

№ Пед-15

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

Кафедра дерматовенерологии

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ,
ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ И
СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

Методические рекомендации для студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов

Методические рекомендации для студентов составлены: д.м.н. Базаевым В.Т.,
к.м.н.,Беликовой З.Ф., к.м.н., Кобаидзе Л.М.

Рецензенты:

* зав. каф. акушерства и гинекологии № 1, д.м.н. профессор Л.В. Цаллагова

* зав. каф. микробиологии, д.м.н. профессор Л.Я. Плахтий

| ОГЛАВЛЕНИЕ | | стр |
|--|----|-----|
| 1. Морфологические элементы сыпи: | 4 | |
| первичные | | 4 |
| вторичные | | 7 |
| 2. Основные патогистологические изменения в коже | 9 | |
| 3. Схема написания учебной истории болезни | 13 | |
| 4. Вопросы самостоятельной предэкзаменационной подготовки | 23 | |
| 5. Дифференциально-диагностические таблицы для обучения и контроля знаний у студентов | 24 | |
| 6. Программные вопросы по дерматовенерологии | 28 | |
| 7. Рекомендуемая литература по дерматовенерологии | 31 | |

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

(морфологические образования кожи, эффоресценции: *florens* – цветущий) – высыпания, появляющиеся на коже и слизистых оболочках при дерматозах.

Для распознавания кожных сыпей необходимо различать эффоресценции, элементы, из которых они состоят. Только разобравшись в составных частях морфологических проявлений, можно диагностировать заболевание кожи.

Часто клиническая картина высыпаний позволяет после визуального осмотра поставить диагноз, в других случаях могут потребоваться ещё дополнительные методы обследования.

Патологические процессы в коже и видимых слизистых обуславливают разнообразную морфологическую картину высыпаний.

Сыпь – это совокупность морфологических элементов, которые являются ответом кожного покрова и слизистых оболочек на воздействия как известных, так и неизвестных патологических факторов.

Все элементы сыпи принято делить на первичные и вторичные.

Первичные элементы сыпи возникают на ранее неизменной коже или видимых слизистых, вторичные образуются в результате эволюции первичных.

Вместе с тем, деление элементов на первичные и вторичные условно.

В диагностическом отношении наиболее важными являются первичные морфологические элементы, по характеру которых можно порой определить нозологию дерматоза.

Наличие нескольких первичных элементов на коже свидетельствует об истинном полиморфизме. В случае эволюционного развития одного первичного элемента и наличия вторичных элементов, говорят о ложном или эволюционном полиморфизме.

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ включают: пятно, папулу, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь, пустулы (импетиго и эктиму).

Для определения вида первичных элементов сыпи следует установить:

а) рельефность.

Все первичные элементы сыпи рельефны, за исключением пятна.

б) механизм возникновения элементов:

инфильтративные - пятно, папула, бугорок и узел;

экссудативные – волдырь, пузырек, пузырь, гнойнички (импетиго и эктима).

в) Наличие полости. Полостные первичные элементы - пузырь, пузырек, импетиго и эктима; остальные - бесполостные: пятно, папула, бугорок, узел и волдырь. Все инфильтративные элементы – бесполостные.

Все экссудативные – полостные, кроме волдыря.

г) Глубина залегания (поверхностное или глубокое):

поверхностные – пятно, папула, волдырь, пузырь, пузырёк, импетиго,

глубокие – бугорок, узел и эктима.

д) Исход (разрешается первичный элемент сыпи без стойких следов либо оставляет рубец или рубцовую атрофию). Поверхностные первичные элементы, как правило, разрешаются бесследно.

Инфильтративные первичные элементы сыпи.

1. **Пятно (macula)** представляет собой ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки рта или красной каймы губ без изменения рельефа и консистенции.

Пятно - первичный нерельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, залегающий в эпидермисе и (или) сосочковом слое дермы; разрешается бесследно.

Различают воспалительные и невоспалительные сосудистые, в том числе геморрагические, и пигментные пятна. Кроме того, пятна могут быть приобретенными и врожденными.

Воспалительные пятна величиной до ногтя мизинца (до 1 см) называются розеолой, от 1 до 5 см и более (с ладонь и даже больше) - эритемой, покраснение всей кожи или обшир-

ных её участков - эритродермией.

Пятна, вызванные стойким невоспалительным расширением поверхностных сосудов (капилляров) кожи в виде звёздочек, именуют телеангиэктазиями (греч. telos – конец, angion – сосуд, ectasis – расширение).

Геморрагические точечные пятна называют петехиями, небольшие круглые и обычно множественные геморрагии - пурпурой, крупные кровоизлияния неправильных очертаний - экхимозами, большие; полосовидные - вибицес. Геморрагические пятна ярко-красные вначале постепенно в связи с изменением гемоглобина и переходом его в гемосидерин меняют свою окраску – синеют, затем становятся зеленоватыми, желтыми и, наконец, коричневыми («цветение» синяка).

Геморрагические и пигментные пятна в отличие от воспалительных не меняют цвет при диаскопии.

При нарушенном пигментобразовании в коже образуются гипер-, гипо- и депигментированные пятна (лентиго, хлоазмы, лейкодерма, витилиго), при врождённом отсутствии пигмента в коже с недостаточной окраской волос на голове говорят об альбинизме.

Выделяют ещё искусственные (искусственные) пятна, обусловленные пигментами, не свойственными организму человека, чужеродными для него (татуировка, татуаж).

2. Папула (papula, узелок - nodulus) - первичный рельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в эпидермисе или сосочковом слое дермы и разрешающийся без стойких следов.

Папулы могут быть эпидермальными, дермальными, эпидермо-дермальными, воспалительными и невоспалительными, фолликулярными и нефолликулярными, по размеру – миллиарными (1-3 мм в диаметре), лентиккулярными (5-7 мм в диаметре), нумулярными (с монетой), бляшками, различными по форме, консистенции и др.

Гистологически в папулах могут наблюдаться явления гиперкератоза, гранулёза, акантоза, папилломатоза и паракератоза.

3. Бугорок (tuberculum) - первичный рельефный бесполостной инфильтративный элемент сыпи, возникающий в результате скопления гранулематозного инфильтрата в сетчатом слое дермы, при изъязвлении образует рубец, при «сухом» разрешении возникает рубцовая атрофия. Размер колеблется обычно от 3-5 мм до 1 см.

В начале своего развития бугорок трудно отличим от папулы.

Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулёму размером до горошины. Наблюдаются бугорки при туберкулёзе кожи, лейшманиозе, лепре и третичном сифилисе.

4. Узел (nodus) - первичный рельефный бесполостной инфильтративный неостровоспалительного характера элемент сыпи, представляющий собой скопление клеточного инфильтрата в подкожной жировой клетчатке, может проходить бесследно (узловатый васкулит), с образованием рубца или рубцовой атрофии: туберкулёз кожи, сифилис, лепра, злокачественные пролиферативные процессы - лимфома. Узлы имеют крупные размеры, их диаметр 2-4 см и более.

Экссудативные первичные элементы сыпи.

1. Волдырь (urtica) - первичный рельефный бесполостной экссудативный элемент сыпи, образующийся в результате острого ограниченного отека сосочкового слоя дермы и разрешающийся быстро без стойких следов; волдырь – результат острого расширения капилляров и увеличение проницаемости их стенок.

Волдыри - эфемерные сильно зудящие плотноватой консистенции элементы, появляются внезапно и через несколько часов бесследно исчезают. Волдыри возникают как аллергическая реакция немедленного, реже замедленного типа на эндогенные или экзогенные раздражители. Наблюдаются на местах укусов комаров, москитов и других насекомых, при прикосновении к жгучей крапиве, при крапивнице и др.

2. Пузырь (bulla) - первичный рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный серозным или геморрагическим экссудатом, залегает в эпидермисе и сосочко-

вом слое дермы, проходит бесследно.

Размеры варьируют от чечевицы и более (от 0,5 до 4-5 см и более). В пузыре, как и в пузырьке, различают покрывку, дно и полость. Различают субкорнеальные, супрабазальные, интра- и субэпидермальные пузыри.

В пузырьной жидкости обычно содержатся клеточные элементы (нейтрофилы, эозинофилы, эпителиальные клетки и др.).

3. Пузырек (vesicula) - первичный рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный серозным или геморрагическим экссудатом, залегает в эпидермисе и разрешается бесследно. Диаметр до 5 мм.

От пузыря отличается меньшим размером (от булавочной головки до небольшой горошины), многокамерностью, иными механизмами возникновения и локализацией только в эпидермисе.

4. Гнойничок (pustula) - первичный рельефный полостной экссудативный элемент сыпи, заполненный гнойным экссудатом.

Поверхностный гнойничок, *импетиго*, залегает в эпидермисе или сосочковом слое дермы; глубокий нефолликулярный гнойничок; гнойничок, захватывающий глубокие слои кожи (сетчатый слой дермы и гиподерму), называется *эктимой*.

Импетиго разрешается бесследно, *эктима* – с образованием рубца.

Поверхностные гнойнички могут быть фолликулярными (стафилококковые - остеофолликулиты, фолликулиты) и нефолликулярными (чаще - стрептококковые, фликтены); фликтена - это импетиго с дряблой покрывкой.

Иногда пустулы возникают вторично из пузырьков или пузырей, прозрачное содержимое которых осложняется пиококками, становится мутным и зеленоватым.

Гнойный экссудат имеет сложный состав, в котором условно можно выделить 2 фракции: клеточную, представленную, главным образом, лейкоцитами, и жидкую, богатую белками, в основном альбуминами и глобулинами.

ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ.

1. Вегетация (vegetatio) - вторичный элемент сыпи, представляющий собой разрастание сосочков дермы и эпидермальных тяжей и ведущий к возникновению папилломатозных ворсинчатых образований на коже.

Возникает из *эктимы*, бугорка и узла.

Внешне вегетации представляют собой бугристые мягкие разрастания, напоминающие внешне петушиные гребни или цветную капусту. Может образовываться и первично (остроконечные кондиломы).

2. Корка (crusta) - вторичный элемент сыпи, представляет собой ссохшийся экссудат. Возникает из пузыря, пузырька, импетиго, *эктимы*, распаде бугорка и узла.

Различают корки серозные, гнойные, геморрагические, а также серозно - гнойные, гнойно - геморрагические и др., и в соответствии с этим могут быть желтоватого, зеленоватого, коричневатого-красного и др. цвета.

3. Лихенификация, лихенизация (lichenificatio, lichenisacio) - вторичный элемент сыпи, наблюдаемый при хронических воспалительных зудящих процессах. Характеризуется утолщением и уплотнением кожи, при этом естественный рисунок кожи (линии, складки, ромбовидные поля) выражен и подчеркнут более резко, чем в норме.

Вторично возникает из папулы (*псориаз*, *экзема*); может возникнуть и первично в результате длительных расчёсов одних и тех же участков кожи (*нейродермит*). Гистологически наблюдается *акантоз*.

4. Пигментация (pigmentatio, вторичное пятно) - вторичный элемент сыпи, возникающий в результате изменения количественного содержания пигмента (меланина или гемосидерина) на месте бывшего первичного элемента. Возникает из пузыря, пузырька, импетиго, пятна, папулы, бугорка и узла.

Вторичные гипопигментации, связанные с уменьшением содержания меланина на от-

дельных участках кожи, носят название вторичной лейкодермы. Они повторяют величину и очертания элементов, из которых образовались.

5. Трещина (fissura, rhagas) - линейный дефект кожи, (разрывы), вторичный элемент сыпи, возникающий в результате потери эластичности кожи или слизистой оболочки на местах длительно существующей инфильтрации тканей. Возникает из пузыря, пузырька, импетиго, пятна и папулы.

Поверхностная трещина (fissura) заживает бесследно.

Глубокая трещина (rhagas) захватывает дерму, иногда и более глубоко лежащие ткани, и заживает рубцом (рубцы Фурнье-Робинзона при врожденном сифилисе).

6. Чешуйка (squama) - вторичный элемент сыпи, представляющий собой роговую пластинку, утратившую связь с подлежащим эпидермисом.

Возникает из пузыря, пузырька, импетиго, пятна, папулы, бугорка и узла.

Патологическое шелушение отчётливо выражено, оно может быть интенсивным и обильным вследствие паракератоза, реже - гиперкератоза. Физиологическое шелушение происходит постоянно и совершенно незаметно.

Цвет их разнообразен: полупрозрачный, беловатый, серый, тёмно-бурый.

Различают муковидные, отрубевидные, пластинчатые и листовидные чешуйки. Если чешуйки отторгаются пластами, говорят об эксфолиативном шелушении.

7. Экскориация (ссадина - excoriatio) - вторичный элемент сыпи, искусственный дефект кожи или слизистой оболочки вследствие расчесов или повреждений; является признаком интенсивного зуда. Экскориации могут быть как поверхностными, так и глубокими.

Возникает из волдыря, пузыря, пузырька, пятна, папулы.

8. Эрозия (erosio) - вторичный элемент сыпи, представляющий собой поверхностный дефект кожи или эпителия в пределах эпидермиса и сосочкового слоя дермы, проходит бесследно. Возникает из пузыря, пузырька, импетиго и папулы.

Болезненная эрозия на слизистой размером 3-5 мм, покрытая фибринозным налётом и окружённая гиперемированным ободком, называется афтой.

9. Язва (ulcus) - вторичный элемент сыпи, являет собой глубокий дефект кожи с поражением эпидермиса, дермы, а иногда и глубже лежащих тканей, всегда заживает рубцеванием. Язва образуется из эктимы, бугорка и узла.

10. Рубец (cicatrix) - вторичный элемент сыпи, образуется на месте глубокого дефекта кожи или слизистых путем замещения его грубой волокнистой соединительной тканью (коллагеновыми волокнами); придатки кожи и кожный рисунок на рубце отсутствуют.

Возникает из глубоких элементов: эктимы, бугорка и узла.

В рубцовой ткани нет волос, сальных и потовых желёз, сосудов и эластических волокон.

Клинически различают рубцы плоские, лежащие на одном уровне с нормальной кожей; гипертрофические, утолщенные, возвышающиеся над поверхностью кожи (келоидные рубцы); атрофические, когда поверхность их истончена и лежит ниже уровня кожи.

11. Рубцовая атрофия - вторичный элемент сыпи, возникает в случаях, когда без предшествующего нарушения целостности кожи рассасывается сухим путём глубоко лежащий инфильтрат бугорка или узла; при этом образуется нежная соединительная ткань, кожа значительно истончена, лишена нормального рисунка, напоминает папиросную бумагу и легко собирается в складки.

ОСНОВНЫЕ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОЖЕ.

Гистологическое исследование является ценным методом диагностики дерматозов. Некоторые из них, имеющие постоянные диагностически информативные признаки, распознаются только на основании гистологического исследования.

Патологические процессы в коже, возникающие при различных дерматозах, складываются из отдельных, более или менее определенных изменений, локализующихся в одних

случаях преимущественно в эпидермисе, в других - в собственно коже или в обоих отделах одновременно. Клинически воспалительные изменения в коже проявляются в виде эритемы, отёка, инфильтрации и изменения температуры тела.

Патогистологические изменения в коже при воспалении сводятся к:

- а) *альтерации* - изменению нормальной структурной организации клеточных и внеклеточных элементов тканей и органов, характеризующиеся нарушением жизнедеятельности, повреждением специфической функции и обмена веществ;
- б) *экссудации* - выпотеванию, выхождению из сосудов жидкости и форменных элементов вследствие повышенной проницаемости сосудистой стенки;
- в) *пролиферации* - размножению клеток путём митотического и amitotического деления и роста тканевых элементов поврежденных тканей.

Эти изменения при разнообразных воспалительных заболеваниях кожи могут быть выражены в различной степени в зависимости от характера заболевания и состояния реактивности организма.

Некробиоз – процесс умирания ткани или клетки от начала действия повреждающего фактора и до окончательной гибели. При определенных условиях процесс может быть обратимым. Встречается при многих заболеваниях кожи.

Некроз – процесс прекращения жизнедеятельности части организма: клеток, ткани или органа при жизни организма. Особенности некроза определяются происхождением клеток, их тканевой принадлежностью, состоянием организма, постоянной изменчивостью внутренней и внешней среды.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЭПИДЕРМИСЕ

Патоморфологические изменения в коже развиваются по законам общей патологии. Изменения в эпидермисе чаще возникают вторично, как результат разнообразных патологических процессов в нижележащих отделах дермы, в результате нарушения питания эпидермиса, вследствие токсического действия продуктов воспаления - токсинов, выделяемых возбудителем болезни, и других факторов.

В эпидермисе гистопатологические изменения делятся на три группы.

1. Дегенеративные изменения, приводящие к образованию пузырька:

Паренхиматозная дегенерация, при которой клетки мальпигиевого слоя (базального, шиповидного и зернистого) утрачивают свою нормальную структуру; цитоплазма их становится мутной, непрозрачной; ядра подвергаются вначале сморщиванию (пикноз) или растворению (kariolysis), часто распадаясь на глыбки (kariorhexis), в итоге исчезают. Границы клеток становятся неразличимыми, на их месте образуется пузырек.

Внутриклеточный отек (вакуолизация или вакуольная дистрофия).

В клетках мальпигиевого слоя, большей частью базальных, вокруг ядра в цитоплазме формируются вакуоли (одна или несколько), оттесняющие ядро к периферии клетки. Постепенно отечная жидкость растворяет клетку, которая гибнет. На месте таких клеток появляется микроскопический пузырек.

Наблюдается при дисгидротической экземе, эпидермофитии.

Спонгиоз (греч. spongia - губка) или межклеточный отёк в шиповатом слое, наблюдается при воспалительных процессах в коже с преобладанием процессов экссудации. Отечная серозная жидкость, поступающая из дермы, раздвигает межклеточные промежутки шиповатого слоя, клетки отодвигаются друг от друга, межклеточные мостики (десмосомы) растягиваются, иногда разрываются, что способствует образованию межклеточных пузырьков.

Спонгиоз может сопровождаться внутриклеточным отёком и характерен для многих острых и подострых воспалительных процессах в коже (экземе, дисгидрозе, дисгидротической эпидермофитии, дерматитов и др.).

Баллонирующая дистрофия - некробиотический процесс, влекущий за собой быстрый разрыв межклеточных мостиков; клетки или группа клеток, потерявшие связь друг с другом, свободно плавают в серозно-фибринозном экссудате образовавшегося пузырька в виде шаровидных многоядерных дистрофических изменённых эпителиальных образований

(баллонов), откуда происходит и название этого вида дистрофии. Ядра последних теряют окраску и превращаются в гомогенные, шаровидные образования, красящиеся эозином в розовый цвет.

Баллонирующая дистрофия характерна для пузырьков вирусного происхождения (при простом и опоясывающем герпесе, ветряной оспе и др.).

Дистрофические изменения в эпидермисе наиболее резко выражены при остром и подостром течении дерматозов, характеризующихся везикуляцией и мокнутием.

II. Патологические изменения, приводящие к образованию пузырей:

Акантолиз (акантолизис) - патологический процесс, при котором вследствие потери связи между эпидермальными клетками в шиповатом слое кожи и слизистых оболочках в результате аутоаллергических и сложных ферментативных реакций появляются щели, пузырьки. В основе акантолиза лежит расплавление межклеточных связей (акантов) вследствие растворения цементирующего вещества десмосом и изменения тонофиламентов.

Шиповатые клетки при этом округляются, уменьшаются немного в размерах, их ядра становятся более крупными, чем у обычных клеток, подвергаются деструкции и гибели. Эти кератиноциты, лишённые связей друг с другом, изменившие свою форму, размеры и строение, называются акантолитическими (клетками Тцанка); они выстилают дно пузыря.

Акантолиз наблюдается при пузырьчатке, дискератозе Дарье, доброкачественной пузырьчатке Хейли-Хейли, старческом кератозе и в пузырях при вирусных заболеваниях и др.

Эпидермолиз (эпидермолизис) - патологический процесс, приводящий к отслойке эпидермиса от сосочкового слоя дермы, к образованию щелей и субэпидермальных пузырей. Наблюдается при герпетиформном дерматозе Дюринга, многоформной экссудативной эритеме.

III. Патологические изменения, возникающие в результате разнообразных патологических процессов в коже и часто приводящие к усиленной пролиферации клеток мальпигиевого слоя и нарушениям процесса ороговения:

Акантоз - утолщение и увеличение числа рядов мальпигиевого слоя вследствие усиленной пролиферации эпидермоцитов и удлинение эпидермальных выростов, проникающих иногда глубоко в дерму (юношеские бородавки, псориаз, бородавчатый туберкулёз, нейродермит и др. хронические дерматозы). Соответственно удлиняются и сосочки дермы.

Папилломатоз – не островоспалительная пролиферация соединительнотканых сосочков дермы, приводящая к удлинению, нередко разветвлению сосочков дермы, неравномерно приподнимающих над собой эпидермис. Папилломатоз сопровождается, как правило, акантозом, иногда и гиперкератозом.

Обнаруживается при бородавках, старческом и себорейном кератозе, вульгарных бородавках и др. вегетирующих процессах, являясь морфологической основой вегетации.

Гиперкератоз - чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса в результате повышенного образования кератина (без структурных изменений самих клеток).

Выделяют физиологический (ладони, подошвы), приобретенный (мозоли) и наследственный (ихтиозы, кератодермии) гиперкератоз.

Дискератоз - патологическая резко выраженная автономная преждевременная кератинизация отдельных эпителиоцитов (или пластов) шиповатого слоя, которые становятся более крупными, округлыми, с интенсивно окрашенными ядрами и базофильной, слегка зернистой цитоплазмой. Такие клетки кажутся двухконтурными, лишёнными межклеточных мостиков, и хаотично располагаются во всех отделах эпидермиса.

В основе дискератоза лежит нарушение комплекса тонофиламенты – десмосомы, выражающееся в растворении контактного слоя десмосом с последующим отрывом от них тонофиламентов, которые агрегируют вокруг ядра

Различают доброкачественный (болезнь Дарье, Хейли-Хейли, заразительный моллюск) и злокачественный дискератоз с незрелой атипической кератинизацией отдельных клеток (болезни Бовена и Педжета, спиноцеллюлярный рак, старческий кератоз).

Паракератоз - неполное ороговение (кератинизация), при котором клетки эпидерми-

са теряют способность вырабатывать кератогиалин. Выпадают фазы образования кератогиалина и элеидина, поэтому в эпидермисе отсутствуют зернистый и элеидиновый слои, а клетки рогового слоя содержат ядра. Ранее паракератоз интерпретировали как результат быстрой пролиферации клеток с задержкой их созревания.

В настоящее время паракератоз считают первичным дефектом клеточной дифференцировки. Обычно сочетается с акантозом.

Паракератоз резко выражен при интенсивном шелушении, наблюдаемом при псориазе, экземе, параспориазе, некоторых микозах и др.

Десмолиз - ограниченный акантолизис, при котором изолируются отдельные клетки шиповатого слоя вследствие гибели межклеточных связей. Десмолиз характерен для болезни Педжета, фолликулярного дискератоза Дарье и др.

Гранулёз - утолщение зернистого слоя эпидермиса, является характерным признаком красного плоского лишая. Может быть очаговым и диффузным.

Экзоцитоз – проникновение клеток дермального инфильтрата в эпидермис.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЕРМЕ.

В острой стадии воспаления наблюдаются значительное расширение и гиперемия кровеносных сосудов, экссудация и пролиферация клеточных элементов соединительной ткани.

В зависимости от характера острого воспаления в составе клеточного инфильтрата преобладают одни или другие клеточные элементы. Так, при серозном воспалении среди клеток инфильтрата преобладают лимфоциты, при гнойном - лейкоциты (полинуклеары). Наряду с этим при остром воспалении в зависимости от характера воспалительного процесса обычно обнаруживают и другие клеточные элементы: фибробласты, гистиоциты, тучные клетки.

Соединительнотканые волокна (коллагеновые и эластические) также подвергаются при воспалении разнообразным изменениям, степень выраженности которых определяется характером воспалительного процесса и состоянием реактивности организма.

При хроническом воспалении патогистологические изменения сводятся к пролиферации клеточных элементов соединительной ткани и к развитию альтеративных процессов.

В клеточном составе инфильтрата при хроническом воспалении обычно преобладают лимфоциты, эпителиоидные и плазматические клетки; нередко встречаются также гигантские клетки, гистиоциты и фибробласты.

Грануляционная ткань – незрелая соединительная ткань, образующаяся при восстановлении открытых или закрытых повреждений кожи. Состоит из вновь образованных капилляров, фибробластов и новообразованных молодых коллагеновых волокон

Гранулёма – скопление мононуклеарных клеток с примесью эпителиоидных и многоядерных гигантских клеток, образующихся при хроническом воспалительном пролиферативном процессе, как реакция на инфекцию (инфекционные гранулёмы бугорки и узлы при туберкулёзе, третичном сифилисе, лепре) или инородные тела при попадании жиров (олео-гранулёма), силикона, кремния или эндогенно – уратов, кератина.

Набухание мукоидное – начальная фаза дезорганизации коллагена и основного межклеточного вещества соединительной ткани, заключающаяся в их набухании вследствие накопления кислых мукополисахаридов (диффузные болезни соединительной ткани).

Набухание фибриноидное – фаза дезорганизации соединительной ткани. Характеризуется набуханием, гомогенизацией и изменением тинкториальных свойств коллагена (диффузные болезни соединительной ткани).

Казеозный некроз – вид некроза, встречающийся при туберкулёзе, сифилисе, кольцевидной гранулёме. Очаг казеозного некроза имеет вид бесструктурной, гомогенной или мелкозернистой массы, окрашивающийся эозином в бледно-розовый цвет. Иногда в этой массе видны пикнотичные ядра или их фрагменты.

СХЕМА НАПИСАНИЯ УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ*Титульный лист*

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Кафедра дерматовенерологии
 Зав. кафедрой д.м.н. Базаев В.Т.
 Преподаватель - к.м.н., (доц., асс.)

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО больного ...

Клинический диагноз: ...

ФИО студента ...
 уч. группа ...
 факультет ...

Дата курации ...
 Дата сдачи истории ...

Владикавказ, 2011

Кем направлен больной ...

Дата поступления в стационар СОРКВД ...

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

ФИО больного ...
 Возраст ...
 Семейное положение ...
 Образование ...
 Профессия ...
 Место работы ...
 Занимаемая должность ...
 Домашний адрес ...

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО (указать конкретные имеющиеся жалобы).

1. Со стороны общего состояния возможны общая слабость, чувство разбитости, быстрая утомляемость, плохое самочувствие, др.

2. Со стороны кожи (у больных дерматозами - ощущение жара, жжения, зуда, парестезии, их стойкость, локализация, время появления и наибольшей интенсивности - днем и ночью, др.).

3. У венерических больных со стороны мочеполовой системы: - выделения из уретры (у мужчин), из влагалища (у женщин), боли, жжение, покалывание при мочеиспускании, частые мочеиспускания, боли при дефекации, сыпь на половых органах и т. д.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (Anamnesis Vitae).

Возраст родителей к моменту рождения больного. Каким по счёту родился. Развитие в раннем детстве. В каком возрасте начал посещать школу; какие учебные заведения закончил.

Начало трудовой деятельности, условия труда в различные периоды жизни, были ли профессиональные вредности и как они влияли на состояние здоровья данного больного?

Условия работы в настоящее время, где и кем работает, в помещении или на воздухе, имеются ли профессиональные вредности (газы, пыль, высокая, низкая температура и др.)? Состояние рабочего места, влияние работы на самочувствие. Жилищные и бытовые условия в различные периоды жизни и в период настоящего заболевания. Пищевой режим.

Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков, в каком количестве, как часто).

Перенесенные заболевания (какие, в каком возрасте), как они протекали, их исход, как они повлияли на общее состояние здоровья больного?

Идиосинкразия, переносимость лекарственных и пищевых веществ. В случае непереносимости лекарственных препаратов необходимо детально расспросить больного о тяжести и сроках развития аллергической реакции, особенностях течения, симптомах.

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

Наличие в семье и у ближайших родственников нервно-психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, туберкулеза, сифилиса, сосудистых и аллергических заболеваний. Наследственность (наличие аналогичных заболеваний в роду).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis Morbi).

Анамнез следует собирать подробно и углублённо для выявления возможных этиологических факторов, способствующих возникновению заболевания.

1. У больных дерматозами. Анамнестические данные имеют исключительно важное значение в диагностике и дифференциации дерматозов.

Когда и при каких обстоятельствах жизни впервые появилось данное заболевание, на каком участке тела первоначально возникла сыпь, какой она имела вид, как распространялась на другие участки? С чем связывает больной начало и возникновение своего заболевания? Предшествовали ли началу заболевания охлаждение, инфекции, пищевые интоксикации, физические и психические травмы, действие производственных факторов, действие медикаментов, витаминов, анальгетиков и т. д.? В хронологической последовательности по датам описать дальнейшее течение заболевания.

Описать появление рецидивов, усиление, ослабление или полное исчезновение признаков заболевания. Указать длительность как начальной сыпи, так и рецидивов. Когда наблюдались обострения заболевания (перечислить годы, месяцы прежних вспышек заболевания)? С чем связывает больной появление этих вспышек или улучшение, исчезновение сыпи?

Когда обратился больной впервые за медицинской помощью и в какие лечебные учреждения, какие устанавливались диагнозы, какое проводилось общее и наружное лече-

ние, его эффективность; когда, где и сколько раз был госпитализирован больной? Какова была эффективность стационарного лечения?

При обнаружении у больного заразного кожного заболевания (чесотка, микозы: микроспория, трихофития и др.) следует указать, кто предварительно послужил источником заражения, с кем в контакте был больной после заражения. В истории болезни перечисляются все члены семьи, ближайшие контакты в детских коллективах, друзья по играм в доме, школе и т. п.

Необходимо здесь же указать, какие меры приняты для привлечения к обследованию и лечению источника инфекции, результаты его обследования.

2. У больных венерическими болезнями:

а) У больных сифилисом прежде всего выясняют дату появления первоначальных признаков болезни и их локализация. Через какое время после полового или тесного бытового контакта с предполагаемым источником заражения появились первые признаки заболевания. Следует указать последовательность появления признаков заболевания на коже и слизистых оболочках, их вид, распространенность, локализацию, быстроту исчезновения. Выпадение волос; сопровождались ли кожные сыпи общими расстройствами 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?

Обращался ли ранее больной по поводу этого заболевания или незадолго до начала заболевания по поводу других интеркуррентных заболеваний; чем лечился, как долго, дозы? Каковы были результаты лечения, его переносимость.

У женщин выясняется количество беременностей и их исход: роды в срок, преждевременные роды, мертворождения. Состояние здоровья детей в раннем детстве, развитие детей.

Следует в истории болезни записать фамилию, имя и отчество, возраст, адрес, место работы предполагаемого источника заражения. Если это неизвестно, то указать особые приметы предполагаемого источника заражения. Необходимо выяснить и записать всех лиц, с которыми больной был в половом или тесном бытовом контакте после своего заражения. Необходимо также выявить и записать сведения о производственных контактах. Наконец, какие были приняты меры для привлечения их к обследованию и результаты конкретного обследования.

б) У больных урогенитальной инфекцией представить аналогичные сведения о заболевании, что и при сифилисе.

У мужчин в анамнезе особое внимание обращают на частоту мочеиспускания (днем и ночью) и боли при этом. Необходимо указать болезни этой группы (гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, др.) в прежние годы (месяцы), сколько раз. Выдерживал ли режим лечения, выполнял рекомендации врача? Проводился ли контроль излеченности, его результаты?

У женщин в анамнезе обращают внимание на появление выделений или развитие воспалительного процесса вскоре после начала половой жизни или случайной половой связи (появление болей внизу живота, особенно после менструаций, родов или аборта, их характер, периодичность и др.).

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (Status praesens objectivus).

Патологию, относящуюся к кожным или венерическим болезням, описывают только в локальном статусе. Допускается раздел написать коротко, но по всем системам.

Вначале указывают рост в см., телосложение, массу тела в кг. 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 ... и т.д.

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

Рефлексы: коленные, сухожильный.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Status localis должно писать подробно по прилагаемой схеме.

Полная характеристика патологии (высыпаний на коже, видимых слизистых, придатков кожи, зачастую - лимфоузлов и др.) даёт возможность правильно установить диагноз.

А. ОБЩИЕ СВОЙСТВА КОЖИ:

а) Окраска. Не изменённая кожа имеет матовый блеск, не лоснится, отверстия сальных желез не расширены. Кожа может быть синюшной, желтоватой, темной.

б) Рисунок кожи. В норме он имеет вид бороздок и ромбических полей. Рисунок кожи может быть выражен или сглажен.

в) Влажность, пото- и сало-отделение. Нормальная кожа умеренно влажная, не блестит. Влажность может быть повышенной или сниженной, она определяется пальпацией, иногда зрительно. Кожа нередко бывает сухой. На влажной коже проведение химическим карандашом оставляет соответствующий чернильный цвет.

Салоотделение определяется чистой белой бумагой: при трении по коже остается жирный след на бумаге.

г) Тургор кожи (сниженный, повышенный). Определяется путем ощупывания, пальпации и собирания кожи и подлежащих тканей в складку.

д) Растяжимость и эластичность. 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).

е) Состояние подкожной клетчатки. Изменения гиподермы могут выражаться увеличением (ожирение), уменьшением (различные «истощающие заболевания»), вплоть до исчезновения, чаще всего после патологических процессов, приводящих к её гибели, или после её первичного повреждения.

Б. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКЗАНТЕМ (раздел следует писать полно в виде единого повествования, «рассказа»).

ПО ХАРАКТЕРУ: воспалительная, островоспалительная, хронически - воспалительная, невоспалительная (используется диаскопия).

МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ: название анатомических областей кожи, излюбленные (типичные) места локализации, места отрицательной локализации (не типичные для данного заболевания); связь морфологических элементов сыпи с фолликулом волоса, сальными и потовыми железами (фолликулярные и перипоральные эффоресценции).

В первую очередь описывается основной очаг поражения независимо от локализации; описание высыпаний производится последовательно и обычно сверху вниз в следующем порядке: голова, шея, грудь, живот, спина, ягодицы, верхние и нижние конечности.

СИММЕТРИЧНОЕ И НЕСИММЕТРИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ (на обеих сторонах тела или на одной стороне тела).

РАСПРОСТРАНЕНИЕ. Сыпь может быть диффузной (высыпания сливаются и захватывают большие участки), локализованной (ограниченной), диссеминированной (высыпания разбросаны по всей поверхности кожи).

ПО ХАРАКТЕРУ: мономорфная (состоит из одного вида первичных элементов) или полиморфная сыпь (состоит из двух и более видов первичных элементов); ложно полиморфная (характеризуется наличием первичных и нескольких вторичных элементов сыпи или морфологические элементы мономорфных высыпаний находятся в разных стадиях развития: пятна переходят в папулы; пузырьки, эрозии покрываются корками).

ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ: пятно, папула, бугорок, узел, пузырь, пузырёк, волдырь, импетиго, эктима.

ВЗАИМНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ СЫПИ: фокусное (изолированное), сливное (могут образовываться разнообразные фигуры).

РАСПОЛОЖЕНИЕ: линейное, беспорядочное (без какой - либо закономерности), диссеминированное; систематизированное (по ходу нервных стволов, кровеносных сосудов, соответственно распределению дерматомер); правильная группировка в форме кольца, дуги, кучки; неправильная группировка (не образует геометрических фигур); и т.д.

ПО ФОРМЕ (по объёму): правильной, неправильной формы, конусообразные, полусферовидные, овальные, округлые, плоские, в виде плоскогорья, полигональные и т.д.

ПО ОЧЕРТАНИЮ КРАЁВ (границы): края ровные, зазубренные, чёткие и нечёткие (расплывчатые), мелко- или крупно-фестончатые.

ПО РАЗМЕРАМ: точечные, с просыное зерно, булавочную головку, с чечевицу, с монету, с горошину (мелкую и крупную), вишнёвую косточку, со сливу, лесной и грецкий орех, с детскую ладонь и более (см).

КОНСИСТЕНЦИЯ: нормальной кожи, мягкая, тестоватая, деревянисто-плотная (деревянная), плотно - эластическая (определяется пальпацией).

ПОВЕРХНОСТЬ ЭЛЕМЕНТОВ: гладкая, шероховатая, бугристая; наличие и характер шелушения и т.д.

ПО ОКРАСКЕ (цвет и оттенки): розовые, розовато - красные, красные, синюшно - красные, медно - красные, буровато - коричневые, цвета «кофе с молоком» и т.д.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РОСТ: есть, нет; периферический рост устанавливается на основании явной неравномерности элементов и по наличию фигур слияния.

ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ: пигментации, чешуйки, трещины, эскориации, лихенификация, эрозии, язвы, корки, вегетации, рубцы, рубцовая атрофия.

РАСПОЛОЖЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ НА ПЕРВИЧНЫХ: сплошное, по центру, по краю, в виде воротничка и т.д.

В. ХАРАКТЕРИСТИКА СЫПИ НА СЛИЗИСТЫХ (ЭНАНТЕМ).

Для осмотра слизистой оболочки рта следует применять яркий, направленный свет и использовать деревянный шпатель, которым удаётся осушить от слюны осматриваемые участки. Описывают цвет слизистой, её поверхность, наличие элементов сыпи, их свойства и локализацию.

Г. ПРИДАТКИ КОЖИ:

а) Волосы. Отмечается состояние волосяного покрова: пушковых волос, щетинистых и длинных волос. Тип оволосения, нарушение цвета, обламывание (короткое, высокое), поредение очаговое или диффузное; чрезмерное развитие волос.

б) Ногти (изменение цвета и размеров, отсутствие, наличие полос, расщепление, ломкость, онихофагия, полированные ногти, точечные углубления; состояние ногтевых валиков и др.).

Ногти в норме матовые, гладкие, блестящие.

Д. ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА:

а) Лимфоузлы (регионарный лимфаденит, полиаденит; локализация изменённых лимфоузлов, их консистенция, размеры, подвижность, болезненность, кожа над ними и т.д.),

б) лимфатические сосуды (лимфангит, место локализации, направление, размеры,

консистенция, болезненность, чёткообразные утолщения и др).

Е. ДАННЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (при необходимости):

а) **ДЕРМОГРАФИЗМ** (для определения сосудодвигательной иннервации кожи; варианты: нормальный, красный, красный разлитой, белый, стойкий белый, синий, уртикарный).

б) **ДИАСКОПИЯ**. Определяет воспалительный или невоспалительный характер первичных элементов, отличает геморрагические элементы от воспалительных. Имеет ещё большую диагностическую ценность при саркоидозе Бека (симптом пылинки) и туберкулезной волчанке (симптом «яблочного желе»).

в) **ЛЮМИНЕСЦЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ЛУЧАХ ЛАМЛЫ ВУДА:**

элементы некоторых болезней приобретают только им свойственный цвет: витилиго - светлый, ярко-белый; эритематозный хейлит - белый с голубоватым оттенком; кандидамикоз - розово-оранжевый; отрубевидный лишай - тёмно-коричневый, красновато-жёлтый, острокожные кондиломы и эритразма - кирпично-красный; «невидимые» элементы лепры и псориаза становятся явными. При микроспории поражённые волосы светятся зеленовато-серебристым цветом. Моча больных при поздней порфирии светится красным цветом (у здоровых голубовато-белый цвет).

г) **МЫШЕЧНО - ВОЛОСКОВЫЙ РЕФЛЕКС**. Отсутствие этого рефлекса свидетельствует о расстройстве симпатической иннервации (некоторые формы почесухи, ихтиоз, почесуха Гебры. При почесухе Гебры отсутствует и подошвенный рефлекс).

д) **ПОСКАБЛИВАНИЕ** (предметным стеклом или скальпелем).

Определяет характер шелушения, плотность прикрепления чешуек, болезненность, повышенную ломкость капилляров сосочкового слоя, псориази-ческую триаду и т.д.

е) **ПРОБЫ:** Бальцера, горчичниковая, Минора, Синельникова, Ядассона и др. Положительные пробы описать.

ё) **СИМПТОМЫ:** Асбо-Ганзена, бабочки, Бенье, Бенье-Мещерского, Биетта, груши, каблука дамского, Никольского, проваливания пуговчатого зонда, серозных колодцев, Лезера-Треля, напёрстка, папиросной бумаги, Пильнова, пылинки, сдавления, Унны, чемоданных ручек и др. Выявленные симптомы назвать и описать.

ж) **ФЕНОМЕНЫ:** Кебнера (изоморфная реакция раздражения), Лобица-Кемпбелла, псориазическая триада, яблочного желе и др.

з) **ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КОЖИ**. Тактильную, болевую и температурную чувствительность исследуют при подозрении на лепру, сиригмиомию, патомимию и др.

ё) **СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ:** зуд, боль, жжение, парестезии, жар.

Следует иметь в виду, что субъективные признаки заболевания часто зависят не столько от тяжести или нозологической формы дерматоза, сколько от индивидуальных особенностей больного.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ.

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 или узловатое), отделяемое, наличие лимфангоита и регионарного склераденита, состояние других периферических лимфатических узлов. Представить и осложнения твердого шанкра, если они имеются.

Описывая больных вторичным периодом сифилиса, следует определить вид первичных морфологических элементов (розеола, папула, пустула и т. п.), их размер, цвет, очертания, форму, поверхность, локализацию, распространенность, наличие группировок и т.д. 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, сопутствующего бубона.

При третичном периоде сифилиса необходимо описать имеющиеся активные прояв-

ления болезни (бугорки, гуммы, их осложнения, лимфоузлы и др.). При этом следует отметить наличие и особенности рубцов после разрешившихся высыпаний, их локализацию, размер, форму и т. п.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИППП.

Для написания данного раздела обычно начинают с осмотра наружных половых органов.

У мужчин: состояние наружного отверстия и губок уретры у мужчин (гипо- и эписпадия); наличие выделений (их цвет, характер, количество). Данные пальпации уретры, мошонки, яичек, придатка (инфильтраты, уплотнения, узелки, болезненность). При обследовании предстательной железы определяют её величину, форму, консистенцию, поверхность, границы и болезненность. Макроскопический осмотр двух порций свежесобранной мочи (проба Томпсона): цвет, количество, мутность, опалесценция, характер нитей и хлопьев.

У женщин объективный осмотр следует начинать с пальпации брюшной стенки (симптом Щеткина-Блюмберга). Затем: осмотр вульвы, слизистой преддверия на наличие эрозий или высыпаний.

Уретра: осмотр (отечность и гиперемия губок уретры, наличие пара-уретральных ходов). Пальпация через влагалище по отношению к лобковой кости (инфильтрация, пастозность). Выделения (количество, характер, цвет).

Большие вестибулярные железы: обращают внимание на гиперемию устьев протока железы, инфильтрацию, наличие отделяемого после массажа железы, болезненность.

Влагалище: гиперемия стенок, наличие эрозий, количество, характер, цвет выделений.

Шейка матки: форма, наличие эрозий, характер выделений. Тело матки: при мануальном обследовании определяют размер, консистенцию, болезненность. Придатки матки: обращают внимание на величину, форму, консистенцию, болезненность.

Параметрий: изменения, наличие «тяжей», инфильтратов.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ДР. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обязательными общеклиническими лабораторными исследованиями являются:

- общий анализ мочи и крови,
- исследование кала на яйца глист,
- серореакции на сифилис,
- кровь на ВИЧ-инфекцию.

Другие лабораторные, а также инструментальные и аппаратные исследования производятся в зависимости от показаний и характера заболевания.

Большую помощь нередко оказывает патогистологическое исследование кожи, биопсированной из очага поражения. Более того, данные биопсии могут быть решающими для постановки диагноза.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Предварительный диагноз заболевания **пишется полно**, «развёрнуто» на основании:

- а) жалоб ... ,
- б) данных анамнеза ... ,
- в) локального статуса ... ,
- г) результатов лабораторных исследований

(вместо точек вписать характерные для диагноза данные).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Дифференциальная диагностика производится со сходными по клинике (элементами сыпи) с двумя-тремя заболеваниями (отличными от таковых у другого куратора).

Перечисляются заболевания, с которыми предстоит дифференцировать, затем указываются общие признаки дифференцируемых болезней; затем, основываясь на отличиях, исключают неподходящее заболевание.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

Раздел можно написать коротко: на основании данных предварительного и дифференциального диагнозов.

ЛЕЧЕНИЕ. Студент назначает обоснованное общее и наружное лечение конкретно данному больному в соответствии с клиническим диагнозом.

Следует назвать группу каждого препарата, описать механизм его действия, выписать развёрнутые рецепты с указанием разовой и курсовой дозы, а также технику применения. Лечение венерических заболеваний должно соответствовать последним методическим рекомендациям МЗ РФ.

ДНЕВНИКИ. Представляют два дневника. В каждом дневнике отражаются общее состояние, физиологические отправления и самочувствие больного, динамика высыпаний на коже и видимых слизистых. Во втором дневнике указывают динамику патологического процесса, переносимость и эффективность проводимого лечения, назначенные новые препараты (дозы, количество приемов), физиотерапевтические процедуры и назначенные клинические исследования.

ЭПИКРИЗ (краткое заключение о пребывании больного в клинике).

В нем указывается, в каком состоянии и с какими явлениями поступил в клинику больной, на основании каких данных был установлен диагноз.

Указывается проведенное лечение, последовательность регресса клинических проявлений болезни.

Даются рекомендации по дальнейшему лечению, профилактике рецидивов, диете, трудоустройству и диспансеризации.

ПРОГНОЗ. У данного конкретного больного обосновывается прогноз для жизни (угрожает ли заболевание в настоящее время жизни больного), для здоровья (возможно ли полное выздоровление), для трудоспособности (нуждается ли во временном переводе на другую работу, на инвалидность и т. д.).

Указать рекомендуемое санаторно-курортное лечение (где, профиль, в какой сезон и др.).

В конце выполненной учебной «Истории болезни» студент-куратор прилагает список использованной литературы и ставит свою подпись.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|-----------------|---------------|--|--|--|--|--|
| Первичные элементы | | | | | | сосочковый слой | сетчатый слой | | | | | |
| Пятно | | | | | | | | | | | | |
| Папула | | | | | | | | | | | | |
| Бугорок | | | | | | | | | | | | |
| Узел | | | | | | | | | | | | |
| <i>Пузырёк</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>Пузырь</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>Волдырь</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>Импетиго</i> | | | | | | | | | | | | |
| <i>Эктима</i> | | | | | | | | | | | | |

Эволюция первичных элементов сыпи

Таблица 2

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|---------|---------|-------------|---------------|--------|------|-------|-----------|-------|------------------|
| Первичные элементы | Вторичная пигментация | Чешуйка | Трещина | Экскориация | Лихенификация | Эрозия | Язва | Корка | Вегетация | Рубец | Рубцовая атрофия |
| Пятно | | | | | | | | | | | |
| Папула | | | | | | | | | | | |
| Бугорок | | | | | | | | | | | |
| Узел | | | | | | | | | | | |
| <i>Пузырёк</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>Пузырь</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>Волдырь</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>Импетиго</i> | | | | | | | | | | | |
| <i>Эктима</i> | | | | | | | | | | | |

Пиодермиты

Таблица 3

| | | | | | | |
|--|-----------|---------|---------|---------|-------|-------|
| | Этиология | Глубина | Связь с | Течение | Исход | Общая |
|--|-----------|---------|---------|---------|-------|-------|

| | стрептококки | стафилококки | смешанные | поверхностная | глубокая | | острое | хроническое | бесследный | рубец | |
|--------------------------|--------------|--------------|-----------|---------------|----------|--|--------|-------------|------------|-------|--|
| Псевдофурункулёз Фингера | | | | | | | | | | | |
| Импетиго вульгарное | | | | | | | | | | | |
| Заеда | | | | | | | | | | | |
| Пузырчатка новорожденных | | | | | | | | | | | |
| Сикоз | | | | | | | | | | | |
| Гидраденит | | | | | | | | | | | |
| Фолликулит глубокий | | | | | | | | | | | |
| Импетиго буллёзное | | | | | | | | | | | |
| Остиофолликулит | | | | | | | | | | | |
| Экзема вульгарная | | | | | | | | | | | |
| Фурункул | | | | | | | | | | | |
| Карбункул | | | | | | | | | | | |
| Везикулопустулёз | | | | | | | | | | | |

Аллергодерматозы

Таблица 4

| | Лихенификация | Симметрия | Границы | | Мокнутие | | | | Течение | | Общая реакция организма |
|------------------------------------|---------------|-----------|---------|-----------|-------------|-----------------------------|----------|--------|---------|-------------|-------------------------|
| | | | резкие | не резкие | отсутствует | симптом «серозных» колодцев | выражено | резкое | острое | хроническое | |
| Атопический дерматит (нейродермит) | | | | | | | | | | | |
| Себорейная экзема | | | | | | | | | | | |
| Дерматит простой контактный | | | | | | | | | | | |
| Профессиональная экзема | | | | | | | | | | | |
| Микробная экзема | | | | | | | | | | | |
| Истинная экзема | | | | | | | | | | | |
| Крапивница острая | | | | | | | | | | | |

Дерматомикозы

Таблица 5

| | Группа микоза | Поражение | Элементы | Волосы | Течение | Микиды | Исход |
|--|---------------|-----------|----------|--------|---------|--------|-------|
|--|---------------|-----------|----------|--------|---------|--------|-------|

ПРОГРАММНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ.

1. Гистологическое строение нормальной кожи: эпидермис и его слои, собственно кожа, волокна, мышцы, железы, нервы кожи. Строение волоса, волосяного фолликула и ногтя. Особенности строения детской и старческой кожи. Функции кожи: защитная, терморегуляторная, секреторная, дыхательная, обменная и др.
2. Общая симптоматология болезней кожи: первичные морфологические образования кожи: пятно, узелок, волдырь узел, бугорок, пузырь, пузырек, гнойничок. Их определение, гистологическая и клиническая характеристика каждого из них, отличия, их эволюция и исход.
3. Вторичные элементы сыпи: чешуйка, корка, рубец, рубцовая атрофия, вегетация, вторичная пигментация, лихенификация, эрозия, язва, трещина, расчесы. Их определение и клиническая характеристика.
4. Основные патогистологические изменения в эпидермисе, виды дегенерации, гиперкератоз, паракератоз, акантоз, папилломатоз, гранулез, дискератоз, акантолиз, эпидермолиз.
5. Роль эндогенных и экзогенных социальных факторов в возникновении и развитии дерматозов. Понятие о сенсibilизации и аллергии в дерматологии. Роль генетического фактора и аутоиммунных процессов в кожной патологии.
6. Общие принципы лечения больных заболеваниями кожи. Общее лечение: антибиотикотерапия, гормонотерапия, гипосенсibilизирующая, седативная и антигистаминная терапия, витаминотерапия, иммунотерапия, суггестивная терапия, УФО, УВЧ, ПУВА - терапия. Специфическая и неспецифическая терапия дерматозов.
7. Наружное лечение кожных больных. Формы применения лекарственных средств в дерматологии: присыпки, примочки, болтушки, пасты, мази, кремы - их определение, прописи рецептов, механизм действия на кожу, методика применения и показания и противопоказания к их применению. Основные кератопластические, кератолитические, антипаразитарные и противозудные средства.
8. Гнойничковые заболевания кожи - пиодермии. Этиология, патогенез, классификация. Клиника каждого заболевания и лечение. Стафилококковые пиодермии, остиофолликулит, фолликулит, сикоз, фурункул, карбункул, гидраденит, везикулопустулез, множественные абсцессы, эпидемическая пузырчатка новорожденных. Стрептококковые пиодермии: импетиго и его разновидности. Смешанные пиодермии. Принципы общего и местного лечения пиодермитов.
9. Дерматомикозы. Значение грибов и внешней среды в развитии микозов. Классификация микозов. Кератомикозы, их диагностика и лечение. Трихомикозы: трихофития, микроспория, фавус. Этиология, клинические особенности каждого из них. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение: местное и общее. Эпидермомикозы: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика. Рубромикоз, поражение кожи и ногтей. Лечение.
Кандидозы: этиология, патогенез, клинические формы, лечение.
10. Туберкулезные поражения кожи. Этиология, патогенез, пути распространения туберкулезной инфекции в организме. Туберкулезная волчанка: этиология, клинические особенности и формы, осложнения, диагностика, лечение. Колликувативный, бородавчатый, язвенный, лихеноидный, папулонекротический и индуративный туберкулез кожи. Их патогенез, клинические особенности, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Лепра. Исторические сведения. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, клинические формы. Методы диагностики, лечение, профилактика и организация борьбы.
12. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского): этиология, клинические формы и их характеристика. Источники заражения, лечение и профилактика.
13. Чесотка и вшивость. Этиология, эпидемиология, клинические особенности, диагностика,

методы лечения, профилактика.

14. Коллагеновые болезни кожи. Понятие о системности. Красная волчанка и склеродермия; клинические формы и их характеристика. Лечение и профилактика.
15. Вирусные заболевания кожи: простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, бородавки, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы, узелки доильщиц. Клиническая характеристика каждого из них, современное лечение.
16. Кожные заболевания вероятной вирусной этиологии: многоформная экссудативная эритема и розовый лишай. Патогенез, клинические особенности, лечение и профилактика.
17. Пузырчатка. Этиология, патогенез, клинические формы, их клиника, диагностика, лечение, прогноз.
18. Профессиональные заболевания кожи: этиология, патогенез, классификация, клинические формы. Кожные тесты. Диспансеризация и трудоустройство больных проф. дерматозами. Профилактика и профотбор.
19. Экзема и дерматиты. Этиология, патогенез, клинические формы и их характеристика. Лечение общее и местное.
20. Себорея. Вульгарные угри. Этиология и патогенез. Клиническая характеристика, принципы лечения.
21. Псориаз. Этиология, патогенез, симптоматология, стадии заболевания, тяжёлые формы. Диагностика, лечение и профилактика псориаза.
22. Красный плоский лишай. Нейродермит. Кожный зуд. Крапивница. Этиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика, лечение.
23. Генетические факторы в дерматологии и основные генодерматозы (ихтиоз, псориаз, болезнь Реклингаузена, кератодермии). Методы генетических исследований.
24. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи:
25. Классификация, патогенез, симптоматология и методы лечения. Предраковые заболевания кожи: пигментная ксеродерма, кератоакантома, кожный рог, лейкоплакия слизистых рта и половых органов. Диспансеризация.
26. Сифилис. Этиология, источники заражения, пути распространения инфекции. Приобретенный и врожденный сифилис. Общее течение сифилиса (периодизация). Иммунитет при сифилисе: понятие о суперинфекции, реинфекции. Критерии реинфекции. Клинический рецидив. Значение экспериментального сифилиса для изучения иммунологических особенностей при сифилисе.
27. Инкубационный период при сифилисе. Превентивная терапия, дозы.
28. Первичный период сифилиса. Первичная сифилома, клиническая картина, разновидности. Атипичные формы и осложнения. Регионарный лимфаденит. Дифференциальная диагностика твёрдого шанкра.
29. Вторичный период сифилиса. Общие сведения, общая характеристика, сифилиды вторичного периода сифилиса: розеола, папула, пустула и их клиническая характеристика. Сифилитическая плешивость и лейкодерма. Дифференциальная диагностика проявлений. Поражение слизистых оболочек при вторичном периоде сифилиса.
30. Третичный период сифилиса. Общие сведения. Бугорковый и гуммозный сифилиды; их симптоматология, разновидности и дифференциальная диагностика. Поражение слизистых оболочек при третичном периоде сифилиса.
31. Врожденный сифилис. Пути передачи инфекции плоду. Влияние сифилиса на течение беременности. Симптоматология врожденного сифилиса плода, грудного возраста, раннего детского возраста. Поздний врожденный сифилис, его симптоматология, диагностика. Профилактика врожденного сифилиса
32. Лабораторная диагностика сифилиса. Методы обнаружения бледной трепонемы. Серологические исследования при сифилисе.
33. Лечение сифилиса. Основные противосифилитические средства, способы их введения в организм больного сифилисом, дозировка: разовая, суточная и курсовая. Лечение больных

в зависимости от периода. Серорезистентность. Дополнительное лечение. Превентивное, специфическое и профилактическое лечение у беременных. Лечение сифилиса у детей. Критерии излеченности сифилиса.

34. Мягкий шанкр. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
35. Гонорея у мужчин и подростков. Этиология, патогенез. Классификация гонореи. Перед- ний и задний гонорейный уретрит: симптоматология, осложнения, диагностика и лечение. Хронический гонорейный уретрит: патанатомия, симптомы, осложнения и лечение. Кри- терии излеченности гонореи.
36. Негонорейные инфекционные уретриты у мужчин и подростков (трихомониаз, хлами- оз, микоплазмоз (уреаплазмоз), бактериальный вагиноз, урогенитальный кандидоз. Их па- тогенез, клиническая характеристика, дифференциальная диагностика. Диагностика и ле- чение. Критерии излеченности.
37. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Этиология, пути заражения ВИЧ- инфекцией. Кожные аспекты СПИДа. Группы риска. Диагностика. Профилактика. Зако- нодательство по борьбе со СПИДом.
38. Организация борьбы с венерическими и заразными кожными болезнями.Личная и общественная профилактика ИППП.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

1. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с.
2. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руководство под ред. проф. А.А. Студницина. Москва, 1983. – 559 с.
3. Ю.К. Скрипкин, Ф.А. Зверькова, Г.Я. Шарапова, А.А. Студницин. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с.
4. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. АТЛАС ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. Москва, 1991. – 319 с.
5. Бетров В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. Есть на кафедре
- 6.Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 1995. – 463 с.
7. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетров В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с.
- 8.Родионов А.И. СИФИЛИС. Руководство для врачей. Санкт-Петербург. 1997. – 283 с.
9. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей в 2-х томах. Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. Москва, 1999.
10. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справочник. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с.
- 11.Скрипкин Ю.К. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2000. – 656 с.
- 12.Адаскевич В.П. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ. Руководство для врачей. Москва, 2001. – 414 с.
- 13.Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ. Практическое руководство. Москва, 2001. – 363 с.
- 14.О.Л. Иванов, В.А.Молочков, Ю.С.Бутов, С.С. Кряжева. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2002. – 478 с.

15. КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ И ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ. Руководство для врачей под редакцией проф. Ю.С. Бутова. Москва, 2002. – 399 с.
16. Скрипкин Ю.К. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 543 с.