гражданина.

Пункт «Диагноз при поступлении» заполняется в соответствии с МКБ-10 по сведениям, указанным в санаторно-курортной карте.

В подпункте «Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий» указывается диагноз заболевания, для лечения которого больной направляется в санаторий.

В подпункте «Сопутствующие заболевания» указываются диагнозы сопутствующих заболеваний.

Пункт «Диагноз при выписке из санатория» заполняется в соответствии с МКБ-10 по сведениям медицинской документации санаторно-курортной организации о формах, стадиях, характере течения заболевания.

В подпункте «Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности» указывается диагноз основного заболевания, а для инвалидов и детей-инвалидов — диагноз заболевания, являющегося причиной инвалидности.

В пункте «Проведено лечение» указываются сведения санаторной книжки. Если виды лечения или количество процедур не отвечали соответствующему рекомендованному стандарту санаторно-курортной помощи, лечащий врач делает отметку с указанием причин в пункте «Причины отклонения от стандарта санаторно-курортной помощи»

В пункте «Эпикриз» указываются сведения о полученном больным лечении в санаторно-курортной организации и его состоянии на момент выписки на основании данных санаторной книжки, медицинской документации и объективного состояния больного.

Пункты «Результаты лечения», «Наличие обострений, потребовавших отмену процедур» и «Рекомендации по дальнейшему лечению», заполняется на основании данных, указанных в пункте «Эпикриз».

Обратный талон заверяется подписями лечащего врача, главного врача и круглой печатью санаторно-курортной организации.

30. Оформление документации для страховой компании.

Оформление документации для страховой компании проводится с использованием специальной компьютерной программы РОСГОССтраха. Наличие необходимых документов у больного: документ, удостоверяющий личность гражданина, страховой медицинский полис, страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования.

По законченному случаю заболевания, на основании амбулаторной карты или истории заболевания, заполняются графы компьютерной программы. В них, по мимо основных пунктов «Ф.И. О., пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в РФ», «Социальная группа: рабочий, служащий, неработающий, учащийся, пенсионер, инвалид», «Профессия», «Место работы, должность», заполняются пункты «№ истории болезни или амбулаторной карты», «Жалобы, длительность заболевания, анамнез, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное лечение», «Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований».

Пункт «Диагноз» заполняется в соответствии с МКБ-10 (Международная классификация болезней) по сведениям медицинской документации о формах, стадиях, характере течения болезни.

В пункте «Сопутствующие заболевания» указываются диагнозы сопутствующих заболеваний.

В пункте «Идентификационный номер в системе ОМС» по страховому медицинскому полису ОМС указывается идентификационный номер в соответствии с бланком представленно-

го полиса, где на серию и номер полиса определяется по двенадцать знаков.

В пункте «Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета по документу, удостоверяющему право на получение набора социальных услуг.

Заполняется счет-фактура (количество проведенных койко/дней в соответствии с фиксированной нормативной оплатой). Стоимость одного посещения профильного амбулаторного больного, завершеного случая стационарного лечения устанавливаются тарифной комиссией соответствующего территориального фонда ОМС.

23. Физиотерапевтические методы лечения больных в дерматовенерологии.

Использование физических воздействий как естественных, так и искусственно получаемых, издавна признано необходимым компонентом комплекса лечебных мероприятий у больных хроническими рецидивирующими дерматозами. Целебное влияние физиотерапии характеризуется физиологической регуляцией саногенеза и потому благоприятно как дополнение к средствам общей терапии, а в некоторых случаях и как основной фактор лечения.

Физиотерапия (от греческих слов «физас» — природа и «терапия» — лечение) — комплекс физических факторов внешней среды в их естественном и преобразованном виде, широко применяется не только для лечения, но и для профилактики, и для реабилитации больных хроническими рецидивирующими дерматозами.

В комплексном применении у больных с заболеваниями кожи используются многочисленные средства и методы физиотерапевтического воздействия. Основные разделы, которые в свою очередь включают ряд подразделов, составляют 13 разновидностей физических факторов: I — электротерапия, II — магнитотерапия, III — аэроионотерапия, IV — аэрозоль

и электроаэрозольтерапия, V — оксигенотерапия, VI — ультразвуковая терапия и ультрафонофорез, VII — актинотерапия, VIII — гидробальнеотерапия, IX — пелоидотерапия (в этот раздел относится грязелечение, применение теплоносителей: парафина, озокерита, нафталана), X — криотерапия, XI — климатотерапия, XII — механотерапия, включающая массаж, баротерапию, тракционную терапию, XIII — эстетотерапия (лечение музыкой, танцами, художественными произведениями и т. д.).

Физические факторы оказывают рефлекторное, гуморальное и непосредственное физико-химическое действие на различных уровнях, начиная от атомов, молекул, клеточных и тканевых систем, вплоть до органного уровня специализированных и функциональных систем. При выборе физических методов лечения дерматозов рекомендуется учитывать диагноз заболевания, его стадию, форму, характер течения, а также возраст больного, функциональное состояние нервно — эндокринной, сердечно — сосудистой систем и наличие сопутствующих заболеваний.

Электrolечение подразделяется в зависимости от типа электрической энергии на методы с применением тока постоянного направления и тока переменного направления. В дерматологии лечебное применение постоянного электрического тока малой силы и низкого напряжения используется для гальванизации, лекарственного электрофореза, терапевтического электролиза. Импульсные токи с низкой частотой малой силы и низкого напряжения применяются для электросна, диадинамотерапии, электростимуляции и электропунктуры. Лечебное действие электрического тока переменного направления средних частот, малой силы и низкого напряжения полезно для амплипульстерапии. Переменный синусоидальный импульсный ток высокой частоты, высокого напряжения и малой силы используется для дарсонвализации, а переменный синусоидальный ток высокой частоты и большой силы — для диатермии и диатермокоагуляции.

Гальванизация — метод электротерапии, при котором на организм человека воздействуют постоянным электрическим током малой силы и низкого напряжения. Применяются способы гальванизации непосредственно на места поражения, на рефлекторно-сегментарные зоны и метод системного общего лечения.

В дерматологии традиционно используется несколько методик. Наиболее часто, применяется местная гальванизация на очаги воспаления, затем гальванизация воротниковой зоны по Щербаку, интраназальная гальванизация, четырехкамерная гальваническая ванна и общая гальванизация по Вермелю. Гальванизация показана при нейродермите и других зудящих дерматозах у больных склеродермией, узловатыми васкулитами, псориазом, красным плоским лишаем и с келоидными рубцами.

Противопоказаниями к применению гальванизации являются экзема, дерматиты, пиодермиты, гипертоническая болезнь III стадии, лихорадочное состояние, злокачественные новообразования.

Лекарственный электрофорез — комплексный метод сочетанного действия постоянного тока и лекарственного вещества. В качестве лекарственных веществ чаще всего употребляются 0,5-2% раствор кальция хлорида (при аллергических дерматозах, сопровождающихся выраженной воспалительной реакцией и зудом), 2-3% раствор магния сульфата, применяемый при лечении себореи поведения волос, очагового облысения, себорейного дерматита. Для рассасывания келоидных рубцов, очагов склеродермии эффективен 5-10% раствор лидазы в 0,5-1% растворе новокаина. При опоясывающем лишае, болевом синдроме используется 2% натрия бромид или 1-2% раствор новокаина. Для более быстрого рассасывания хронических инфильтратов у больных псориазом, красным плоским лишаем, очаговым нейродермитом используются 1-3-5% раствор ихтиола, 7-5% раствор димексида или 4% раствор кислого хлористоводородного хинина.



Рис. 16. Процедура лекарственного электрофореза.

В связи с тем, что показания для назначения лекарственной терапии в дерматологии весьма многочисленны, а сочетание лекарственных препаратов с электрическим током нередко усиливает их действие, лечебный электрофорез применяется в лечении дерматозов гораздо чаще, чем гальванизация.

Терапевтический электролиз — метод разрушения с терапевтической целью продуктами, образующимися при прохождении постоянного тока. Терапевтический электролиз применяется в дерматологической практике для разрушения небольших кожных образований (бородавок, остроконечных кондилом, папиллом) и ангиом.

Электросон — это метод воздействия на центральную нервную систему импульсного тока низкой частоты, малой силы и низкого напряжения (Рис. 17). Электросон особенно эффективен у больных хроническими рецидивирующими дерматозами, сопровождающимися зудом, парестезиями, невротическими реакциями. Установлено, что электросон способствует восстановлению нарушенных нейрососудистых, нейрогуморальных, нейроэндокринных, вегетативных и висцеральных систем организма и, тем самым, обеспечивает его гомеостаз. Процедура

электросна значительно снижает эмоциональное напряжение, оказывает выраженное антистрессовое и седативное действие. Одновременно уменьшается умственное и физическое утомление, повышается работоспособность. Наступающий в процессе процедуры сон в отличие от медикаментозного (фармакологического) приближается к естественному, физиологическому сну и лишен последствий, к нему нет привыкания.



Рис. 17. Электросон.

Диадинамотерапия — метод электролечения с помощью низкочастотных импульсивных токов, малой силы и низкого напряжения. Диадинамические токи (токи Бернара) оказывают на организм сложное рефлекторное стимулирующее действие, обусловленное антиспастическим, сосудорасширяющим влиянием, способностью их в результате ритмического сокращения мышц ускорять процессы микроциркуляции в тканях. При диадинамотерапии у больных заболеванием кожи отмечается уменьшение эритемы, отека, инфильтрации и зуда. В дерматологии диадинамические токи применяют для лечения экземы, псориаза, ограниченного и диффузного нейродермита, почесухи, красного плоского лишая, опоясывающего лишая. Кроме того, в дерматологии диадинамотерапия широко используется для диатермокоагуляции бородавок, папиллом, сосудистых невусов, телеангиэктазий, удаления татуировок, келоидов.

Противопоказания: тромбоз, тромбофлебит, инфекционные лихорадочные заболевания, злокачественные новообразования, сердечно — сосудистая недостаточность II-III степени, болезнь Паркинсона, беременность, психические расстройства.

Электростимуляция — это метод применения различных импульсных токов низкой частоты для восстановления трофических свойств органов и тканей, утративших нормальную функцию.

Электростимуляция показана для лечения склеродермии, дерматомиозита, атрофодермии Пазини — Пьерини, так как под влиянием данной процедуры улучшается кровоснабжение мышц и дермы, снижая накопление молочной кислоты и повышая энергообеспечение за счет увеличения миоглобина, АТФ и гликогена.

Электропунктура — метод электролечения, предусматривающий воздействие импульсными токами низкой частоты на биологически активные точки без применения игл. В отличие от электроакупунктуры, при которой ток подводится к металлическим иглам во время сеанса иглотерапии, электропунктура представляет собой процедуру электролечения, выполняемую врачом-физиотерапевтом. Для проведения электропунктуры выпускаются специальные аппараты «Элап», «Элита», ПЭП, позволяющие обнаружить биологически активные точки, требующие терапевтического воздействия. Электропунктура относится к методам рефлекторно-сегментарной физиотерапии. Электропунктура оказывает нормализующее влияние на биологические точки, поэтому ей свойственно анальгезирующее, гипосенсибилизирующее, сосудорасширяющее, противовоспалительное влияние, сопровождающееся положительными адаптационно-трофическими процессами. Электропунктура имеет ряд преимуществ перед обычным методом иглоукалывания — нетравматичность, стерильность, возможность дозировки с регулировкой силы тока. Этот метод находит применение в первую очередь при тех заболеваниях кожи, которые показа-

ны для иглокалывания: экзема, нейродермит, псориаз, крапивница, опоясывающий лишай.

Амплипульстерапия — новый метод электролечения, проводимый с помощью синусоидальных импульсных модулированных токов малой силы и низкого напряжения. Болеутоляющее действие, стимуляция периферической микроциркуляция, трофики тканей и улучшение функционального состояния центральных и периферических отделов нервной системы — основные механизмы терапевтического действия амплипульстерапии. В дерматологии основными заболеваниями для лечения являются склеродермия, дерматомиозит, атрофодермия Пазини-Пьерини, ограниченный нейродермит, варикозный синдром, опоясывающий лишай.

Дарсонвализация — метод электротерапии, при котором используется импульсный переменный ток высокой частоты, высокого напряжения и малой силы. Метод назван по имени французского физиолога д»Арсонваля, который изучил физиологическое действие высокочастотных токов и предложил использовать их в лечебной практике (Рис. 18).



Рис. 18. Дарсонвализация.

Дарсонвализация повышает тонус сосудов, улучшая микроциркуляцию тканей. Одновременно стимулируются элементы

ретикуло-эндотелиальной системы, улучшается трофика кожи и слизистых оболочек, усиливаются процессы регенерации. При этом оказывается отчетливо выраженное болеутоляющее, противовоспалительное и противозудное действие, обусловленное непосредственным влиянием искрового заряда как на чувствительные нервные окончания, так и на вегетативные нервы кожи и слизистых оболочек. Одновременно осуществляется бактерицидное и бактериостатическое действие искрового разряда. Дарсонвализация широко применяется в дерматологической и косметической практике при выпадении волос, у больных с угревой сыпью, хронической экземой, красным плоским лишаем, ограниченным и диффузным нейродермитом, псориазом, трофическими язвами и варикозным синдромом, очаговой и системной склеродермией, келоидами.

Индуктотерапия — метод лечебного воздействия электромагнитным полем высокой и ультравысокой частоты с индуктивной передачей высокочастотного магнитного поля. Индуктотермия стимулирует глюкокортикоидную функцию надпочечников, повышает ферментативные обменно-трофические процессы в тканях, увеличивает окислительно-восстановительный потенциал крови, усиливает напряжение кислорода в мышечной ткани и иммунологические свойства организма. Одновременно улучшает микроциркуляцию, оказывает антифлогистическое действие и нормализует репаративные свойства воспаленных участков. Индуктотермия применялась успешно в лечении экземы, нейродермита, псориаза, красного плоского лишая.

Индуктотермия противопоказана у больных злокачественными новообразованиями, сердечно-сосудистой недостаточностью, острыми инфекционными заболеваниями, гипертонией, стенокардией и у беременных.

Ультравысокочастотные токи, или УВЧ, — это метод лечения переменным электрическим полем ультравысокой частоты, которое имеет диапазон колебаний от 30 до 300 МГц. В основе механизма действия поля УВЧ лежит первичное действие

на электрически заряженные частицы (ионы, электроны, атомы, молекулы), из которых состоят ткани организма. Это действие обусловлено как тепловым, так и нетепловым осцилляторным эффектом высокочастотных колебаний. Механизм действия УВЧ-терапии комплексный и складывается из мобилизации деятельности элементов ретикулоэндотелиальной системы, гипосенсибилизирующего действия, усиления тканевого дыхания и интенсификации микроциркуляции с уменьшением гидратации тканей и снижением экссудативного компонента воспаления. Одновременно УВЧ-терапия оказывает выраженное болеутоляющее и противовосудное действие со стимуляцией пролиферативных процессов.

Лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункулы, карбункулы, гидраденит, васкулиты, ожоги, трофические язвы) с помощью УВЧ-терапии по скорости действия и по эффективности является наиболее надежным и действенным. После 2-3 процедур резко уменьшаются болезненность, отечность и гиперемия тканей, значительно улучшается общее состояние. Эффективность лечебного действия тем выше, чем раньше начато лечение. Противопоказания: сердечно — сосудистая недостаточность, системные заболевания крови, злокачественные новообразования, беременность, гипотония.

Ультразвуковая терапия. Ультразвук оказывает механическое, термическое и физико — химическое действие. Применяют прямое (на кожу, мышцы, суставы) и косвенное (на спинномозговые корешки, отдельные нервы) озвучивание. Прямое, локальное, озвучивание в дерматологии может применяться при гидрадените, локализованном кожном зуде, ограниченной склеродермии, ограниченном нейродермите, трофических язвах. Сегментарное, косвенное, озвучивание показано при лечении хронической рецидивирующей крапивницы, универсальном кожном зуде, диффузном нейродермите, системной склеродермии. Введение лекарственных препаратов типа

витаминов А, В₆, гидрокортизоновой эмульсии и др. с помощью ультразвука получило название фонофореза, который с успехом применяют у больных подошвенно-ладонным псориазом, ограниченными формами нейродермита, локализованной экземы в стационарной стадии (Рис. 19).



Рис. 19. Ультразвуковая терапия.

Ультразвук обладает выраженным противовоспалительным, анальгезирующим, спазмолитическим, фибринолитическим, рассасывающим, противозудным, гипосенсибилизирующим действием. Под влиянием ультразвука улучшается биоэлектрическая активность тканей, повышается фагоцитоз. Ультразвук активизирует механизмы неспецифической резистентности и иммунологической реактивности.

Противопоказана ультразвуковая терапия при общих инфекционных заболеваниях, при гипертонии, беременности, кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности, при сирингомиелии, болезнях крови.

Светолечение (фототерапия) — метод, основанный на применении лучей солнечного спектра (гелиотерапия) и искусственных источников ультрафиолетового излучения. Ультрафиолетовое излучение подразделяют на три области: длинноволновые лучи (400-320 нм) — УФА, средневолновые (320-280

нм) — УФБ и коротковолновые — УФС. В длинноволновом диапазоне выделяют спектр УФА-1 (340-400 нм) и УФА-2 (320-340 нм).

Появилась новая терминология, которая включает такие слова как доза облучения, интенсивность излучения, минимальная фототоксическая доза, монотерапия и комбинированная терапия ультрафиолетовыми лучами.

В дерматологии для терапии дерматозов применяется ультрафиолетовое излучение в средневолновом и длинноволновом спектрах

В состав лучистой энергии солнца входит спектр ультрафиолетовых лучей, которые способны стимулировать биохимические процессы в организме. Следует учитывать, что длинноволновая часть ультрафиолетовых лучей угнетает лимфатическую активность тканей путем подавления синтеза ДНК. Входящие в состав лучистой энергии солнца инфракрасные и видимые лучи сенсбилизируют организм к ультрафиолетовым лучам, повышая тем самым их восприятие. Существуют разные методики проведения солнечных лечебных ванн, зависящие от вида дерматоза, состояния больного, поэтому методы их применения будут представлены конкретно при описании отдельных заболеваний.

Действие ультрафиолетовых лучей многогранно. Они оказывают положительное влияние на центральную и вегетативную нервную систему, действуют боле — и зудоутоляюще, обладают бактерицидной и бактериостатической активностью, стимулируют рост волос, усиливают сало — и потоотделение. Гелиотерапию используют чаще всего в виде общих облучений при фурункулезе, стрептодермиях, псориазе, у больных себорейной, микробной экземой и при нейродермитах.

В качестве источников искусственных ультрафиолетовых лучей используют газоразрядные лампы: ДРТ (дуговая, ртутная, трубчатая), ОУТ — 1 (облучатель ультрафиолетовый) и ОПУ — 2 (облучатель портативный ультрафиолетовый). Основными по-

казаниями к фототерапии являются стационарное или регрессивное течение дерматоза и отсутствие фотосенсибилизации. Перед началом лечения определяют биодозу или эритемную дозу — минимальный период времени, в течение которого возникает эритема при облучении на определенном расстоянии (обычно 50 см). При различных дерматозах на разных участках каждого покрова назначают различное количество биодоз облучения. Процедуры облучения проводят через день, прибавляя через 2-3 сеанса по $1/4 - 1/2$ биодозы, доводя дозу до $2-2\frac{1}{2}$ биодоз при общем количестве облучений 15-20. При папулезных элементах у больных псориазом, красным плоским лишаем, ограниченным нейродермитом облучение начинают с $1\frac{1}{2}$ — 3 биодоз при площади облучаемых участков до 100 см^2 , добавляя в каждое последующее облучение от 2-3 до 7-8 биодоз. При бурговковых высыпаниях у больных лейшманиозом, туберкулезом кожи облучение проводят более интенсивно, непосредственно на очаги поражения в количестве 15-25 эритемных доз.

Солнечное облучение и фототерапия противопоказаны при выраженных заболеваниях сердечно — сосудистой системы, органических заболеваниях центральной нервной системы, эпилепсии, заболеваниях крови, при злокачественных новообразованиях, тиреотоксикозе, диабете, вегетодистонии, в период прогрессирования туберкулезного процесса, а также при фотосенсибилизации и у кожных больных при наличии прогрессирующей стадии дерматоза.

ПУВА — терапия. В последние годы одним из наиболее эффективных и интенсивно изучаемых методов лечения дерматозов является сочетанное применение фотосенсибилизирующих препаратов (псоралена, метоксалена, пувалена, оксоралена и др.) с облучением длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами зоны А. Основанием для применения данного метода послужили клинические наблюдения, свидетельствующие о ремиссии или разрешении кожного процесса у больных многими дерматозами (псориаз, экзема, нейродерматозы и др.) под воз-

действием солнечного облучения или искусственной ультрафиолетовой радиации. Недостаточное лечебное действие искусственных методов фототерапии способствовало дальнейшим поискам. В 1974 г. J. A. Parrich и соавт. предложили новый метод лечения, названный фотохимиотерапией, или ПУВА — терапией. Название происходит от начальных букв: П (P) — псорален, пувален и другие фотосенсибилизаторы; УВ (UW) — ультрафиолет в английской транскрипции; А (A) — длинноволновый спектр ультрафиолетовых лучей. Этот метод предполагал сочетанное назначение препаратов группы 8 — метоксипсоралена и мощного ультрафиолетового воздействия с максимум эмиссии 365 нм. При этом значительное усиление УФ воздействия достигается назначением фотосенсибилизаторов, которые в десятки раз повышают чувствительность кожи к ультрафиолетовой радиации. В то же время установлено, что ни фотосенсибилизатор, ни УФО, примененные изолированно, сами по себе эффекта не оказывают, и только их комбинация дает положительный терапевтический результат. Предполагается, что псоралены действуют в качестве катализаторов, усиливающих действие на кожу длинноволновых ультрафиолетовых лучей. После того как впервые были опубликованы обнадеживающие результаты применения 8 — метоксипсораленов внутрь с последующим облучением длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами в лечении больных псориазом, ПУВА — терапия находит все большее применение в России и за рубежом при грибовидном микозе, красном плоском лишае, угревой сыпи, экземе, диффузном нейродермите и других дерматозах. По мере накопления фактического материала по применению ПУВА — терапии в дерматологии выяснилось, что в процессе лечения наблюдаются различные осложнения и побочные явления. К ним относятся появление кератом, папиллом, активизация скрытой вирусной инфекции в виде экзацербации и рецидивирования простого пузырькового лишая, поражение зрительного анализатора, нарушение пигментообразования, старение, гипертрихоз, сухость

кожи, появление злокачественных новообразований (кератоакантомы, базально — клеточные карциномы), а также непереносимость пувалена.

UVB [280-320 нм]. Признаётся более эффективным, чем UVA [320-400 нм] — не только при псориазе, но и при лечении других заболеваний. Применяется уже около 50 лет. Нет необходимости применения фотосенсибилизаторов (псораленов), более безопасен, потому что требует меньших доз облучения. Часто используется в кабинках общего облучения в комплексе с UVA источниками. Меньший объём побочных эффектов отчасти объясняется тем, что UVB не проникает глубже эпидермиса, и кроме того, кератолитические процессы протекают как раз в этом слое кожи.

UVB применяется при генерализованной, каплевой и ладонно-подошвенной форме псориаза совместно с обычными методами лечения или как конкурентная монотерапия. Её предпочитают при светлой коже, молодом возрасте пациента, относительно небольших площадях поражения (до 30%, впрочем, совсем недавно видел новый образец «UV кровати» для почти 100% поражения), не очень большом сроке заболевания, отсутствии реакции на традиционную терапию.

UVB делится на 3 части: широкополосный UVB (280-320 нм), селективный UVB (305-325 нм) и UVB NB — с практически всем объёмом излучения около 311 нм.

UVB NB — так называемый «узкополосный UVB». Лампы этого спектра имеют максимум излучения в 311-313 нм (Рис. 20). Считается, что эта область и есть самая «нужная» из всего диапазона UV, равно как и наиболее действенная из солнечного спектра.

Существует несколько протоколов применения UVB NB. Классически проводится 2-3 процедуры в неделю. Облучение проводится на локальных зонах, либо общее — в специальной кабине при распространённой форме. Время процедуры зависит от типа и мощности оборудования и составляет от несколь-

ких секунд до нескольких минут. Лечение начинается с определения MED (минимальной эритемной дозы) здоровой кожи, это граница между покраснением кожи и признаками ожога первой степени (похожего на солнечный) в течение 24 часов.



Рис. 20. Кабина UVB — терапии.

Максимальная доза зависит от типа псориаза, места и реакции в ходе лечения. После начала устойчивой положительной динамики доза постепенно снижается. Между процедурами рекомендуется применение увлажняющих кремов и в зависимости от места облучения, хода лечения и реакции — препаратов Дайвонекс, Дайвобет, топических кортикостероидов разных типов или их комбинаций, возможно — дитранола или ретиноидов. Это определяет наблюдающий врач по ходу лечения. Салициловая кислота, наоборот, приводит к уменьшению лечебного эффекта. Уменьшение толщины пятен и уменьшение шелушения наблюдается к 5-10-й процедурам, значительное улучшение вплоть до возможной полной очистки — к 15-30-й. Максимально допустимое количество процедур — 40-45, после чего — месяц перерыва в случае необходимости продолжения лече-

ния. После окончания процедур рекомендуется периодические поддерживающие процедуры (примерно раз в неделю) и периодическое применение увлажняющих мазей. Потемнение кожи в облучённых местах проходит в течение месяца после окончания процедур. Сроки ремиссии статистически различны — от 4 до 10 месяцев. Отмечались случаи исчезновения мелких пятен (несколько кв. мм), не попавших под UV, по соседству с облучаемыми зонами.

Селективная фототерапия — метод лечения, при котором используются средневолновые (УФБ) и длинноволновые ультрафиолетовые (УФА) лучи. Дозировка ультрафиолетового излучения проводится по измерению УФБ лучей, так как по своей активности ультрафиолетовые лучи спектра Б превосходят лучи спектра А в несколько сот раз. Селективная фототерапия проводится по методике 3-6 разовых облучений в неделю. Лечение обычно начинают с дозы УФБ равной 0,1 Дж/кв. см. Следующая процедура проводится, при отсутствии эритемы, на 0,1 Дж/кв. см больше, чем предшествующая процедура. На курс лечения приходится 20-30 процедур. Лечение селективной фототерапией показано при псориазе, atopическом дерматите, красном плоском лишае, почесухе.

Комбинированная фототерапия

- длинноволновые лучи со средневолновыми лучами в диапазоне 285-350 нм (лампы для селективной фототерапии) комбинируют с длинноволновыми лучи (УФА) в диапазоне 320-400 нм (макс. 365 нм)

- средневолновые лучи в диапазоне УФБ (311 нм) с помощью ламп F85/100W TL-01 комбинируют с длинноволновыми лучами (УФА) в диапазоне 320-400 нм (макс. 365 нм). В ряде случаев комбинированная фототерапия дает лучшие результаты, чем монотерапия.

Лечение с применением ультрафиолетового излучения желательно сочетать с лекарственными препаратами, как общего, так и местного воздействия. Например, такими как ретиноиды

(неотигазон), кальципотриол (дайвонекс), дитранол и другими препаратами. Это повышает эффективность проводимой терапии, увеличивает сроки ремиссии заболевания и снижает суммарную дозу ультрафиолетового излучения.

При некоторых нозологических единицах эффективность фототерапии, особенно при псориазе, парапсориазе, красном плоском лишае, достигает 100%.

Фотодинамическая терапия — метод лечения, основанный на комбинации инфракрасного излучения (600-730 нм) и фотосенсибилизаторов из группы порфиринов (Рис. 20). Фотодинамическая терапия показана при базальноклеточной эпителиоме, актиническом кератозе, саркоме Капоши, бородавках, псориазе, метастазах в кожу, лимфоме (грибовидном микозе), болезни Бовена и других болезнях.



Рис. 21. Фотодинамическая терапия.

Ультрафиолетовое облучение аутокрови. В настоящее время широко применяются в лечении многих патологических состояний реинфузии ультрафиолетом облученной собственной крови. Исследования отечественных и зарубежных ученых

еще в 30-е годы показали эффективность данного метода при лечении целого ряда заболеваний: вирусных пневмоний, пиодермитов, полиомиелита и др. Однако с открытием антибиотиков и сульфаниламидов УФО — аутогемотерапия стала использоваться реже. Новый возврат к применению этого метода сейчас связан с появлением антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов. Принципиальное отличие действия УФО крови от обычного воздействия кварцевого облучения заключается, прежде всего, в том, что при воздействии УФО на кожный покров коротковолновое излучение поглощается в верхних слоях кожного покрова, а до капилляров доходит излучение только с длиной волны, превышающей 300 нм. Непосредственное воздействие УФО крови оказывает многокомплексное влияние. Оно проявляется, прежде всего, повышением бактерицидной активности сыворотки крови вследствие активирования фагоцитоза, увеличения числа лейкоцитов, базофильных гранулоцитов. Одновременно нормализуется количество и соотношение IgG, IgM, IgA и IgE и происходят положительные динамические изменения структурно — функциональных свойств иммунокомпетентных клеток, что приводит к интенсификации иммунологической активности. Выявлено также повышение кислородной емкости крови, коррелирующей с улучшением реологических свойств крови и с увеличенной способностью тканей утилизировать кислород. Применение УФО крови в лечении больных псориазом (зимней формой), диффузным нейродермитом, различными клиническими разновидностями экземы, стрептостафилодермией оказалось весьма эффективным, способствующим интенсивному разрешению кожного процесса и сокращению койко-дня.

Лечение лучами Рентгена и лучами Букки. Используя противовоспалительное резорбтивное и зудоутоляющее действие лучей Рентгена, их одно время очень широко применяли в дерматологии. Лучи Рентгена назначали для лечения нейродерматозов, псориаза, красного плоского лишая, экзем, вульгарных и юношеских бородавок, келоидных рубцов, эпителиом и др.

Однако, накопленный опыт показал, что при воспалительных дерматозах в одних случаях наступает стойкий и длительный терапевтический эффект, а в других — дерматоз остается резистентным к лечению. Но после неудачной терапии рентгеновскими лучами другие методы лечения оказываются безрезультатными. Помимо этого, воздействие рентгеновских лучей даже в терапевтических дозах оказывается небезразличным. Их применение сопровождается частыми осложнениями в виде рентгеновского дерматита, атрофии кожи, появления папиллом, кератом, кератоакантом, изъязвлений с малигнизацией. Все это ограничило применение лучей Рентгена в лечении дерматозов. Лишь в редких случаях, если лечение злокачественных новообразований неэффективно другими методами, используют рентгенотерапию. Чаще применяют пограничные лучи (лучи Букки), при которых повреждающее действие на кожу практически отсутствует или менее выражено по сравнению с действием, оказываемым лучами Рентгена.

Лучи Букки назначают для лечения сливных, возвышающихся угрей, хронической, упорно рецидивирующей экземы, келоидных рубцов ограниченных форм нейродермитов (хронический лишай Видаля) и др.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Санаторно-курортная помощь — один из важных этапов в диспансеризации дерматологических больных, так как природные лечебные факторы оказывают важный оздоровительно-профилактический и лечебно-реабилитационный эффект. В отличие от фармакологических препаратов они являются естественными физиологическими средствами воздействия на организм больных. Поэтому при рациональном использовании они не оказывают побочных действий, не вызывают осложнений. Однако эффективность лечения курортными факторами в значительной мере обусловлена качеством предсанаторного обследования больных, а также отбора, осуществляемого дер-

матологом. При санаторно-курортном отборе необходимо учитывать, с одной стороны, характер и своеобразие дерматоза у больного, индивидуальные особенности пациента, сопутствующие болезни, а с другой — основной профиль курорта, представленные там природные лечебные факторы, их физиологическое действие на основные звенья патогенеза дерматоза.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ КУРОРТОВ

Климат. Климатотерапия является неотъемлемым элементом комплексного лечения дерматологических больных на курорте. К климатообразующим относят космические (радиация солнца, космическое излучение, смена времен года, дня или ночи), атмосферные, или метеорологические (температура, влажность, движение воздуха, его физическая и химическая чистота, атмосферное явление, осадки, туман, облачность) и земные факторы (географическое расположение местности, растительный мир, наличие водоемов и др.).

Сложная физико-химическая структура климатических факторов определяет многогранность их действия на различные органы и системы человека. Они обуславливают развитие общих неспецифических реакций (повышение устойчивости организма в широком плане) и специфических (влияние отдельных факторов и системном органном и клеточном уровнях).

Пелоиды, нафталан, озокерит. Грязелечение является мощным фактором оздоровления больных хроническими дерматозами. К грязевым курортам относятся Анапа, Актала, Балдоне, Евпатория, Ейск, Карачи, Кашин, Краинка, Пятигорск, Саки, Сад — город, Старая Русса, Хилово и др.

Грязь обладает тепловыми качествами — теплоемкостью, теплопроводностью, теплоудерживающей способностью (Рис. 22). Принято считать, что физиологическое и лечебное действие пелоидотерапии основывается преимущественно на рефлекторном влиянии на организм с вовлечением нейрорегуляторных систем.



Рис. 22. Грязелечение.

Важное значение придается также бактерицидным свойствам грязи, наличию в ней эстрогенов и простагландинов — биорегуляторов многих физиологических процессов. Пелоидотерапия, применяемая сегментарно (область шеи, паравертебральная зона), повышает (до нормы) содержание $11 — OKC$ в плазме, оказывает седативный эффект, снижает в сыворотке крови уровень аутоантител, интенсифицирует окислительно-восстановительные процессы, улучшает обмен в коллагеновых фибриллах и основном веществе соединительной ткани.

Описанные особенности общего действия пелоидотерапии обосновывают целесообразность ее широкого применения для оздоровления больных хроническими дерматозами, в патогенезе которых важную роль играют измененная иммунологическая реактивность организма, функциональные нарушения нервной системы, обмена веществ и др. Кроме того, значительный диапазон наружного действия грязи определяет показания к лечению заболеваний, протекающих со значительной инфильтрацией кожи (нейродермит, псориаз), а также очаговых облысений, красного плоского лишая, почесухи, келоидов, пластической индурации пениса. Антибактериальные свойства грязи оправдывают ее применение в виде аппликаций при угревой сыпи, трофических язвах, микробной экземе.

Пелоидотерапию используют для воздействия на область очагов поражения. Не следует назначать грязевые процедуры

больным в период прогрессивного подострого или острого течения патологического процесса.

Торф — один из основных пелоидов органического типа. Он содержит пектины, дубильные вещества, битумы, целлюлозу, гуминовые кислоты. Последние обуславливают полужидкую пластическую консистенцию торфа. От них зависят также термofизические особенности кашицеобразной торфяной массы. Бактериостатические свойства торфа связывают с гуминовыми кислотами. Через кожу резорбируются лишь растворимые в воде компоненты торфа. Имеются указания, что аппликации торфяной грязи температуры 48°C приводят к усилению местного кровотока вследствие дилатации кожных сосудов и торможению симпатических периферических эффеkтов.

Торф используется в виде аппликаций либо на очаг поражения, либо сегментарно.

Нафталановую нефть широко используют для лечения многих дерматозов. Она обладает свойствами тяжелых нефтей с относительной плотностью 0,923-0,974, лишена легких фракций, содержит значительное количество нафтенных кислот. Нафталановая нефть оказывает положительное влияние на центральную нервную систему, функцию эндокринных органов, кровообразование, сердечно-сосудистую систему, обладает гипосенсибилизирующим, противозудным и противовоспалительным действием.

Лечение нафталаном показано больным псориазом, экземой, нейродермитом.

Озокерит — воскообразный продукт нефтяного происхождения, светлого, темно-коричневого или черного цвета, представляющий собой смесь высоковязких и легких масел мелкокристаллического парафина. Его получают из особой руды, которая добывается в районе Борислава; по своей консистенции и внешнему виду напоминает воск. Озокерит содержит 84-86% углерода и 13-15% водорода. В его состав входят церезин (69-80%), парафин (3-7%), минеральные масла, нефтя-

ные смолы (8-10%), асфальтены (0,5%), механические примеси (3-8%). Температура плавления — 60-80°C. Озокерит нашел применение в лечении псориаза, нейродермита, хронической экземы, красного плоского лишая.

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ОТБОР

Для правильного выбора санатория по характеру сопутствующих дерматозу висцеральных заболеваний для детей и взрослых рекомендуют следующий комплекс обязательных лабораторных исследований, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте: анализ желудочного сока (фракционно), дуоденальное зондирование с биохимическими исследованиями желчи, исследование биохимической гепатограммы (белковый спектр, холестерин, β — липопротеиды, сахар, щелочная фосфатаза, альдолаза), анализ кала на гельминты, лямблии, описторхии (в эндемичных районах) — 3-5 раз с интервалом 4-5 дней между исследованиями, развернутые копрограммы (3 —кратно), исследование кала на дисбактериоз (обязательно для детей), общий анализ крови и мочи, ЭКГ, исследование органов грудной клетки (флюорография), для женщин обязательно заключение гинеколога.

По показаниям проводят эндоскопическое исследование желудка и 12-перстной кишки, ректосигмоидоскопию, определение коагулограммы. Обязательным является осмотр ЛОР — врачом, стоматологом, гастроэнтерологом (по результатам обследования).

Подобное комплексное обследование обычно позволяет выявить заболевания, патогенетически связанные с дерматозами. Поскольку у больных аллергодерматозами, особенно у детей, чаще всего выявляется сочетанная патология органов пищеварения, первый этап досанаторной подготовки им лучше провести в гастроэнтерологических отделениях соматических детских больниц.

В полноценной досанаторной подготовке нуждаются также

больные псориазом, склеродермией и другими хроническими дерматозами.

33. Освоение техники введения бужа в уретру. Исследование стенок уретры на прямом буже. Массаж уретры на прямом буже. Введение катетера при острой задержке мочи.

Бужирование способствует рассасыванию инфильтрата; рубцовая ткань размягчается, делается более податливой и растягивается. Бужи бывают эластические и металлические. Эластические бужи сделаны из вулканизированного шелка и покрыты каучуковым лаком. Они представляют собой различной толщины гибкие зонды. Перед употреблением их стерилизуют. Чаще применяются металлические бужи. Стерилизуют их кипячением. По форме металлических бужей различают: 1) прямые, предназначенные для передней уретры (Рис. 23а, и 2) изогнутые — для всей уретры с кривизной, соответствующей кривизне уретры (23б). Калибр бужей определяется в миллиметрах. Набор бужей по шкале Шаррьера имеет 30 номеров. Диаметр наибольшего из них равен 10 мм, а каждый последующий



Рис. 23 (а) прямые бужи; Рис. 23 (б) изогнутые бужи.

буж толще на 1/3 мм. Перед бужированием больной должен помочиться. Затем головку члена обмывают дезинфицирующим раствором и в уретру вводят стерильный буж, смазанный стерильным глицерином. Для введения прямого бужа особого на-

выка не требуется. Буж вводится в наружное мочеиспускательное отверстие, а затем без насилия половой орган натягивается на буж, который медленно опускается в уретру.

Для введения изогнутого бужа обнаженную головку полового органа берут левой рукой, penis кладут на пахово-бедренную складку. В переднюю уретру правой рукой вводят изогнутый буж так же, как и прямой. Когда при бужировании возникают ощущения сопротивления — fossae bulbi, половой орган с бужом поворачивается на срединную линию и при осторожном давлении буж вводят через наружный сфинктер в заднюю уретру и мочевого пузыря. Форсировать введение бужа сильным на него давлением нельзя, так как легко перфорировать уретру; кроме того, при грубой манипуляции больной ощущает очень сильную боль. Введенный в уретру буж оставляют на 5-10 минут. После удаления бужа следует промыть уретру раствором гибитана (0,02-0,05%). Бужирование производят не чаще чем через 48 часов.

Массаж уретры на буже способствует опорожнению патологически измененных желез уретры от продуктов воспаления. До введения бужа уретру предварительно промывают раствором гибитана (0,02%) и наполняют мочевого пузыря тем же раствором, после чего производят массаж. Затем больной выпускает жидкость из пузыря. Этим больной промывает уретру и очищает ее от секрета, выдавленного из уретральных желез.

34. Исследование простаты и семенных пузырьков. Взятие секрета простаты, его микроскопия.

Массаж предстательной железы — один из самых старых способов лечения больных хроническим простатитом. Отношение урологов к массажу предстательной железы при лечении больных хроническим простатитом нельзя считать однозначным. Пальцевой массаж (Рис. 24) предстательной железы улучшает кровоснабжение и уменьшает венозный застой в ней, способствует приливу артериальной крови в ткань железы и тем самым улучшает ее трофику и функцию, способ-

ствуует устранению застоя секрета и улучшению дренирования ацинусов.



Рис. 24. Массаж предстательной железы.

Противопоказаниями являются: обострение хронического простатита, туберкулез мужских половых органов, рак и камни предстательной железы, трещины заднего прохода, проктит, парапроктит, обострение геморроя, а также повышение температуры тела вследствие общих инфекций или других причин.

При выполнении массажа предстательной железы необходимо придерживаться следующих принципов: 1) чем более выражены изменения в простате, тем менее активным должен быть ее массаж; 2) недопустим грубый массаж предстательной железы, ибо он может вызвать обострение и распространение воспалительного процесса; 3) процедура начинается с менее интенсивных движений, а заканчивается более интенсивными; 4) вначале массируют одну долю, затем такие же движения выполняют по другой доле железы; 5) при застойных явлениях в семенных пузырьках или их увеличении массаж следует начинать с семенных пузырьков. В заключение, делают скользящие движения по срединной бороздке, при этом секрет предстательной железы попадает в уретру. Иногда большая часть секрета попа-

дает в заднюю уретру, в мочевого пузыря, а поэтому количество полученного секрета недостаточно для исследования. В таких случаях больной должен помочиться в пробирку, и исследование проводится в центрифугате мочи. Свежая неокрашенная капля секрета предстательной железы или осадка центрифугата мочи на предметном стекле покрывается покровным стеклом и препарат исследуется под микроскопом.

Критерием правильно выполненного массажа является отсутствие болевых ощущений. Продолжительность массажа — от 0,5 до 1,5 мин. После массажа больному рекомендуют помочиться. В начале курса лечения массаж проводят через 2 дня на 3-й. (иногда — через день), затем — 1-2 раза в неделю. Продолжительность курса составляет от 3 до 8 недель.

Для выполнения лечебного и диагностического массажа предстательной железы предложены специальные аппараты в сочетании с антибактериальной терапией.

Положительное действие пальцевого массажа предстательной железы может быть усилено при сочетании этого метода с различными курортными факторами, такими как грязелечение, лечебные ванны и др. При применении массажа улучшаются обменные процессы в предстательной железе, уменьшаются боли и дизурические явления, возрастает копулятивная функция. При активном воспалительном процессе, сопровождаемым тромбозом венозной системы органа, создаются условия для усиления процессов экссудации и эмиграции в ткани предстательной железы, поэтому массаж может явиться причиной неэффективности лечения или даже способствовать обострению болезни.

35. Инстилляция лекарственных средств в уретру.

При хроническом переднем уретрите у мужчин раствор лекарственного вещества (5 мл 0,05% раствора хлоргексидина, 0,025% азотнокислого серебра или 0,01% раствора мирамистина) можно ввести с помощью шприца (Рис. 25). Перед этим необходимо, чтобы больной помочился. Препарат необходимо

держат в уретре 2-3 минуты, после чего раствор слить. При затянувшемся уретрите, особенно при поражении задней части уретры со склонностью перехода уретрита в грануляционный, прибегают к задней инстилляции. В уретру через смазанный перед введением стерильным глицерином катетером с оливой на конце вводится 5-10 капель крепких растворов соединений серебра (0,25-1% раствор ляписса) или вышеуказанных антисептиков.



Рис. 25. Передняя инстиляция уретры.

Инстилляции растворов серебра и других антисептиков в уретру не только действуют бактерицидно на поверхностно расположенную флору, но и вызывают гиперемия, способствующую рассасыванию воспалительного инфильтрата.

Для введения лекарственных веществ в заднюю часть уретры катетер вводится за наружный сфинктер, что узнается при известном опыте по сопротивлению, которое он встречает со стороны жома.

При поражениях шейки мочевого пузыря больному вводят в заднюю часть уретры и в мочевой пузырь 10-15 мл раствора одного из перечисленных антисептиков. После инстилляции больной должен удерживаться от мочеиспускания не менее 2 часов (несмотря на позывы и нередко ощущения жжения).

Инстилляции следует производить не чаще чем раз в 2-3 суток.

36. Промывание уретры по Жане.

Промывания уретры обильным количеством раствора марганцовокислого калия сводятся: 1) к механическому удалению у больного с пораженной слизистой оболочки уретры патологических продуктов; 2) образованию серозного отека слизистых оболочек, создающего неблагоприятные условия для развития гонококков в тканях; 3) усилению местной гиперемии.

Марганцовокислый калий при лечении гонорройного уретрита применяется в теплом (38–40°) растворе в концентрации от 1:10000 до 1: 6000; чем острее воспалительные явления, тем слабее должна быть концентрация раствора.

Промывания уретры производятся из обыкновенной кружки для клизмы один раз в сутки в положении больного стоя.

Техника промывания передней уретры сводится к следующему. Кружка для клизмы наполняется свежеприготовленным для спринцевания раствором в количестве около литра и подвешивается на высоте 70-100 см над уровнем половых органов. Резиновая трубка кружки снабжается специальным стеклянным наконечником с тупыми краями, чтобы не травмировать уретру, или, еще лучше, резиновым наконечником. Само собой понятно, что для каждого лица наконечник надо стерилизовать.

Больного просят помочиться. Затем берут головку члена левой рукой, оттягивают препуциум, обмывают вначале головку снаружи из наконечника, а затем приступают к промыванию уретры. С этой целью наконечник правой рукой приставляют плотно к мочеиспускательному отверстию и уретра наполняется под давлением из кружки жидкостью. При этом больной не должен ощущать боли. Как только уретра наполнилась, наконечник отнимают от уретры и больной выпускает жидкость в таз или раковину. Сдавливая одновременно резиновую трубку между большим и указательным пальцем правой руки и регулируя, таким образом, ток жидкости, врач или специально подготовленное лицо медицинского персонала промывает пе-

реднюю часть мочеиспускательного канала, пока не будет использована находящаяся в кружке жидкость.

В дальнейшем приступают к промыванию всей уретры. После того как передняя уретра тщательно промыта, наконечник плотно приставляют к наружному отверстию мочеиспускательного канала, и струй жидкости под давлением устремляется в заднюю часть уретры, проникая в мочевой пузырь. Промывная жидкость вводится до появления позыва к мочеиспусканию, после чего больному предлагают помочиться. Наполнение мочевого пузыря повторяют несколько раз до тех пор, пока больной не станет мочиться промывной жидкостью, не измененной по цвету, для чего обычно достаточно бывает двукратного наполнения пузыря.

Противопоказанием к промываниям является острый и подострый воспалительный процесс в уретре, явления периуретрита, уретроцистит и затрудненное мочеиспускание в результате острого воспаления предстательной железы.

Не следует также делать промываний и при остро протекающих эпидидимите, куперите, сперматоцистите и уретрите. При этих осложнениях надо дать возможно больший покой мочеполовым органам, для чего и отменяются промывания уретры.

37. Выполнение уретроскопии и лечебных тампонад.

Передняя уретроскопия. Проводится как с диагностической целью (осмотр, выявление инфильтратов и патологии желез уретры), так и лечебной (прижигание инфильтратов, массаж уретры, тампонада и т.д.). Перед уретроскопией больной выпускает мочу и ложится на урологическое кресло. Ватным тампоном, смоченным раствором хлоргексидина биглюконата (0,05-0,1%), протирают головку полового члена и препуциальный мешок. Половой член фиксируют 3 и 4 пальцами левой руки и подтягивают его головку несколько кверху для того, чтобы расправить складки висячей части и для выпрямления периферического изгиба канала.

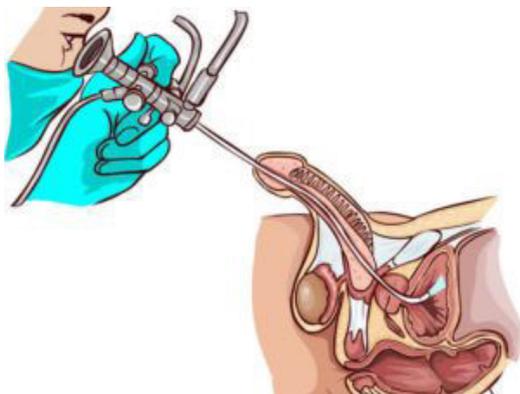


Рис. 26. Уретроцистоскопия.

Одновременно губки наружного отверстия уретры раздвигают 1 и 2 пальцами. Определив по наружному отверстию уретры необходимый диаметр тубуса, закрытого obturatorом, и обильно смазав вводимый конец инструмента стерильным глицерином, свободно, без насилия вводят его в уретру. При этом тубус продвигается вперед, а член легко натягивается на тубус. Затем выводят obturator и с помощью осветительной системы при медленном выведении уретроскопа производится осмотр стенок уретры (Рис. 26).

Тампонада уретры

Представляет собой введение тампона, пропитанного лекарственным веществом в уретру. Показания к применению — затянувшийся воспалительный процесс в уретре, несмотря на проводимую терапию, образование ограниченного инфильтрата.

Вата наворачивается вокруг металлического зонда и, пропитанная лекарственным веществом (1-2% раствор протаргола в глицерине, 5% линимент синтомицина, стафилококковый бактериофаг и т.д.) вводится в уретру через уретроскопический тубус (после того как больной помочился). Тубус, а затем и зонд извлекают, а тампон оставляют в уретре на 2-3 часа. Последний удаляется при первом мочеиспускании струей мочи.

Противопоказаниями служат острые воспалительные явления со стороны уретры или соседних органов (простатит, эпидидимит, цистит и т.п.), по той же причине, что и отмена глубоких промываний при указанных выше осложнениях.

38. Забор материала из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки.

Для микроскопических и бактериологических исследований используют разнообразные материалы из различных отделов урогенитального тракта мужчин и женщин: соскобы из цервикального канала и влагалищной части шейки матки, уретры; аспират или соскоб из заднего свода влагалища; соскобы с пораженных участков вульвы, наружного зева шейки матки; аспираты из полости матки; соскобы из прямой кишки; выделения из глаз, рото — и носоглотки; мочи и т.д. Необходимое условие при взятии материала из уретры — воздержание от мочеиспускания в течение 1,5-2 часов. Перед взятием материала из уретры обрабатывают наружное отверстие уретры тампоном, смоченным физиологическим раствором. А при взятии материалы из цервикального канала удаляют тампоном свободные выделения. Проведение массажа уретры с помощью зонда: в уретру женщины зонд вводят на глубину 1.0-1.5 см, мужчины — на 3-4 см, и затем осуществляют его вращательные движения; у детей материал для исследования получают только с наружного отверстия уретры. Материал можно получить при помощи гинекологического пинцета, желобоватого зонда, ложечки Фолькмана, разнообразных одноразовых тампонов, зондов и щеточек. Исследуемый материал наносят на сухое обезжиренное предметное стекло. Следует учитывать, что за 10 дней до получения материала на исследование прекращают прием химиопрепаратов, а за 24 часа до исследования необходимо прекратить спринцевание, исключить применение интравагинальной терапии. Материал не получают при менструации. Присутствие в исследуемом материале слизи и крови может привести как к ложноположительным, так и к ложноотрицательным результатам.

39. Микроскопическое исследование мазков на гонококки.

Окрашенные метиленовым синим (27а) или по методу Грама (27б) препараты микроскопируют с иммерсией (объектив x 100, окуляр x10).

При острой гонорее обращают внимание на:

- отсутствие или малое количество нормальной микрофлоры;
- большое количество (>40 в поле зрения) полиморфноядерных лейкоцитов;
- наличие грамотрицательных диплококков, расположенных внутри клеток фагоцитов.

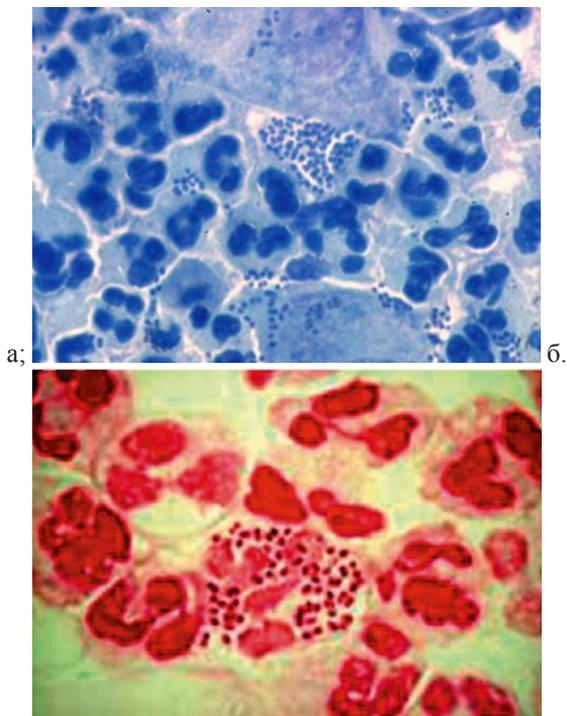


Рис. 27. Окраска гонококков: а — метиленовым синим;
б — по Граму.

При хронической гонорее выявляются:

— повышенное количество (> 10 в поле зрения) полиморфноядерных лейкоцитов;

— наличие грамтрицательных диплококков, расположенных вне — и внутриклеточно;

Наличие смешанной грамвариабельной микрофлоры;

При обнаружении в мазке грамтрицательных диплококков, расположенных внутриклеточно, больному устанавливается диагноз гонореи. При постановке диагноза гонореи у беременных и детей обязательным является также проведение культурального исследования вне зависимости от результатов микроскопического исследования. Кроме того, культуральное исследование на гонорею проводится при наличии грамтрицательных диплококков в мазках, при исследовании материалов из экстрагенитальной локализации (носоглотка, прямая кишка и др.), при хроническом течении заболевания.

40. Забор материала, приготовление мазков и нативных препаратов для исследования на трихомонады.

Принципы лабораторной диагностики трихомониаза мало чем отличаются от таковых при гонорее.

Материал получают при помощи гинекологического пинцета, желобоватого зонда, ложечки Фолькмана, одноразовых тампонов и щеточек.

Микроскопия основана на обнаружении возбудителя в нативных или окрашенных мазках: метиленовым синим, бриллиантовым зеленым, по Граму, а также Романовскому — Гимзе, Лейшману — Романовскому.

Важно помнить, что исследовать необходимо свежевзятый материал: отделяемое уретры, секрет предстательной железы, влагалищное отделяемое.

Препарат готовят по методу «раздавленной» или «висячей» капли.

41. Забор материала и методы диагностики хламидиоза.

Необходимо тщательно протереть ватным тампоном шейку

матки. В цервикс вводится щеточка, вращательными движениями получают соскоб, обязательно содержащий эпителиальные клетки, который наносится на стекло, или помещается в пробирку Эппендорфа.

Культуральный метод — выращивание хламидий в культуре клеток Мак-Коя. Метод достаточно дорог и трудоемок, применяется в специализированных центрах.

Метод ПЦР (полимеразная цепная реакция) обладает наиболее высокой чувствительностью и специфичностью, удобен в рутинной работе, на сегодняшний день является наиболее эффективным в диагностике хламидийной инфекции.

ПИФ (прямая иммунофлюоресценция) — исследование уступает методу ПЦР по точности, высок субъективный фактор при интерпретации результатов.

Цитоскопия — наименее точный метод (точность около 20%), неприемлемый для постановки диагноза.

Методы серологической диагностики основаны на выявлении специфических антител и их титра в сыворотке крови. Для серодиагностики используют реакцию связывания комплемента, реакцию непрямой гемагглютинации, микроиммунофлуоресцентный и иммуноферментный анализ.

Методы РСК (реакция связывания комплемента) и РНГА (реакция непрямой гемагглютинации) обладают низкой чувствительностью (до 15%), а микроиммунофлуоресценция, имея высокую чувствительность, недостаточно специфична. ИФА (иммуноферментный анализ) высокочувствителен (60-80%), однако обладает низкой специфичностью из-за межвидовых перекрестных реакций.

Метод иммунохроматографии и ферментспецифическая реакция. Сущность метода иммунохроматографии заключается в том, что при внесении образца клинического материала, предположительно содержащего антигены хламидий, в специальный планшет, происходит взаимодействие со специфическими антителами, ковалентно связанными с цветным латексом.

Образовавшийся комплекс антиген-антитело-латекс движется по полоске нитроцеллюлозного фильтра, постепенно формируя окрашенную зону в случае положительного результата. Метод чрезвычайно прост в исполнении и занимает около получаса.

В любом из перечисленных методов диагностики возможны как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Поэтому для адекватной постановки диагноза желательно использование не менее двух методик — скринингового и подтверждающего (например ИФА и ПЦР).

42. Методы диагностики микоплазмоза.

Культивирование микоплазм с последующей идентификацией.

Культуральный метод обладает абсолютной специфичностью и обеспечивает возможность получить чистую культуру, необходимую для определения чувствительности к антибиотикам.

Иммунофлюоресценция и серологические методы.

Реакция иммунофлюоресценции предназначена для детекции микоплазм в мазках, соскобах, мазках-отпечатках из цервикса, уретры и влагалища.

Иммуноферментный анализ определяет антительный ответ организма на микоплазмоз.

Методы молекулярной биологии;

ПЦР и РНК высоко чувствительные и специфические методы диагностики микоплазмоза.

Как и большинство алгоритмов диагностики ИППП эти методики необходимо применять в сочетании двух. Один скрининговый, другой подтверждающий.

43. Исследование бледной трепонемы в «темном поле».

Темнопольная микроскопия применяется для обнаружения возбудителя сифилиса — бледной трепонемы в отделяемом из эрозий, язв и эрозированных папул. Так как бледная трепонема может окрашиваться только специальными и сложными методами окраски, применение довольно простой и недорогой

темнопольной световой микроскопии позволяет значительно ускорить и удешевить обнаружение возбудителя. Метод основан на феномене Тиндаля (в луче света, проникающем в темное помещение через узкую щель, хорошо видны частицы пыли, взвешенные в воздухе). Для этого используют темную бумагу, закрывающую доступ света в оптическую систему светового микроскопа, в которой оставляют небольшую щель.

Обнаружение бледной трепонемы является неоспоримым доказательством подтверждения диагноза сифилиса. Особо ценен метод при диагностике первичного сифилиса (при отрицательных результатах серологических исследований), при диагностике нейросифилиса (обнаружение спирохеты в ликворе) и диагностике реинфекции сифилиса.

Показаниями для исследования являются любые эрозии, язвы и эрозированные папулы в области половых органов, ануса, слизистой оболочки рта и губ.

Для проведения исследования важно получить так называемый тканевой сок, в котором содержатся бледные трепонемы. После обработки поверхности высыпного элемента (эрозии, язвы, эрозированной папулы) осторожными движениями затупленного скальпеля добиваются выделения тканевого сока — прозрачно-желтой жидкости, который немедленно забирается для исследования и просматривается в темнопольном микроскопе.

Диагноз сифилиса подтверждается при обнаружении подвижных бледных трепонем с поступательными, качательными, маятникообразными и ротаторными движениями. Обращается внимание на количество равномерных завитков, которых у бледной трепонемы насчитывают от 8 до 14.

Все эти особенности необходимы, чтобы отличить бледную трепонему от других, так называемых сапрофитирующих (непатогенных) спирохет — *S. buccalis*, *S. refringens*, *S. balantidis*, *S. pseudopallida*, которые могут находиться в материале, особенно если он взят из полости рта.

Отсутствие бледной трепонемы в отделяемом эрозий, язв, эрозированных папул и из периферических лимфатических узлов не исключает диагноз сифилиса.

44. Лабораторная диагностика сифилиса.

Для лабораторной 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. Абсолютным доказательством наличия заболевания является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопического исследования в темном поле зрения, иммуногистохимического исследования с использованием моноклональных или поликлональных антител, а также выявление специфической ДНК и РНК возбудителя молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Прямые методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенные элементы), для подтверждения врожденного сифилиса (ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул).

Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови ***Нетрепонемные тесты:***

- **реакция микропреципитации (РМП)** с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги;
- **RPR (РПП)** — тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реагины плазмы;
- **VDRL-Venereal Disease Research Laboratory test** — тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний;

■ **TRUST** — тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);

■ **USR** — тест на реакины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins).

Общая характеристика нетрепонемных тестов:

■ применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипидный 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), могут давать ложноположительные результаты (3% и более).

Преимущества нетрепонемных тестов:

■ низкая стоимость;

■ техническая простота выполнения;

■ 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).

Трепонемные тесты:

■ **ИФА** (иммуноферментный анализ) — 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;

■ **иммуноблоттинг** является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность — 98-100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов.

Относительно новыми для использования в Российской Федерации являются методы выявления трепонемоспецифических антител, основанные на методах иммунохемилюминесценции (ИХЛ) и иммунохроматографии (ИХГ).

■ **метод ИХЛ (иммунохемилюминесценции)**, 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.

■ **ПБТ** (простые быстрые тесты у постели больного, или иммунохроматографические тесты) позволяют 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 могут быть использованы для контроля эффективности терапии, могут давать ложноположительный результат.

■ **РПГА** (реакция пассивной гемагглютинации) — высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность метода при первичном сифилисе — 76%, при вторичном — 100%, при скрытом — 94-97%, специфичность — 98-100%;

■ **РИФ** (реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200) — 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 (РИТ)** (реакция иммобилизации бледных трепонем) — классический тест для выявления специфических трепо-

немных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7%; специфичность — 100%. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для проведения тестирования. Сфера применения РИБТ сужается, однако она сохраняет свои позиции как «реакция-арбитр» при дифференциальной диагностике скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических реакций на сифилис.

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 трепонемных тестов:

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, ИХЛ, ПБТ 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;

■ трепонемные тесты дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;

■ трепонемные тесты могут давать ложноположительные реакции у больных с аутоиммунными заболеваниями, лепрой, онкологическими заболеваниями, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях.

В зависимости от целей серологическое обследование населения на сифилис осуществляется с использованием разных методов:

Цель обследования	Рекомендуемые тесты
Массовый скрининг населения с целью выявления больных с активными формами сифилитической инфекции (поликлиники, стационары общего профиля за исключением специализированных, декретированные контингенты)	Нетрепонемные тесты (РМП, РПП, VDRL и другие аналоги) или иммунохроматографические (трепонемные) тесты
Скрининг в особых целевых группах для выявления болеющих сифилисом или лиц, перенесших сифилитическую инфекцию: — беременные, в том числе направляемые на искусственное прерывание беременности; — доноры крови, спермы и тканей; — пациенты специализированных стационаров (офтальмологических, неврологических, психоневрологических, кардиологических); — ВИЧ-инфицированные	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПП, VDRL и другие аналоги) и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов
Диагностика клинических форм приобретенной сифилитической инфекции	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПП, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемного (РПГА, ИФА, ИБ, ИХЛ, ИХГ) тестов
Диагностика скрытых и поздних форм приобретенного сифилиса, дифференциальная диагностика скрытого сифилиса и ложноположительных результатов нетрепонемных и трепонемных тестов, подозрение на поздний врожденный сифилис	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПП, VDRL и другие аналоги) теста в количественном варианте постановки и не менее двух трепонемных тестов (РПГА, ИФАIgM+IgG, РИФабс/200, РИТ, ИБ ИХЛ)

Обследование лиц, бывших в половом и тесном бытовом контакте с больным сифилисом, при давности первого контакта не более 2 месяцев	Один их трепонемных тестов (ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, РИФабс/200, ИБ1gM)
Обследование новорожденных с целью выявления врожденного сифилиса	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) теста в количественном варианте постановки (+ сравнение титров с аналогичными у матери) и трепонемного (РПГА, ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, РИФабс/200, ИБ1gM) теста.
Исследование цереброспинальной жидкости	Комплекс нетрепонемного (РМП, РПР, VDRL) и нескольких трепонемных тестов (РПГА, РИФц, ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, ИБ1gM, ИБ1gG) + определение количества форменных элементов, уровня белка
Контроль эффективности терапии	Нетрепонемный тест (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и один из трепонемных тестов (РПГА, ИФАIgG, ИФАIgG+IgM, РИФабс/200, ИБ, ИХЛ, РИБТ)
Подтверждение реинфекции, дифференциальная диагностика реинфекции с клиническим и серологическим рецидивом	Нетрепонемный тест (РМП, РПР, VDRL и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемные тесты (РИФабс/200, ИФАIgM, ИФАIgM+IgG, ИБ1gM, РПГА), динамическое наблюдение за уровнем антител

Ложноположительные серологические реакции на сифилис (ЛПР)

Ложноположительными, или неспецифическими, называют положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией и не болевших сифилисом в прошлом. ЛПР могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма. Условно ЛПР разделяют на острые (< 6 месяцев) и хронические (> 6 месяцев). Острые ЛПР могут наблюдаться при беременности и во время менструации, после вакцинации, после недавно перенесенного инфаркта миокарда, при многих инфекционных заболеваниях (лепра, малярия,

респираторные заболевания, грипп, ветряная оспа, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция) и дерматозах; хронические ЛПР — при аутоиммунных заболеваниях, системных болезнях соединительной ткани, онкологических заболеваниях, хронической патологии печени и желчевыводящих путей, при сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, при заболеваниях крови, при хронических заболеваниях легких, при инъекционном применении наркотиков, в старческом возрасте и др. Ложноположительные реакции трепонемных и нетрепонемных тестов могут наблюдаться при эндемических трепонематозах (фрамбезия, пинта, беджель), боррелиозе, лептоспирозе. Пациента с положительными серологическими реакциями на сифилис, прибывшего из страны с эндемическими трепонематозами, необходимо обследовать на сифилис и назначить противосифилитическое лечение, если оно ранее не проводилось. Хронические ложноположительные реакции могут являться преclinical проявлениями тяжелых заболеваний. Количество ЛПР увеличивается с возрастом. В возрастной группе 80-летних лиц распространенность ЛПР составляет 10%. Ложноотрицательные серологические реакции на сифилис могут наблюдаться при вторичном сифилисе вследствие феномена прозоны при тестировании неразведенной сыворотки, а также при обследовании лиц с иммунодефицитным состоянием, например ВИЧ-инфицированных пациентов.

Принцип микрореакции: при добавлении к плазме или сыворотке крови больного сифилисом эмульсии кардиолипинового антигена образуется преципитат (комплекс антиген — антитело), выпадающий в виде хлопьев белого цвета.

Возможно проведение качественную и количественную постановки микрореакции с испытуемой плазмой и инактивированной сывороткой крови. Количественный метод используется для контроля излеченности пациента, т.е. снижение титра преципитинов в 2 раза в течении одного года после лечения говорит об успешной терапии и возможности снятия больного с учета.

К моменту снятия леченного больного с учета неспецифические тесты с кардиолипидным антигеном обычно негитивируются, в то время как позитивность специфических реакций может наблюдаться долго после окончания лечения, в связи с чем, эти тесты не могут служить критерием излеченности и больные снимаются с учета с положительными результатами РИТ, РИФ, ИФА, РПГА.

Иммуноферментный анализ.

Принцип иммуноферментного анализа заключается в соединении комплекса «антиген — антитело» с конъюгатом, содержащим ферментную метку, выявляемую с помощью субстратной смеси.

На твердофазном носителе (чаще лунки полистиролового планшета) зафиксирован антиген возбудителя сифилиса, который инкубируется с испытуемой сывороткой, плазмой крови или ликвором. При наличии в этом материале от пациентов противотрепонемных антител происходит их связывание в комплекс «антиген — антитело». Результат реакции оценивается спектрофотометрически с выводом цифровых данных, что исключает субъективность оценки, или визуально, что может быть полезным при отсутствии в лабораториях соответствующего оборудования. По такому принципу в настоящее время построено большинство ИФА тест — систем для диагностики сифилиса.

В зависимости от используемых антигенов все ИФА тест — системы для выявления антител подразделяются на:

- 1) лизатные (лизированный или обработанный ультразвуком возбудитель инфекции, полученный в культуре);
- 2) рекомбинантные — используются полученные генно — инженерным способом белки — аналоги определенных белковых антигенов возбудителя;
- 3) пептидные — использующие синтетические фрагменты белков.

Реакция пассивной гемагглютинации

Принцип метода заключается в том, что при соединении сы-

воротки крови, содержащей специфические антитела, с эритроцитами, сенсibilизированными соответствующим антигеном, наблюдается их характерная агглютинация. Постановка реакции может осуществляться в пробирках или планшетах.

Реакция иммунофлюоресценции

Принцип метода заключается в соединении специфического комплекса антиген — антитело с иммунной антивидовой сывороткой, меченной флюорохромом, и выявление его с помощью люминесцентного микроскопа.

Перед постановкой реакции исследуемую сыворотку обрабатывают специальным сорбентом для удаления неспецифических для *Treponema pallidum* антител. К инактивированным трепонемам добавляют обработанную сыворотку, а затем антитела к иммуноглобулинам, меченные флюоресцеина изотиоцианатом. Реакцию оценивают количественно по интенсивности флюоресценции: «-» — отрицательная, «+/-» — сомнительная, «+» — слабо положительная, «++» — умеренно положительная, «+++» — положительная, «++++» — резко положительная. При сифилисе и других заболеваниях, вызванных трепонемами (беджели, фрамбезии и пинте), реакция, как правило, положительная. В большинстве лабораторий реакцию иммунофлюоресценции-абсорбции проводят со всеми сыворотками, которые дали положительную реакцию при постановке VDRL. Реакция иммунофлюоресценции-абсорбции — наиболее информативный серологический метод диагностики сифилиса на всех стадиях. Диагноз первичного сифилиса с помощью этого метода удается поставить в 86%, вторичного — в 100%, раннего латентного — в 99%, позднего латентного — в 96%, третичного — в 97% случаев. Однако реакция иммунофлюоресценции-абсорбции не подходит для наблюдения за больным сифилисом, поскольку она остается положительной спустя несколько лет после выздоровления, а иногда и в течение всей жизни. Реакция иммунофлюоресценции- абсорбции редко бывает ложноположительной. Сомнительные результаты возможны у беремен-

ных, пожилых, больных СКВ и другим коллагенозами и у наркоманов. Если реакция преципитации плазмы с кардиолипиновым антигеном положительна, а реакция иммунофлюоресценции — абсорбции слабо положительна, последнюю повторяют ежемесячно. Диагностически значимым считается четырехкратное повышение титра антител к *Treponema pallidum*. Реакция иммунофлюоресценции-абсорбции, как и реакция иммобилизации бледных трепонем, не позволяет отличить возбудителя сифилиса от других трепонем.

45. Методы прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и полимеразной цепной реакцией (ПЦР).

Прямая иммунофлюоресценция. Принцип: на фиксированный препарат наносят меченные флюоресцином антитела к иммуноглобулинам. Учет результатов осуществляют с помощью люминесцентного микроскопа. Оценивается характер свечения, форма, размер, взаимное расположение объектов.

Полимеразная цепная реакция. ДНК и РНК-анализ в настоящее время является самым современным, быстрым и точным методом диагностики различных инфекционных заболеваний.

В основе всех молекулярно-биологических методов лежит фундаментальное свойство нуклеиновых кислот — комплементарность (взаимное соответствие), т.е. существование их в виде двойной спирали, при которой обе цепи комплементарны друг другу.

Определение нуклеиновых кислот в любой среде позволяет провести прямое обнаружение инфекционного агента, причем теоретически для этого достаточно всего одной молекулы искомого возбудителя среди миллионов других молекул нуклеиновых кислот.

Таким образом, технологии определения ДНК и РНК относятся к прямым методам диагностики.

ПЦР — анализ клинического образца включает в себя три основных этапа: пробоподготовка, амплификация и регистрация результатов. Взятие клинического материала для проведения

ПЦР диагностики является наиболее «уязвимым» местом в ходе постановки реакции, требует обязательное наличие специальных транспортных сред, а также напрямую зависит от квалификации специалиста, выполняющего данную манипуляцию. Объектом исследования может служить любой биоматериал (соскоб клеток цервикального канала, уретры, отделяемое содержимого влагалища, моча, сок предстательной железы и т.д.), взятый от больного и доставленный в ПЦР-лабораторию. В результате несложных манипуляций из полученного биоматериала выделяют нуклеиновые кислоты (ДНК или РНК), являющиеся матрицей для реакции амплификации. Реакция амплификации представляет собой многократно повторяющиеся циклы синтеза специфической области ДНК-мишени в присутствии термостабильной ДНК-зависимой ДНК-полимеразы. В каждом цикле происходит удвоение числа копий амплифицируемого участка, что позволяет за 30-40 циклов наработать фрагмент ДНК, ограниченный парой специфических праймеров, в количестве, достаточном для его детекции. Детекция продуктов амплификации осуществляется с помощью электрофореза в агарозном геле (большинство отечественных тест-систем) либо путем гибридизации со специфическим к последовательности ампликона олигонуклеотидным зондом.

Преимущества ПЦР как метода диагностики инфекционных заболеваний:

1. Прямое определение наличия возбудителей. Многие традиционные методы диагностики, например иммуноферментный анализ, выявляют белки-маркеры, являющиеся продуктами жизнедеятельности инфекционных агентов, что дает лишь опосредованное свидетельство наличия инфекции. Выявление ДНК возбудителя методом ПЦР дает прямое указание на присутствие возбудителя инфекции.

2. Высокая специфичность. Высокая специфичность метода ПЦР обусловлена тем, что в исследуемом материале выявляется уникальный, характерный только для данного возбудителя фрагмент ДНК, что исключает возможность получения ложных

результатов, в отличие от метода иммуноферментного анализа, где нередки ошибки в связи с перекрестно-реагирующими антигенами.

3. Высокая чувствительность. Метод ПЦР позволяет выявлять даже единичные клетки бактерий или вирусов. Чувствительность ПЦР-анализа составляет 10-1000 клеток в пробе (чувствительность иммунологических и микроскопических тестов — 10^3 - 10^5 клеток).

4. Универсальность процедуры выявления различных возбудителей. Материалом для исследования методом ПЦР служит ДНК или РНК возбудителя. Сходство химического состава всех нуклеиновых кислот позволяет применять унифицированные методы проведения лабораторных исследований. Это дает возможность диагностировать несколько возбудителей из одной биопробы.

5. Высокая скорость получения результата анализа (актуальность). Для проведения ПЦР-анализа не требуется выделение и выращивание культуры возбудителя, что занимает большое количество времени. Используя метод ПЦР, можно получить результат анализа за 4-4.5 часа.

6. Возможность диагностики не только острых, но и латентных инфекций. Особенно эффективен метод ПЦР для диагностики трудно культивируемых, некультивируемых и персистирующих форм микроорганизмов, с которыми часто приходится сталкиваться при латентных и хронических инфекциях. Применение ПЦР-диагностики также очень эффективно в отношении внутриклеточных паразитов и возбудителей с высокой антигенной изменчивостью.

Разновидностью ДНК-диагностики является РНК- диагностика. Так называемая NASBA (Nucleic Acids Sequence-Based Amplification)

В отличие от обычной ПЦР, мишенью для NASBA служат молекулы РНК рибосом микроорганизмов, что дает целый ряд преимуществ перед ПЦР:

1. Более высокая чувствительность анализа.

Количество рибосом в одной клетке содержится от нескольких тысяч до нескольких десятков тысяч. Для сравнения: даже большие участки ДНК, используемые в качестве мишени для ПЦР, не превышают двух десятков на бактериальную клетку. Тем самым с помощью NASBA можно выявлять возбудителей и в тех случаях, когда их количество слишком мало и недостаточно для выявления методом ПЦР.

2. Выявление только живых микроорганизмов.

В то время как ДНК — достаточно стабильный материал и обнаружение ДНК еще не означает наличие жизнеспособных микроорганизмов, РНК — наоборот крайне нестабильный материал и достаточно быстро деградирует при гибели и разрушении клеток микроорганизмов. Это дает возможность не только более правильно судить о наличии текущей инфекции, но и более точно и надежно оценивать результаты проведенного лечения.

Детекция продуктов амплификации в режиме реального времени (NASBA-Real-time) с использованием флуоресцентных зондов дополнительно увеличивает специфичность теста и объективность результатов лабораторного исследования.

Принципиальной особенностью полимеразной цепной реакции в реальном времени является возможность фиксации накопления продуктов амплификации непосредственно во время её проведения. Так как скорость накопления ампликонов напрямую зависит от числа копий исследуемой матрицы, это позволяет проводить количественные измерения ДНК и РНК инфекционных агентов. Полученная информация может быть использована для контроля эффективности проводимой терапии, оценки клинического прогноза.

Основными недостатками метода NASBA — Real — time являются высокая стоимость и сложность исследования, что ограничивает распространение этого метода в практическом здравоохранении. Ввиду этого, метод рекомендован для подтверждения (или исключения) наличия возбудителя в спорных случаях.

В отличие от обычной ПЦР, мишенью для NASBA служат молекулы РНК рибосом микроорганизмов, что дает целый ряд преимуществ перед ПЦР:

1. Более высокая чувствительность анализа.

Количество рибосом в одной клетке содержится от нескольких тысяч до нескольких десятков тысяч. Для сравнения: даже большие участки ДНК, используемые в качестве мишени для ПЦР, не превышают двух десятков на бактериальную клетку. Тем самым с помощью NASBA можно выявлять возбудителей и в тех случаях, когда их количество слишком мало и недостаточно для выявления методом ПЦР.

2. Выявление только живых микроорганизмов.

В то время как ДНК — достаточно стабильный материал и обнаружение ДНК еще не означает наличие жизнеспособных микроорганизмов, РНК — наоборот крайне нестабильный материал и достаточно быстро деградирует при гибели и разрушении клеток микроорганизмов. Это дает возможность не только более правильно судить о наличии текущей инфекции, но и более точно и надежно оценивать результаты проведенного лечения.

Детекция продуктов амплификации в режиме реального времени (NASBA-Real-time) с использованием флуоресцентных зондов дополнительно увеличивает специфичность теста и объективность результатов лабораторного исследования.

Принципиальной особенностью полимеразной цепной реакции в реальном времени является возможность фиксации накопления продуктов амплификации непосредственно во время её проведения. Так как скорость накопления ампликонов напрямую зависит от числа копий исследуемой матрицы, это позволяет проводить количественные измерения ДНК и РНК инфекционных агентов. Полученная информация может быть использована для контроля эффективности проводимой терапии, оценки клинического прогноза.

Основными недостатками метода NASBA — Real — time являются высокая стоимость и сложность исследования, что ограни-

чивает распространение этого метода в практическом здравоохранении. Ввиду этого, метод рекомендован для подтверждения (или исключения) наличия возбудителя в спорных случаях.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая дерматовенерология. Рук. для врачей. Под ред. Акад. РАМН Ю.К. Скрипкина, проф. Ю.С. Бутова. М., «ГЭОТАР-Медиа» 2009.

2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1074 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 — ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

3. В. А. Аковбян, Е. В. Соколовский, В. И. Прохоренков. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: «Медиа Сфера», 2007. — 744с.

4. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем.-5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768с.

Учебное издание

Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

***Учебное пособие
по практическим навыкам***

*Издано в авторской редакции
Технический редактор – Е.Н. Маслов
Компьютерная верстка – А.В. Черная
Дизайн обложки – Е.Н. Макарова*

Подписано в печать 20.09.20.
Формат бумаги 60×84 ¹/₁₆. Гарнитура «Myriad».
Печать цифровая. Усл. п.л. 8,6.
Тираж 300 экз. Заказ №83.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава России
362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 47

Отпечатано ИП Цопановой А.Ю.
362002, Владикавказ, пер. Павловский, 3