

№ Пед-21

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

**Кафедра дерматовенерологии**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

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

Методические рекомендации по овладению практическими навыками по дерматовенерологии составлены: д.м.н. Базаевым В.Т., к.м.н., доцентом Беликовой З.Ф. и 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

<b>СО Д Е Р Ж А Н И Е</b>	стр
1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ	3
11. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:	
лечебный и медико-профилактический факультеты	4
педиатрический факультет	5
стоматологический факультет	6
111. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (№ 1-39)	7
1У. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	34

### **1. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. Собирать анамнез у больного кожным и венерическим заболеванием.
2. Осматривать кожу, волосы, ногти, слизистые оболочки у больных.
3. Клинически определять морфологические элементы сыпи на коже, губах и слизистой оболочке рта.
4. Определять по вторичным элементам предшествовавшие им первичные элементы сыпи.
5. Описывать клиническую картину поражения кожи и слизистой оболочки рта.
6. Составлять амбулаторную историю болезни дерматологического и венерического больного.
7. Выписывать рецепты основных препаратов общего и наружного применения.
8. Применять наружные лекарственные формы при различных дерматозах.
9. Определять дермографизм.
10. Вызывать псориазные феномены.
11. Оценивать изоморфную реакцию Кебнера.
12. Пользоваться люминесцентной лампой Вуда.
13. Вызывать симптом Никольского и Асбо-Ганзена.
14. Забирать материал для исследования на чесоточного клеща и патогенные грибы.

### **11. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ.**

#### **ЛЕЧЕБНЫЙ И МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТЫ**

1. Диаскопия, методика (№1).
2. Дермографизм (№2).
3. Методика определения первичных элементов сыпи (№3).

4. Осмотр больного под лампой Вуда (№ 4).
5. Определение псориатической триады феноменов (№5).
6. Пробы Бальцера и Бенъе (№ 6, 7),  
симптомы: Бенъе-Мещерского, Кебнера, Никольского, Асбо-Хансена, «проваливания зонда» и «яблочного желе» (№8, 9, 10, 11, 12).
7. Исследование на акантолитические клетки Тцанка (№13).
8. Приготовление препаратов и микроскопирование при микозах (№14).
9. Исследование на чесоточного клеща (№15).
10. Составление плана лечения больных дерматозами (№ 16).
11. Принципы общей терапии дерматозов (№ 17).
12. Принципы наружной терапии дерматозов (№ 18, 19).
13. Принципы наружного лечения пиодермитов (№ 20).
14. Выписывание и применение средств наружной терапии дерматозов (№ 21).
15. Дезинфекция обуви и носков при микозах стоп (№22).
16. Составление амбулаторной карты на кожного и вен. больного (№23).
17. Методика обследования кожного больного (№24).
18. Написание дерматологического статуса (№25).
19. Исследование мужчин, женщин и девочек на гонококки Нейссера и вагинальные трихомонады (№26, 27 и 28).
- 20 Забор материала на бледную трепонему (№30).
21. Современные принципы лечения больных сифилисом (№31).
22. Методика 2-х моментного в/м введения лекарственных препаратов (№32).
23. Обработка рук и инструментов при работе в венерическом отделении (№33).
24. Излеченность больных сифилисом (№34), гонореей трихомонозом (№35)
25. Провокации при обследовании на гонорею (№36).
26. Лекарственная терапия при анафилактическом шоке (№37).

#### ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

1. Диаскопия, методика (№1).
2. Дермографизм (№2).
3. Методика определения первичных элементов сыпи (№3).
4. Осмотр больного под лампой Вуда (№4).
5. Определение псориатической триады феноменов (№5).
6. Пробы Бальцера и Бенъе (№6, 7).
7. Феномены (симптомы): Бенъе - Мещерского, Никольского, Асбо - Хансена, Кебнера, «проваливания зонда» и «яблочного желе» (№7, 8, 9, 10, 11, 12).
8. Исследование на акантолитические клетки Тцанка (№13).

9. Приготовление препаратов и микроскопирование при микозах(№14).
10. Исследование на чесоточного клеща микроскопирование (№15).
11. Методика обследования кожного больного (№24).
12. Методика телесного осмотра венерического больного ребёнка (№29).
13. Написание дерматологического статуса (№25).
14. Правила ухода за детьми с хроническими аллергодерматозами (№38).
15. Составление плана лечения больных дерматозами (№16).
16. Принципы общей терапии дерматозов (№17).
17. Принципы наружной терапии дерматозов у детей (№18, 19).
18. Принципы наружного лечения пиодермитов (№ 20).
19. Выписывание основных рецептов для наружной терапии (№21).
20. Методика применения наружных лекарственных средств у детей (№17).
21. Методика дезинфекции обуви и носков при микозах стоп (№22).
22. Составление амбулаторной карты на кожного и венерического б-го (№23).
23. Исследования на гонококки и вагинальные трихомонады (№ 26, 27, 28).
24. Забор материала на бледную трепонему (№30).
25. Современные принципы лечения больного сифилисом (№31).
26. Метод 2-х моментного в\м введения противосифилитических средств (№ 32).
27. Обработка рук и инструментов при работе в венерическом отделении (№33).
28. Излеченность больных сифилисом (№34), гонореей и трихомонозом (№35).
29. Провокации при обследовании на гонорею (№36).
30. Правила ухода за детьми с хроническими аллергодерматозами (№38).
31. Общие принципы диететики детей с аллергодерматозами (№39).
32. Лекарственная терапия при анафилактическом шоке (№37).

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

1. Диаскопия (№1) и дермографизм (2).
2. Методика определения первичных элементов сыпи (№3).
3. Осмотр больных под лампой Вуда(№ 4).
4. Определение триады псориазных феноменов (№ 5).
5. Написание дерматологического статуса (№ 25).
6. Диагностические пробы (симптомы): Асбо- Хансена, Бенъе, Никольского, Кебнера, (№ 7, 9, 10, 11).
7. Исследование эрозий слизистой рта и кожи на акантолитические клетки Тцанка (№ 13).
8. Приготовление препаратов и их микроскопирование при микозах (№ 14).

9. Принципы общей терапии дерматозов (№ 17).
10. Принципы наружной терапии дерматозов (№ 18, 19).
11. Принципы наружной терапии пиодермии (№ 20).
12. Исследования на гонококки Нейссера и вагинальные трихомонады (№ 26, 27).
13. Забор материала для исследования на бледную трепонему (№ 30).
14. Обработка рук и инструментов при работе в вен. отделении (№ 33).
15. Излеченность больного сифилисом (№ 34),  
гонореей и трихомониазом (№ 35).
16. Лекарственная терапия при анафилактическом шоке (№ 37).

## 111. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ.

**№1. Диаскопия** (витропрессия)- надавливание на пораженный участок кожи предметным стеклом либо специальным прибором — диаскопом, либо часовым стеклом, стеклянным шпателем или стеклянной пластинкой в виде плессиметра. С помощью этого метода можно определить характер элемента сыпи (сосудистый, пигментный и др.). Воспалительные элементы под влиянием давления бледнеют, а геморрагические – почти не меняются в цвете.

Эритема, вызванная расширением сосудов, при диаскопии исчезает и появляется нормальная окраска кожи. При геморрагиях и пигментации окраска не меняется. Этот метод помогает также при диагностике туберкулезной волчанки (феномен «яблочного желе»), розеолезной сыпи, кольцевидной телеангиэктатической пурпуры Майокки и других разновидностях пурпуры.

**№2. Дермографизм** –рефлекторная реакция нервно-сосудистого аппарата кожи на механическое раздражение кожи краем шпателя, ручкой перкуSSIONного молоточкаили тупым концом палочки.

Исследование дермографизма позволяет определить состояние вегетативной нервной системы и, в частности, рефлекторные реакции сосудистой стенки в ответ на раздражение кожи. Удобнее вызывать этот сосудисто-двигательный рефлекс на коже груди, живота, спины.

Нормальный дермографизм характеризуется образованием более или менее широкой розово-красной полосы, исчезающей через 2—3 минуты.

При дерматозах, сопровождающихся нервно-сосудистой реакцией или повышением ломкости и проницаемости капилляров, дермографизм может быть красным, белым, смешанным и уртикарным.

При белом дермографизме, характерном для нейродермита, атопического дерматита, почесухи, эксфолиативном дерматите, эритродермии, полоса исчезает через 2—8 мин.

При красном дермографизме возникающая полоса представляется широкой полоской, которая держится до 15—20 мин, иногда до 60 мин. Красный разлитой дермографизм наблюдается при экземе, псориазе.

При смешанном дермографизме красная полоса сменяется белой или по ее краям появляется белая полоса.

Реже наблюдается возвышенный (уртикарный) дермографизм, наблюдаемый у больных крапивницей, почесухой. При этом на месте даже слабого механического раздражения кожи появляются широкие, резко возвышающиеся, отёчные иногда исчезающие через 40 – 60 мин полосы красного цвета.

### **№3. Методика определения первичных элементов сыпи.**

Высыпания на коже следует внимательно осмотреть при хорошем освещении и установить рельефность, наличие полости, механизм возникновения, глубину локализации и исход.

Рельеф элементов сыпи часто определяется визуально, в сомнительных случаях применяется метод проведения пальцем по здоровой коже с переходом на эфлоресценцию. Все инфильтративные элементы рельефны, за исключением пятен.

Наличие полости можно выявить проколом стерильной сухой иглы: экссудат выходит, исследуемый элемент спадает (пузырь, пузырьёк, импетиго и эктима).

Все экссудативные элементы полостные, кроме волдыря, являются следствием выхождения жидкости и форменных элементов из сосудов по причине повышенной проницаемости сосудистой стенки.

Инфильтративные элементы сыпи являются пролиферативными, результатом размножения тканевых составляющих.

Для определения глубины залегания элемент следует взять большим и указательным пальцами в складке кожи: поверхностный элемент определяется на вершине ее, бугорок в толще складки, а узел у основания складки.

Все поверхностные элементы сыпи проходят бесследно, а глубокие (бугорок, эктима и узел) с образования рубца или рубцовой атрофии. Иногда для узла возможно бесследное заживление.

### **№4. Осмотр больного под лампой Вуда.**

Люминесцентная диагностика проводится в тёмной комнате с помощью лампы Вуда, куда вмонтирован фильтр, представляющий собой стекло, импрегнированное солями никеля. При данном методе исследования используется "холодное свечение" пораженных волос или кожи в длинноволновой части люминесцентного луча.

Пятна разноцветного отрубевидного лишая флюоресцируют темно-коричневым или красновато-желтым светом.

При микроспории пораженные волосы отличаются ярко зеленовато-серебристым цветом.

Кроме того, в лучах лампы Вуда элементы некоторых болезней приобретают только им свойственный цвет: витилиго – светлый, ярко-белый, эритематозный хейлит – белый с голубоватым оттенком, кандидамикоз – розово-оранжевый, остроконечные кондиломы и эритразма (возбудитель болезни выделяет водорастворимые порфирины) – кирпично-красный; "невидимые" элементы лепры и псориаза становятся явными.

Моча больных при поздней Порфирии под лучами лампы Вуда светится красным цветом (у здоровых - голубовато-белым цветом).

### **№5. Определение псориагической триады феноменов.**

Псориагическая триада легче обнаруживается при поскабливании недолго существующих папул. При лёгком поскабливании папулы предметным стеклом или затупленным скальпелем на поверхности элемента вначале появляется обильное пластинчатое шелушение серебристо-белыми чешуйками, напоминающими растёртую каплю застывшего стеарина (феномен «стеаринового пятна»). При дальнейшем более энергичном поскабливании этой же папулы по отпадении чешуек обнажается красная лаково-блестящая поверхность (феномен «терминальной пленки»), а при поскабливании пленки появляются мелкие не сливающиеся капельки крови (феномен «точечного кровотечения»), или феномен «кровяной

росы» Полотебнова),

**№6. Проба Бальцера** или «йодная проба» применяется для диагностики разноцветного отрубевидного лишая: пятна смазывают 2%-ным раствором йодной настойки. Вследствие разрыхления рогового слоя в области высыпаний раствор йода впитывается более интенсивно, и пятна окрашиваются более интенсивно, чем здоровые участки кожи.

При отсутствии йода можно пользоваться анилиновыми красителями. Необходимо знать и о том, что при остаточной лейкодерме после отрубевидного лишая, особенно у больных, которые подверглись ультрафиолетовому облучению, проба Бальцера бывает отрицательной.

**№7. Симптом Бенъе**- феномен «стружки» или «удара ногтем», при поскобливании ногтем пятен разноцветного лишая и параспориатических папул в результате разрыхления рогового слоя верхние слои чешуек отслаиваются и шелушение становится более явным.

**№8. Феномен Бенъе - Мещерского** – признак дискоидной красной волчанки: чешуйки (по причине фолликулярного гиперкератоза) сидят на папулах очень плотно за счёт внедрения роговых щипиков в устья волосяных фолликулов или сальных желёз и удаление их болезненно.

При дальнейшем поскобливании возникает симптом «дамского сломанного каблука»: при удалении чешуек с поверхности папулы при красной волчанке на их основании обнаруживаются щипики и обнажаются воронки устьев фолликулов.

**№9. Феномен Никольского** является важным клинико-диагностическим признаком акантолитической пузырчатки, свидетельствующим о наличии акантолиза в эпидермисе.

Для проведения пробы необходимо взять пинцетом за край покрывки пузыря и потянуть в сторону: при положительном феномене Никольского наблюдается отслойка эпидермиса на видимо здоровой коже за пределами пузыря. При трении здоровой на вид кожи между пузырями или эрозиями также наблюдают отторжение верхних слоев эпидермиса. При резко выраженном симптоме Никольского отторжение верхних слоев эпидермиса обнаруживается и при трении здоровой на вид кожи, расположенной вдали от очагов поражения.

Симптом Никольского встречается и при некоторых других дерматозах (в частности, при врождённом буллёзном эпидермолизе, болезни Риттера, синдроме Лайелла).

**№10. Феномен Асбо-Хансена** представляет собой модификацию симптома Никольского: при надавливании на не вскрывшийся пузырь предметным стеклом экссудат отслаивает прилежащие участки эпидермиса, и основание пузыря по периферии увеличивается.

**№11. Феномен Кебнера** «изоморфная реакция» заключается в развитии высыпаний на участках кожи, подверженных экзцемерации (повреждению) механическими и химическими агентами (царапины, уколы, расчёсы, порезы, ожоги и т.д.), положительна в прогрессирующей стадии псориаза, красного плоского лишая и юношеских бородавок в среднем через 7-12 дней после повреждения.

К изоморфной реакции можно отнести и появляющиеся сифилитические гуммы в области травмы у больных третичным сифилисом.

**№12. Феномены «проваливания зонда» и «яблочного желе»** характерны для туберкулезной (вульгарной) волчанки. При надавливании зондом на бугорок (люпому) образуется стойкое углубление в виде ямочки, а при более интенсивном надавливании пуговчатый зонд легко погружается в глубину ткани (проваливается), вызывая болезненность и кровоточивость (симптом Поспелова).



Не менее важен для диагностики вульгарной волчанки феномен «яблочного желе», который выявляется при диаскопии. При надавливании предметным стеклом на люпому она обескровливается, и измененная ткань просвечивается в виде восковидных жёлто-бурых пятен, напоминающих «яблочное желе».

### **№13. Исследование на акантолитические клетки Тцанка.**

Покрышку пузыря на коже больного необходимо срезать стерильными ножницами, затем ватным тампоном удаляют экссудат и стерильное предметное стекло прикладывают ко дну эрозии.

Можно прикладывать и легко надавливать простерилизованную ученическую стиральную резинку ко дну эрозии и затем перенести материал на чистое предметное стекло. Приготовленный таким образом мазок – отпечаток фиксируют в течение 1 минуты метиловым спиртом, высушивают при комнатной температуре и окрашивают по Романовскому – Гимзе.

В препаратах при пузырьчатке обнаруживаются измененные единичные или пластами кератиноциты, называемые акантолитическими: размеры меньше чем у нормальных клеток, имеют очень крупное ядро интенсивно-фиолетового или фиолетово-синего цвета, занимающее почти всю клетку. В ядре заметны два или более светлых ядрышка. Цитоплазма клетки резко базофильна

### **№14. Приготовление препаратов и микроскопирование при микозах.**

Специальные лабораторные исследования проводят и для установления конкретной этиологии грибковых заболеваний. 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 (волосы, чешуйки, соскоб ногтевой пластинки, корки и т. д.). При поражении длинных волос на голове материал набирают с помощью специального пинцета (ресничного). 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 отыскивают и эпилируют коротко (на 1—2 мм над уровнем кожи) обломанные волосы; они могут иметь 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 берётся волос длинный, необломанный, истонченный, тусклый, пронизывающий скутулу (можно исследовать и саму охряно-жёлтую корку с вдавлением в центре).

При поражении ногтевых пластинок материал берется со свободного края ногтя. Роговые массы срезают ножницами, а из глубоких слоев ногтя извлекают патологический материал скальпелем.

При микозе стоп следует брать для исследования мацерированный отслаивающийся эпидермис по периферии очагов или же стерильными ножницами срезают покрышки пузырей.

При наличии грибковых поражений только на гладкой коже рекомендуется брать соскоб чешуек с периферии очагов притупленным скальпелем.

Полученные чешуйки, роговые массы, волосы больного помещают на обезжиренное стекло, заливают 1—2 каплями 10—30% раствора едкого калия или натрия, слегка подогревают над пламенем спиртовки и накрывают покровным стеклом. Препарат из чешуек раздавливают покровным стеклом до образования белого или «серого облачка». При исследовании волоса его не разрушают, а только доводят до набухания. Препарат из волос подогревать не рекомендуют. Микроскопируют обычно «сухой системой» микроскопа под малым, а затем большим увеличением. Элементы гриба имеют вид различной длины двуконтурных нитей мицелия и круглых или квадратных спор.

### **№15. Исследование на чесоточного клеща.**

При подозрении на заболевание чесоткой следует проводить специальное лабораторное исследование. С этой целью острым концом скальпеля либо иглой прокалывают пузырек в конце чесоточного хода. Остриё инструмента слегка продвигают по направлению чесоточного хода, соскабливая кожу. Можно срезать лезвием безопасной бритвы эпидермис над пузырьком или чесоточным ходом.

Извлеченный таким образом материал помещают на предметное стекло и наносят каплю 20% раствора едкой щелочи, покрывают покровным стеклом и микроскопируют «сухой системой» при малом увеличении и опущенном конденсоре. В препарате обнаруживаются клещи либо продукты их жизнедеятельности - яйца, экскременты в виде тёмно-коричневых точек. Тело же клеща имеет овальную форму с четырьмя парами членистых ног.

#### **№16. Составление плана лечения больных дерматозами.**

Приступая к лечению того или иного кожного больного, особенно страдающего хроническим дерматозом, план лечения следует строить в 3-х направлениях:

1. *Выяснение этиологического фактора, сенсibilизации, конкретного раздражителя*, т.е. причинного фактора заболевания или его рецидивов и устранение его, если это возможно.

2. *Применение методов общей терапии* с целью повышения сопротивляемости организма и активации его компенсаторных и защитных механизмов.

3. *Методы местного воздействия на очаги поражения* (наружное лечение), которое благоприятно влияет на экстерорецепторы кожных покровов и рефлекторно, через НС, действуют на весь организм. Кроме того, важно и благотворное действие наружных средств на патологический процесс в коже. В сочетании этих трёх направлений и лежит успех лечения.

#### **№ 17. Принципы общей терапии дерматозов**

Эффективное лечение кожных болезней, несомненно, является вершиной профессионального мастерства врача-дерматолога.

Из-за многочисленности и многообразия дерматозов, зачастую неясности их этиологии и патогенеза, склонности к затяжному течению задача лечения нередко является трудновыполнимой и требует от специалиста не только широкого общего медицинского кругозора, но и большого личного опыта и высокого уровня клинического мышления.

1. Особую ценность имеет клиническое мышление - умение врача максимально индивидуализировать данное наблюдение и подобрать строго *индивидуальное лечение*, адекватное форме и стадии заболевания, полу и возрасту пациента, сопутствующей патологии, бытовым и профессиональным особенностям случая.

2. Наиболее успешным является лечение, направленное на *устранение причины заболевания* - его называют этиологическим. Таковым, например, является применение при чесотке препаратов акарицидного действия (убивающих возбудителя болезни). Однако этиологическое лечение, к сожалению, возможно лишь при известном количестве дерматозов, имеющих чётко установленную этиологию, в то время как при многих заболеваниях кожи истинная причина заболевания болезни пока еще является неясной.

3. При большинстве дерматозов накоплено достаточно сведений о механизмах их развития, что делает обоснованным проведение *патогенетического лечения*, направленного на коррекцию отдельных сторон патологического процесса (например, применение антигистаминных препаратов при крапивнице, обусловленной избытком гистамина в коже).

4. Нередко приходится прибегать к *симптоматической терапии*, направленной на подавление отдельных симптомов болезни при неясности ее этиологии и патогенеза (например, использование охлаждающих примочек при наличии отёка и мокнутия в очагах).

5. В *комплексной терапии* нередко сочетаются этиологические, патогенетические и симптоматические методы лечения. При этом применяются практически все современные методы терапевтического воздействия, которые можно классифицировать следующим

образом:

1. Режим
2. Диета
3. Медикаментозная терапия (общая и местная)
4. Физиотерапия
5. Психотерапия
6. Курортотерапия

В терапии хронических аллергодерматозов у детей необходимо сочетать средства общего воздействия с режимом питания, правильным уходом и рациональным наружным лечением.

В связи с чрезвычайным многообразием этиологических и патогенетических факторов при заболеваниях кожи системная медикаментозная терапия дерматозов включает практически все методы и средства, имеющиеся в арсенале современной клинической медицины: *антимикробные, гипосенсибилизирующие, психотропные и гормональные препараты, витамины, анаболики, иммунокорректоры, биогенные стимуляторы и энтеросорбенты, цитостатики и неспецифические противовоспалительные средства, ферменты, хинолины* и др. (см их в соответствующих руководствах).

### **№18. Принципы наружной терапии дерматозов.**

Местная терапия кожных болезней обычно представляет собой до некоторой степени и общее воздействие на организм. Наступающее под ее влиянием уменьшение, а затем исчезновение неприятных ощущений (зуд, боли, жжение и др.) весьма положительно сказывается на состоянии больных, в том числе на их эмоциональной сфере, что само по себе уже способствует выздоровлению. При этом, естественно, рационально проводимое местное лечение способствует разрешению патологического процесса в коже.

Так же, как общее лечение, местная терапия всегда требует *индивидуального подхода*; следует принимать во внимание индивидуальные свойства кожи, особенно в очагах поражения. Кожа на разных местах тела характеризуется разной чувствительностью. Наиболее чувствительна кожа на лице, шее, половых органах, сгибательных поверхностях конечностей, значительно менее чувствительна - на волосистой стой части головы, подошвах и ладонях. При поражении последних, особенно у людей физического труда, следует учитывать утолщение рогового слоя, которое может препятствовать проникновению лекарств вглубь.

*В начале лечения больных следует осматривать ежедневно* или через 1—2 дня, так как с изменением состояния кожи назначенные лекарственные средства могут стать бесполезными, например в результате привыкания, или даже вредными из-за непереносимости отдельных компонентов, входящих в состав того или иного препарата.

Лекарства, применяемые для местного лечения, следует *вначале наносить на ограниченный участок* и лишь затем, убедившись в его хорошей переносимости, - на всю пораженную кожу.

При лечении многих дерматозов приходится *менять характер местной терапии на разных стадиях их течения*. Это прежде всего касается дерматозов, сопровождающихся воспалительными явлениями, поскольку на каждой стадии болезни требуются различные лекарства и методы их применения.

Одно из основных правил местного лечения при ряде заболеваний кожи, таких как острая, подострая и хроническая обостренная экзема, дерматиты, острые и обострившиеся формы псориаза (прогрессивная стадия) и др., — *«раздражённого не раздражай»*, иными словами, чем острее процесс, тем мягче должна быть терапия. В связи с этим, начиная лечение таких больных, следует применять низкие концентрации лекарственных средств, а затем постепенно повышать их и переходить к более активно действующим препаратам.

В то же время имеются формы и стадии заболеваний кожи, при которых показано *применение сильнодействующих местных лекарственных средств*, например при некоторых инфекционных дерматозах (трихомикозы, чесотка и др.). Раздражающую местную терапию

проводят иногда также при хронической экземе со значительным инфильтратом, ограниченном нейродермите, стационарных формах псориаза и т. д. в целях рассасывания имеющихся инфильтративных высыпаний.

При выборе форм местного применения лекарственных средств всегда нужно *учитывать анамнестические данные о переносимости различных видов и средств местной терапии, степень распространения болезненного процесса и его локализацию, стадию заболевания, характер и глубину воспалительного процесса и др.*

*При острой и подострой форме* воспалительного процесса следует пользоваться, главным образом, лекарственными формами, при которых содержащиеся в них лекарственные средства действуют поверхностно (примочки, взбалтываемые смеси, присыпки и пасты).

*При хронических и глубоких процессах* следует предпочесть лекарственные формы при которых медикаменты оказывают более глубокое действие (мази, компрессы и др.). Однако из этой схемы имеются исключения. Например, кортикостероидные мази можно применять в острой стадии воспалительного процесса, так как действие входящего в них стероида перекрывает «неблагоприятное» влияние мазевой основы.

В обеспечении эффективности местной терапии дерматозов важную роль играют *лекарственная форма и метод применения* назначаемого препарата, при выборе которого следует учитывать характер и локализацию поражения, а также условий жизни больного. Так, например, пасту нельзя накладывать на волосистую часть головы, даже если воспалительный процесс носит острый характер, так как она, склеивая волосы, не позволяет лекарственным веществам, оказывать действие на кожу.

Из лекарственных форм *наиболее поверхностно действуют* присыпки, примочки, взбалтываемые смеси (болтушки), глубже – последовательно: пасты, масла, мази, компрессы, клеи, пластыри, лаки, мыла. Степень действия в глубину зависит также от характера и концентрации тех лекарственных веществ, которые включены в данную лекарственную форму. Например, при включении в любую лекарственную форму димексида резко увеличивается глубина проникновения в кожу лекарственного вещества, 5% салициловый спирт действует гораздо глубже, чем любая индифферентная мазь, а цинковое масло оказывает более поверхностное действие, чем 10% резорциновая паста, и т. п.

В амбулаторной практике следует *избегать применения плохо пахнущих и пачкающих белье мазей, а также повязок, мешающих движениям больного. Приступая к местной терапии, а также в процессе лечения необходимо очистить кожу* - удалить чешуйки, корки, остатки использованных лекарственных веществ. При скоплении на пораженных участках корок, что особенно часто наблюдается на волосистой части головы, можно пользоваться согревающими компрессами с 1-2% салициловым маслом:

Rp.: Ac. salicylici 2,0  
0L. Helianthi ad 100,0  
M.D.S.

При ряде заболеваний кожи нужно очень *осторожно менять повязку с лекарственным веществом, избегать травматизации*, механического раздражения пораженной кожи. При этом не следует срывать плотно сидящие корки.

Важное значение в обеспечении эффективности лечения имеет *правильное применение местных лекарственных средств*. Так, например, при втирании мази в пораженную кожу может наблюдаться эффект, обратный таковому при смазывании этой же мазью.

Не меньшее значение при лечении дерматологических больных имеет правильное наложение повязки, особенно окклюзионной. Хорошо наложенная повязка с мазью прекращает доступ воздуха к пораженной коже, что обуславливает более глубокое действие лекарственных средств, заключенных в мази, а это собственно и является основной целью назначения лекарственных веществ в мазах. Однако следует избегать наложения повязок больным пиодермией кроме ихтиоловых лепёшек. Так повязка, наложенная на гнойнички, сдвигается, трёт кожу и, если она влажная от отделяемого, мацерирует здоровую кожу вокруг и способствует распространению пиодермии.

Всегда *следует помнить о возможности развития у больных интоксикации* при более или менее длительном применении на обширных участках лекарств, содержащих препараты дегтя, ртути, резорцина, пирогаллола,  $\beta$ -нафтола, особенно у маленьких детей. При интоксикации большинством из этих средств прежде всего поражаются почки.

*Некоторые средства, такие как дёготь и антрацен, повышают чувствительность кожи к свету*, поэтому их не рекомендуется применять на открытые участки кожи в весеннее и летнее время. В других же случаях именно это свойство ряда медикаментов оказывается полезным. Это касается в первую очередь местного применения фотосенсибилизаторов при лечении больных, страдающих зимней формой псориаза и витилиго.

Лекарственные средства *могут явиться причиной развития контактного дерматита*, обычно аллергического генеза, например, дерматита от антибиотиков, спиртового раствора йода, псориазина, дёгтя и др.

В очень редких случаях *на месте годами применяемых препаратов дёгтя развивается рак кожи*.

### **№19. Принципы наружной терапии дерматозов у детей** (см. также № 18).

Кожа детей чрезвычайно нежна и чувствительна к экзогенным факторам, поэтому особое внимание уделяется характеру проявлений дерматоза (острый, подострый, хронический), распространению локализации очагов поражения, лекарственной форме наружного средства, методу его применения и концентрации включаемых фармакологических препаратов.

Общим правилом является поэтапное проведение наружной терапии с учетом выраженности воспалительной реакции, глубины ее.

Принцип «раздражённого не раздражай» особенно учитывается у детей с экзематозными и буллезными поражениями. Чем острее воспалительный процесс, тем более щадящей должна быть наружная терапия и тем более поверхностным действием должны отличаться фармакологический препарат и лекарственная форма.

### **№20. Принципы наружной терапии пиодермий:**

При лечении пиодермитов применяют следующие принципы лечения:

1. Эвакуация гноя и гнойных корок;
2. Туалет окружающей здоровой кожи дезинфицирующими спиртовыми растворами;
3. Местное антимикробное лечение (анилиновые красители на спирту, дезинфицирующие мази, пасты с антибиотиками.и др.).

### **№21. Выписывание и применение средств наружной терапии дерматозов.**

Наружное лечение назначается в сочетании с рациональной диетой и общей медикаментозной терапией в зависимости от стадии патологического процесса на коже, формы заболевания, общих свойств кожи и индивидуальной переносимости.

Лекарственные формы наружной терапии в детской практике столь же разнообразны, как и у взрослых.

**ПРИМОЧКИ** – жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения в дистиллированной воде твёрдого или жидкого лекарственного вещества (Acidiboricі 4,0 , Aq. destil. ad 200,0. M.D.S.).

Способ применения: 5-6 слоев марли смачивают в охлажденном растворе, слегка отжимают и накладывают на мокнущий участок кожи на 15-20 минут в течение двух часов, затем два часа перерыв и так 4-5 раза в день.

Для примочек применяют: резорцин 1- 2% , танин 2% , борная кислота 2-3%, азотнокислое серебро – (ляпис) 0,1 - 0,25% , марганец (0,05%) в пределах 1:5000-10000, фурацилин 0,02%, риванол 0,1- 0,05%, свинцовая вода 0,5% и др.

**ПРИСЫПКИ**- это смесь порошкообразных веществ (обычно 2/3 минерального и 1/3 растительного происхождения), наносимая на очаги поражения тонким слоем.

Присыпки обладают защитным, гигроскопическим, охлаждающим действием. Присыпки показаны при островоспалительных, без мокнутия состояниях кожи, наличие гиперемии, отечности, при ощущениях жара, жжения, зуда.

Для присыпок применяют: димедрол и анестезин до 5%, ментол 1-2%, тимол 0,5-1%, уротропин 10%, нафталан и ихтиол до 3%, танин до 50% и др.

Индифферентная присыпка (без лекарственного действия):

Rp.:Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrificiana 30,0

M.D.S. Припудривать очаги поражения 5 – 6 раз в день.

#

Не индифферентная присыпка (с лекарственным действием):

Rp.: Mentholi 0,3

Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrifici ana 10,0

M.D.S. Припудривать очаги поражения 5 – 6 раз в день.

**БОЛТУШКИ** – взбалтываемые микстуры представляют собой смесь масла, воды или водно – спиртового раствора с порошкообразными веществами в соотношении 30 – 45% порошков и 55 - 70% жидкой основы (воды или масла).

Водная болтушка (индифферентная):

Rp.:Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrifici ana 10,0

Aq. destil. ad 100,0

M.D.S.

#

Масляная болтушка (индифферентная):

Rp.:Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrifici ana 30,0

Ol.Helyanthiad 300,0

M.D.S.

#

Водная неиндифферентная болтушка:

Rp.:Mentholi 3,0

Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrifici ana 10,0

Aq. destil. ad 100,0

M.D.S. Перед применением взболтать и наносить на очаги поражения 3 раза в день.

**ПАСТА** – равная смесь порошкообразных веществ с жиром или жироподобным веществом (соотношение 1:1).

Индифферентная паста – (цинковая):

Rp.:Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrificiana 10,0

Vaselini 30,0  
M.f. pasta

D.S.

#

Не индифферентная паста:

Rp.:Laevomycetini 6,0

Zincioxydi

Talciveneti

Amylitrifici ana 20,0

Vaselini 60,0

M.f. pasta

D.S. Наносить шпателем тонким слоем на очаг поражения 1 раз в день. Снимать ватным тампоном, смоченным в растительном масле.

**МАЗИ** представляют собой соединение действующего лекарственного вещества с жировой основой (вазелин, ланолин).

Кератопластические - восстанавливающие роговой слой, одновременно оказывают противовоспалительное, противозудное, дезинфицирующее действие. В них содержится до 5-10% ихтиол, сера или препараты дегтя, нафталан (при большем %-ом содержании эти мази обладают литическим действием).

Кератопластическая мазь:

Rp.:Acidisalicylici 1,0

Vaselini ad 50,0

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

#

Кератолитические – растворяющие или отшелушивающие роговой слой. К ним относятся: салициловая, бензойная, карболовая, молочная и резорцин при концентрации свыше 2% (до 2% - кератопластические).

Кератолитическая мазь:

Rp.:Acidisalicylici 5,0

Vaselini ad 50,0

M.f. ung.

D.S.

**КРЕМЫ**- лекарственная форма наружного применения, содержащая 1/3 воды и 2/3 жира. После испарения воды кремы действуют как мазь. Обладают охлаждающим, следовательно, противовоспалительным и противозудным действием, хорошо смягчают кожу.

Кремы действуют нежнее мазей, не нарушают перспирацию кожи и лучше переносятся. Детям вазелин, раздражающий кожу, заменяют на подсолнечное масло.

*Классическая пропись – крем Унны :*

Rp.:Lanolini

Vaselini

Aq. destill. ana 10,0

M.f. ung.

D. S. Смазывать кожу.

Кремы применяются при хроническом воспалении в переходном периоде от подострого.

## **№22. Дезинфекция обуви и носков при микозах стоп**

(методика В.М. Лещенко, 2009)

Следует протереть внутреннюю поверхность обуви тампоном (ветошью), смоченным

25% раствором формалина (или 40% раствором уксусной кислоты, или 1%-ым раствором хлоргексидинабиглюконата). Потом упаковывают обувь в полиэтиленовый пакет на 2-3 часа затем проветрить 10–12 часов до высыхания (полного исчезновения запаха).

Носки следует кипятить со стиральным порошком в течение 10-20 мин 1 раз в 5-7 дней.

### **№23. Составление амбулаторной карты кожного и вен.б-го(форма № 25)**

Паспортная часть карты оформляется в регистратуре КВД после предъявления больным паспорта и медицинской страховки с обязательным заполнением всех граф (фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, место работы, профессия, должность). Записывают общие сведения анамнеза: — перенесенные в прошлом заболевания, данные о наследственности.

Затем отмечают: дату посещения, жалобы больного, объективные данные, течение заболевания, выставляется диагноз, составляется план обследования и записываются назначения.

Диагноз (после уточнения) выносится в лист записи заключительных диагнозов с обязательным указанием даты: «впервые» - со знаком ( + ), «повторно» - со знаком (—) и наличием разборчивой подписи врача.

Если больной повторно обращается на прием, то запись ведется как краткий дневник заболевания, в котором должна отражаться динамика процесса и изменения терапии.

### **№24. Методика обследования кожного больного.**

В клинике кожных болезней методика обследования больного имеет некоторые особенности.

Заполнив паспортную часть истории болезни, следует выяснить жалобы больного:

- 1) со стороны общего состояния могут быть — общая слабость, чувство разбитости, быстрая утомляемость, плохое самочувствие;
- 2) со стороны кожи — ощущение жара, жжения, зуда, парестезии, их стойкость, локализация, время появления и наибольшей интенсивности — днем и ночью;
- 3) после записи жалоб больного, связанных с основным заболеванием, указывают на др. органы и системы.

Далее необходимо выяснить давность заболевания, первичную локализацию процесса, склонность дерматоза к рецидивам, их причины. Если это заболевание является повторным, то следует выяснить проводившиеся ранее лабораторные или специальные исследования, а также выяснить характер проводимого ранее лечения и его эффективность.

Для постановки правильного диагноза при многих дерматозах имеет значение установление факта сезонности заболевания. Иногда важно знать, где проживал больной раньше.

Далее собирают сведения о ранее перенесенных заболеваниях, акцентируя внимание и аллергических болезнях, туберкулезе, болезни Боткина, операциях, перенесенных травмах, контузиях и т.д., которые могут привести к ослаблению защитных сил организма. Могут быть полезными сведения о состоянии здоровья жены (мужа) и детей (семейный анамнез), особенно при решении вопроса о роли наследственных факторов или заразительности болезни.

Зависимость заболеваний кожи от поражения внутренних органов у отдельных больных диктует необходимость изучения состояния висцеральных органов, костно-суставного аппарата, лимфатических узлов и т.д.

Таким образом, исследование общего статуса дерматологического больного проводится по плану обследования терапевтического больного.

Закончив клиническое изучение внутренних органов и НС, приступают к осмотру всего кожного покрова и видимых слизистых.

Важным моментом является соблюдение следующих условий осмотра:

1. Температура помещения не должна быть ниже +18÷20 С.



2. Осмотр больного проводить при дневном рассеянном свете (избегать падающих на кожу больного солнечных лучей).

3. При осмотре пациента врач должен располагаться спиной к источнику естественного света. Осматривать следует весь кожный покров и видимые слизистые оболочки, независимо от локализации очагов поражения.

4. В очагах поражения начинать осмотр и описание с первичных морфологических элементов, а затем вторичных высыпаний кожи.

При описании нормальных участков кожи следует учитывать:

1. Цвет (телесный с матовым оттенком, бледный, синюшный, желтушный, землистый, цвета загара).
2. Тургор и эластичность (снижен, повышен, сохранен).
3. Влажность (умеренно-влажная, влажная, сухая).
4. Рисунок и рельеф кожи (сглаженность, усиление кожных бороздок).

Необходимо обратить внимание на характер салоотделения (сухая, жирная кожа), на следы ранее перенесенных болезней кожи (пигментные пятна, рубцы, рубцовая атрофия), на состояние придатков кожи. Осматривают волосы (густота, цвет, ломкость, выпадение и т. д.), ногти (окраска, блеск, исчерченность, утолщение), невусы (пигментные, сосудистые, гипертрофические, линейные и др.)

## **№25. Написание дерматологического статуса.**

Необходимо обратить внимание на локализацию сыпи: область максимального высыпания, его излюбленные места расположения. Устанавливается после этого распространенность сыпи: она может быть очаговой, поражая какой-либо один или несколько участков кожи, или же диссеминированной с вовлечением всего кожного покрова. Высыпания могут быть универсальными, иногда принимая характер эритродермии.

Необходимо также определить симметричность очагов поражения. Если очаг поражения располагается на обеих половинах тела (например, на кистях, стопах, ягодицах, по обеим сторонам условно проведенной срединной линии по телу человека), то такая сыпь называется симметричной; если же локализуется на каком-либо участке кожи строго на одной стороне — асимметричной.

Границы поражения в одних случаях могут быть четкими, резко очерченными, а в других — расплывчатыми, неясными, нечеткими.

Затем переходят к характеристике свойств первичных элементов кожи.

Устанавливается величина (в мм или см); цвет (красный, бурый, синюшный, опаловый и др.); очертания (правильные, округлые, овальные, полигональные); форма (характеризуют папулы, бугорки, узлы, пузыри, пустулы; плоская, коническая, полушаровидная, западающая в центре, чечевицеобразная); характер поверхности (гладкая, эрозивная, язвенная, бородавчатая); периферический рост (отсутствует, имеется); динамика развития (исчезает бесследно, оставляет рубцы, рубцовую атрофию). Окружающая кожа (не изменена, гиперемирована, пигментирована и др.).

Проводится описание вторичных элементов сыпи (корки — серозные, гнойные, геморрагические; рубцы — втянутые, плоские, гипертрофические и др.); чешуйки — муковидные, отрубевидные, пластинчатые (мелко- и крупнопластинчатые), листовидные; вторичные пятна — пигментированные и депигментированные; лихенификация; вегетация.

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 описывается клиническая картина поражения придатков кожи — волос, ногтей и, наконец, слизистых оболочек

## **№26. Исследование клинического материала у мужчин и женщин на гонококки Нейссераи**

## **вагинальные трихомонады.**

Успешное выявление *N. gonorrhoeae* зависит от тщательности забора клинического материала, пола, видов сексуальных контактов пациентов и выраженности клинических проявлений.

### ***При обследовании на гонорею.***

Взятие клинического материала у **мужчин** осуществляется:

- для *микроскопического исследования*: из уретры, из нижнего отдела прямой кишки и ротоглотки;

- для *культурального исследования*: из уретры, со слизистой оболочки конъюнктивы глаз, нижнего отдела прямой кишки и ротоглотки.

Секрет простаты исследуется при наличии показаний.

Взятие клинического материала у **женщин** для микробиологической диагностики гонореи осуществляется:

- для *микроскопического исследования*: из уретры, цервикального канала, нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки; из боковых сводов влагалища, больших вестибулярных и парауретральных желёз – по показаниям;

- для *культурального исследования*: из уретры, цервикального канала, нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки и со слизистой оболочки конъюнктивы глаз; влагалища и больших парауретральных желёз – по показаниям.

Бактериологическое исследование на гонорею является «Золотым стандартом» идентификации гонококков, т.к. оно обладает высокой специфичностью и возможностью определения чувствительности к антимикробным препаратам. Это обязательное исследование при диагностике орофарингеальной, ректальной, диссеминированной или бессимптомной гонореи у обоих полов. Посев производят на асцит-агар или безасцитные питательные среды, но не ранее чем через 5-7 дней после приёма антибактериальных препаратов.

У девочек (до наступления менархе) и женщин (в менопаузе) проводятся микроскопические и культуральные исследования, но диагноз гонореи устанавливается на основании культурального исследования (роста гонококка с определением его ферментативных свойств).

Микробиологическая диагностика гонореи проводится до лечения, затем через 2 и 14 дней после лечения (дальнейшие исследования по показаниям).

При обследовании на гонорею возможно использование реакции прямой иммунофлюоресценции (РИФ), полимеразной цепной реакции (ПЦР), РСК (реакции Борде-Жангу), реакции определения гонококкового антигена, внутрикожной пробы с гоновакциной, а также для экспресс-диагностики гонореи иммунохимического метода встречного электроиммунофореза.

### ***При обследовании на трихомониаз.***

Диагностика урогенитального трихомониаза основана на выявлении клинических признаков заболевания и обнаружении в исследуемом материале *Tr. vaginalis*.

Лабораторная диагностика трихомониаза включает четыре возможных лабораторных метода: микроскопический (определение трихомонад в нативном препарате и окрашивание препарата метиленовым синим (раствором бриллиантовой зелени), культуральный (среда ЦНИКВИ МЗ РФ), иммунологический (ИФА, РИФ, РПГА), генодиагностический (ПЦР). Иммунологические методы исследования в сыворотке крови и секрете половых органов не используются в качестве основного диагностического теста.

Очаги для исследования у женщин: влагалище, уретра, протоки парауретральных и бартолиновых желёз, цервикс; у мужчин - уретра, простата, семенные пузырьки.

## **№27. Взятие материала у мужчин и женщин при исследовании на гонококки Нейссера и вагинальные трихомонады**

У женщин материал берут из канала шейки матки, вагины, прямой кишки,

мочеиспускательного канала и ротоглотки.

У гетеросексуальных мужчин первичными очагами могут быть мочеиспускательный канал и глотка, а у гомосексуалистов, кроме этого, еще и прямая кишка.

У пациентов с клинической картиной диссеминированной гонококковой инфекции кровь, мочеиспускательный канал, шеечный канал, глотка, кожные высыпания, суставная жидкость и прямая кишка являются потенциальными местами для исследования.

При офтальмии новорожденных материал для исследования берут из конъюнктивального мешка.

Клинический материал (выделения) набирают стерильными платиновыми петлями, пластиковыми, дакроновыми или вискозными зондами.

Для облегчения взятия материала вагинальное зеркало можно окунуть лишь в тёплую воду или в 0,9% раствор натрия хлорида, не используя при этом никаких смазок.

Набор материала с целью диагностики гонореи и трихомониаза лучше производить утром до мочеиспускания или после 3-х часовой задержки мочеиспускания. При обследовании на трихомониаз за 5 – 7 дней до исследования не должны принимать протистцидные средства и какие-либо местные процедуры.

У мужчин первую, свободно стекающую из уретры каплю удаляют марлевой салфеткой. Затем набирают отделяемое из уретры и делают два тонких мазка на двух предметных стёклах (на одном стекле мазок для окраски метиленовой синью или бриллиановой зеленью, на другом — по Граму). Если нет выделений из уретры, то производится соскоб со слизистой уретры стерильным желобоватым зондом на глубине 2 - 3 см, осторожно поворачивают его или предварительно делают мягкий массаж уретры по направлению к её наружному отверстию.

После взятия клинического материала у мужчин проводят 2-х стаканную пробу Томпсона.

У женщин выполняют массаж мочеиспускательного канала по передней стенке влагалища в направлении изнутри наружу. Для взятия материала из шейки матки пользуют вагинальные зеркала. После удаления слизистой пробки зонд (или бранши пинцета) вводят на 1-2 см в шеечный канал и проводят осторожные вращательные движения в течение 10 с, пока материал не абсорбируется.

Далее берут ватным тампоном из заднего свода влагалища нативный материал в пробирку для исследования на трихомонады.

Для взятия материала из прямой кишки зонд вводят на 4-5 см в анальный канал и осторожно водят им из стороны в сторону для забора содержимого анальных крипт; чтобы предотвратить контаминацию фекалиями, зонд вынимают из ануса без вращения.

Орофарингеальный материал берут из миндалин, мягкого нёба и задней стенки глотки.

Выделения из конъюнктивы берут зондом из нижнего века.

Из каждого места приготавливают по 2 мазка — одно для окраски метиленовой синью, другое — по Граму.

## **№28. Взятие мазков у девочек для исследования на гонококки.**

Перед взятием для исследования отделяемого из мочеиспускательного канала девочке не следует в течение суток проводить гигиенические подмывания и за 3 часа до исследования не рекомендуется мочиться.

Желобоватым зондом с намотанным на его конец ватным стерильным тампоном, без усилия осторожно введенным во влагалище через гименальное отверстие, выдавливается отделяемое из мочеиспускательного канала и из него готовят мазок в виде буквы «U». Затем другим желобоватым зондом или ушной ложечкой берут отделяемое из глубины влагалища и готовят мазок в виде буквы «V».

В приказе МЗ РФ № 415 от 20 авг. 2003 г "Об утверждении протокола ведения больных "ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ" рекомендовано: "Девственницам проводится вагиноскопия, а получение клинического материала производится петлёй или микротампоном

из задней ямки преддверия влагалища непосредственно за девственной плевой".

Материалом для исследования прямой кишки являются промывные воды, из которых вылавливают хлопья и делают мазки на 2 предметных стекла в виде буквы «R», высушивают и отправляют в лабораторию.

### **№29. Методика телесного осмотра венерического больного – ребёнка.**

Телесный осмотр венерического больного – ребёнка проводят в присутствии родителей, близких родственников или воспитателя/

Обращают внимание на локализацию сыпи: область максимального высыпания, его излюбленные места расположения, распространенность сыпи: она может быть очаговой, поражая какой-либо один или несколько участков кожи, или же диссеминированной с вовлечением кожного покрова и слизистых оболочек.

Определяют симметричность очагов поражения, их границы и характеристику первичных элементов сыпи: величина (в мм или см); цвет (красный, бурый, синюшный, опаловый и др.); очертания (правильные, округлые, овальные, полигональные), форма (плоская, коническая, полушаровидная, западающая в центре, чечевицеобразная); характер поверхности (гладкая, эрозивная, язвенная, бородавчатая); периферический рост (отсутствует, имеется).

Необходимо описать вторичные элементы сыпи: корки, рубцы, вторичные пятна — пигментированные и депигментированные.

При этом в первую очередь описывается основной очаг поражения независимо от локализации.

Затем описывается клиническая картина поражения придатков кожи — волос, ногтей и, наконец, слизистых оболочек.

---

### **№30. Забор материала на бледную трепонему.**

Забор материала для исследования производится в основном с поверхности эрозий, язв либо эрозированных папул.

Предварительно с их поверхности необходимо удалить с помощью тампона с физиологическим раствором различные загрязнения и применявшиеся ранее наружные лекарственные средства. Затем исследуемая просушивается марлей, инфильтрат захватывается двумя пальцами левой руки (в резиновой перчатке) и слегка сдавливается с боков, а эрозия осторожно «поглаживается» платиновой петлей до появления тканевой жидкости, но без крови.

Капля полученного отделяемого переносится стерильной петлей на тонкое, предварительно обезжиренное предметное стекло, смешивается с таким же количеством тёплого физиологического раствора и покрывается тонким покровным стеклом. Приготовленный препарат микроскопируют в темном поле.

Из немацерированных высыпных элементов материал для исследования на бледную трепонему получают методом скарификации при помощи скальпеля. Однако, из-за значительной примеси крови к тканевой жидкости, что затрудняет нахождение бледных трепонем, этот метод не получил широкого распространения.

При зажившем твердом шанкре или его отсутствии для нахождения бледных трепонем может быть рекомендована пункция лимфатического узла (чаще пахового). Для этого пользуются шприцем с плотно пригнанным поршнем и иглой со слегка затупленным концом. Место прокола обрабатывают спиртом и 3% спиртовым раствором йода. Лимфатический узел фиксируют между первым и вторым пальцами левой руки. Правой рукой иглу вкалывают в лимфатический узел; не вынимая иглы, левой рукой слегка массируют лимфатический узел. Затем иглу медленно извлекают из лимфатического узла, производя аспирирующие движения поршнем шприца, и, в заключение, содержимое шприца переносят на предметное стекло для исследования в «тёмном поле зрения»

---

### **№31. Современные принципы лечения больных сифилисом.**

Принципы лечения больных сифилисом:

- лечение больных сифилисом осуществляется в соответствии с действующими метод.рекомендациями,
- специфическое лечение назначается после установления диагноза на основании клинических проявлений, обнаружения возбудителя заболевания и результатов серологического обследования (РСК, МРП, РПГА, ИФА, РИБТ),
- рекомендуется начинать лечение возможно в более ранние сроки (при ранних активных формах сифилиса - в первые 24 часа), поскольку «чем раньше начато лечение, тем благоприятнее прогноз и эффективнее его результаты»,
- в качестве основного средства лечения сифилиса используются различные препараты пенициллина. Пенициллин остается препаратом выбора в терапии сифилиса, - дифференцированное назначение различных препаратов пенициллина (дюрантных, средней дюрантности и растворимого) в зависимости от стадии заболевания,
- противопоказанием к применению препаратов пенициллина для лечения сифилиса может служить их индивидуальная непереносимость. До начала лечения следует выяснить переносимость препаратов пенициллина, сделать запись об этом в истории болезни,
- в случаях, когда имеются анамнестические указания на непереносимость пенициллина, рекомендуется подобрать для пациента альтернативный (резервный) метод лечения,
- перед первой инъекцией пенициллина и перед инъекцией дюрантных препаратов назначается таблетка из антигистаминных,
- при лечении больного сифилисом и проведении превентивной терапии необходимо исследование КСР (МРП) до и после лечения.
- на случай возникновения шоковой аллергической реакции на пенициллин в процедурном кабинете необходимо иметь противошоковую аптечку.

#### **Виды лечения:**

1. Специфическое лечение больных сифилисом с установленным и подтвержденным диагнозом. Препараты для лечения больных сифилисом называются противосифилитическими.
2. Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в тесном бытовом или половом контакте с больными ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 мес.
3. Профилактическое лечение для профилактики врожденного сифилиса проводится по показаниям беременным, болеющим или болевшим сифилисом, и детям, рожденным такими женщинами.
4. Пробное лечение (exjuvantibus) может быть назначено при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, НС, органов чувств, опорно-двигательного аппарата и т.п., когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить наличие сифилитической инфекции.
5. Дополнительное лечение проводится при серорезистентности.

### **№32. Методика 2-х моментного в\м введения лекарственных препаратов.**

Суспензии - бициллины, прокаин - бензилпенициллин, новокаиновая соль пенициллина, экстенциллин и ретарпен - должны вводиться строго двухмоментно, чтобы избежать попадания в кровеносный сосуд, что может привести к микроэмболии сосудов мозга и легких.

Больному в положении лёжа в верхнее - наружный квадрант ягодицы вводят в\м глубоко «толстую» (диаметром 0,8 мм) иглу шприца и выжидают 20 секунд, не появится ли кровь в канюле. Затем при отсутствии крови присоединяют шприц и медленно вводят суспензию.

### №33. Обработка рук и инструментов при работе в вен.отделении.

Руки протирают ватным шариком, смоченным 70% этиловым спиртом, 1% р-ром хлоргексидина или хлорамина, в течение 2 минут, затем моют теплой водой с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем (сменяемым ежедневно) или одноразовой салфеткой.

Перчатки после использования обеззараживаются в 6% р-ре перекиси водорода или 1% антисептическом р-ре «Део-Бактер» в течение 1 часа, затем промывают под проточной водой и утилизируют.

Использованные инструменты промывают в 6% р-ре перекиси водорода или в 1%-ом р-ре «Део-Бактер» и затем для дезинфекции на 1 час помещают в другую ёмкость с таким же р-ром. Далее моют щёткой в проточной воде, складывают в стерилизатор и отправляют в ЦСО (централизованное стерилизационное отделение).

Использованные одноразовые пелёнки и ватные шарики замачивают на 1 час в указанных антисептических р-рах, отжимаются и утилизируются.

### №34. Излеченность больных сифилисом.

В качестве излеченности сифилиса следует учитывать:

1. Полноценность проведенного лечения и его соответствие действующим рекомендациям.
2. Данные клинического обследования (осмотр кожных покровов и слизистых, при показаниях – состояние внутренних органов и НС).
3. Результаты лабораторного (серологического, при показаниях – ликворологического) исследования.

### №35. Излеченность больных гонореей и трихомонозом.

*Излеченность гонореи* устанавливается с помощью клинического, бактериоскопического и бактериологического исследований. Однако отсутствие выделений и исчезновение гонококков с поверхности слизистых оболочек уrogenитального тракта не всегда говорит о выздоровлении, т.к. гонококки могут длительно сохранять свою жизнеспособность и вирулентность в осумкованных очагах инфекции.

*Из Протокола ведения больных «Гонококковая инфекция» от 2003 г.:*

- критериями излеченности гонореи являются: отсутствие субъективных и объективных симптомов заболевания, отрицательные результаты микроскопического и культурального исследований.
- Установление клинико-микробиологических критериев излеченности гонореи проводится всем через 2 и 14 дней после окончания лечения.
- При установленном источнике инфицирования и отрицательных результатах обследования на гонорею пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

При *установлении критериев излеченности трихомоноза* необходимо различать этиологическое и клиническое выздоровление.

Под этиологическим выздоровлением подразумевают стойкое исчезновение *T. vaginalis* из мочеполовых путей пациента после проведенной терапии, подтвержденное при микроскопическом исследовании, а также культуральным методом и ПЦР.

После окончания лечения на 7-10 сут у мужчин проводят пальпаторное исследование предстательной железы и семенных пузырьков, производят микроскопическое исследование секрета. Спустя 12-14 сут после окончания терапии осуществляют провокацию (алиментарную, местную, медикаментозную или комбинированную). В том случае, если после провокации в отделяемом секрете или соскобе со слизистой оболочке уретры и в первой порции свежесобранной мочи трихомонады не обнаружены, а также отсутствуют симптомы уретрита (простатита), больному рекомендуют через месяц произвести повторное микроскопическое исследование, уретроскопию и при необходимости — повторную провокацию.

Первые контрольные исследования у женщин проводят через 7-8 сут после окончания антитрихомонадного лечения. В дальнейшем обследование проводят в течение трех менструальных циклов. Лабораторный контроль осуществляют непосредственно перед менструацией или через 1-2 дня после ее окончания. Материал для исследования следует брать из всех возможных очагов поражения.

Больных считают этиологически излеченными, когда после окончания комплексного лечения при неоднократных повторных обследованиях не удаётся обнаружить трихомонады в течение 1-2 мес у мужчин и 2-3 мес у женщин.

### **№36. Провокации при обследовании на гонорею.**

По предшествующим методическим рекомендациям МЗ РФ "Лечение и профилактика гонореи от 23.12.1993 г ": «ввиду трудности обнаружения ГН при бактериоскопическом исследовании выделений применяются различные виды провокаций, основанные на раздражении тканей с целью выявления инфекции в скрытых очагах».

*Биологическая* - взрослым однократно вводят 500 млн. микробных тел. Если гоновакцина применялась во время лечения, для провокации назначают двойную последнюю терапевтическую дозу, но не более 2 млрд. микробных тел. Детям до 3 лет гоновакцину не применяют, а более старшим вводят 100-200 млрд. микробных тел.

При отсутствии гоновакцины вводят пирогенал 25 мкг.

Для усиления провокации взрослым можно применить гоновакцину одновременно с пирогеналом в одном шприце (500 млн. микробных тел гоновакцины и 20 мкг пирогенала).

Женщинам в условиях стационара можно одновременно ввести гоновакцину регионарно в подслизистый слой шейки матки и уретры (по 100 млн. микробных тел в каждый очаг).

*Химическая* - женщинам производят смазывание уретры 1% и цервикального канала 5% р-ром азотнокислого серебра, прямую кишку смазывают р-ром Люголя на глицерине. При отсутствии азотнокислого серебра используют р-р Люголя на глицерине для обработки всех очагов.

У мужчин применяется инстиляция в уретру 0,5% р-ра нитрата серебра.

Девочкам с целью провокации вводят во влагалище через резиновый катетер 3-5 мл р-ра Люголя или 0,5-1% р-р азотнокислого серебра, мочеиспускательный канал и прямую кишку обрабатывают р-ром Люголя на глицерине.

*Механическая* - женщинам проводят наложение металлического колпачка на шейку матки, через 24 часа берут из колпачка материал для исследования.

У мужчин вводят прямой буж в уретру на 10 мин или делают переднюю уретроскопию.

*Алиментарная* - рекомендуют употребление соленой или острой пищи за 24 часа до лабораторного исследования.

*Термическая* - женщинам назначают диатермию с абдоминально-сакральным расположением электродов в течение 3 дней: по 30-40-50 мин или индуктотермию также 3 дня по 10-15-20 мин. Через один час после каждого прогревания производят забор отделяемого для исследования.

*Физиологическая* - после начала менструаций на 2-3 день, когда в результате усиленного прилива крови к тазовым органам создаются благоприятные условия для активизации воспалительного процесса, производят забор материала на мазки и посев.

Во время менструаций другие виды провокаций производить нельзя. Для большей эффективности применяли комбинированную провокацию, сочетая чаще всего химический и алиментарный методы с одновременным введением гоновакцины.

После комбинированной провокации с использованием химического воздействия бактериологическое исследование (посев) производят через 48 или 72 часа, при проведении только биологической провокации посев делают не позднее 24 часов.

По Протоколу ведения больных «Гонококковая инфекция» от 2004 г: «Контролируемые исследования не подтверждают целесообразность применения провокаций

для повышения эффективности диагностики гонококковой инфекции». Последнее, по-видимому, рекомендовано в связи с применяемыми высоко эффективными антибиотиками.

### **№37. Лекарственная терапия при анафилактическом шоке.**

1. Адреналин: ввести п\к 0,5 мл 0,1% р-ра в место введения или в\в капельно 1 мл 0,1% р-ра адреналина.

Если АД остается низким, через 10-15 мин введение адреналина повторяют.

2. Преднизолон в\в 75-150 мг и более (или дексаметазон 4-20 мг в\в, гидрокортизон 150-300 мг в\в). При невозможности ввести указанные стероиды в\в, их вводят в\м.
3. Антигистаминные: - пипольфен 2-4 мл 2,5% р-ра п\к или  
- супрастин 2-4 мл 2% р-ра в\м, или  
- димедрол 5мл 1% р-ра в\м.
4. Эуфиллин: вводят в\в при асфиксии и удушье 10-20 мл 2,4% р-ра (п\к не вводить, т.к. вызывает раздражение тканей).
5. Если аллергическая реакция развилась на введение Пенициллина, вводят в\м 1 млн ЕД Пенициллиназы в 2 мл физ. р-ра.  
Препарат после введения оказывает быстрый эффект и долго (до 4 суток) сохраняется в организме, оказывая инактивирующее действие.
6. Кордиамин: 1,0 п\к или в\м (стимулирует ЦНС, возбуждает дыхательный и сосудодвигательный центры).

### **№38. Правила ухода за детьми с хроническими аллергодерматозами.**

Аллергические реакции у детей чаще всего связаны с пищевыми факторами: в грудном возрасте казеиноген грудного или коровьего молока, у более старших детей яйца, цитрусовые, шоколад, клубника, мед и другие пищевые вещества могут обусловить развитие аллергических реакций.

Следует подчеркнуть, что детям грудного возраста важно как можно раньше вводить в рацион овощные отвары, соки (морковный, свекольный), постепенно заменять грудное молоко кислым коровьим (кефир, ацидофилин, творог).

Из питания детей старшего возраста необходимо исключить продукты, которые вызывают или обостряют аллергические реакции. В период беременности женщины, особенно предрасположенные к аллергическим заболеваниям, не должны употреблять большое количество натурального коровьего молока (заменив его кисломолочными продуктами), яиц, меда, цитрусовых, шоколад, экстрактивные вещества. Важно, чтобы беременности у таких женщин предшествовала длительная ремиссия после полного устранения имевшихся у них проявлений аллергии, санация возможных очагов фокальной инфекции, дегельминтизация. Последние мероприятия необходимо проводить и у детей.

Важно предупреждение физических, механических и химических раздражений кожи грубой одеждой, трением, загрязнением, средствами для очистки кожи; нужно избегать трения в складках кожи, их мацерации.

По возможности следует устранять влияние неблагоприятных климатических факторов, к которым относятся яркое солнце, жара, сильный ветер, снежная пурга, сырость и др., т.е. всего того, что способствует перегреванию или охлаждению ребенка.

В неострой стадии процесса, особенно в период ремиссии, показано возможно длительное пребывание детей на юге (не во влажной местности): на Южном берегу Крыма, Каспийском море.

В период ремиссии показаны морские купания в сочетании с рациональной гелиотерапией, сероводородные или радоновые ванны, пребывание в высокогорной местности (более 1200 м над уровнем моря).



При аллергическом дерматите, экземе, нейродерматозах и других аллергических заболеваниях следует предупреждать контакт детей с ингаляционными аллергенами (домашняя пыль, пух, перо из подушек, волосы, плесневые грибы, пыльца растений и т.д.), избегать соприкосновения с шерстяными тканями (платье, одеяло), мехом и меховыми изделиями (особенно окрашенными), синтетическими материалами, красками, некоторыми медикаментами и растениями. Важно по возможности раньше обнаружить и затем устранить те аллергены (помимо алиментарных), которые обостряют течение хронического аллергического дерматоза и, возможно, являются причиной его возникновения. Для полного исключения контакта с бытовыми аллергенами иногда целесообразна перемена места жительства.

В связи с тем, что дети, больные экземой, в острой стадии не переносят мыло и даже воду, но в то же время нуждаются в гигиенических ваннах, рекомендуются лечебные ванны без мыла - с марганцовокислым калием, отрубями, крахмалом, с отварами растений - череды, дубовой коры, тысячелистника, зверобоя, шалфея, с *Zincisulfurici* (5 г на полведра воды) или *Cuprisulfurici* (10 г на одну ванночку, т. е. на полведра воды). В дальнейшем, в стадии ремиссии, используется только детское мыло.

Так как в результате зуда и эксфолиации у детей, страдающих аллергическими дерматозами, имеются множественные входные ворота для вторичной инфекции и к тому же снижена иммунобиологическая сопротивляемость организма, необходимо соблюдение абсолютной чистоты. Дети, больные хроническими аллергическими дерматозами, не должны общаться с больными инфекционными процессами кожи (пиодермией) и детьми с кожными реакциями на прививки (вакциной). Ухаживающих за детьми лиц следует тщательно проинструктировать о необходимости соблюдения перечисленных правил.

В неостром периоде заболевания целесообразно рациональное пребывание на свежем воздухе, закаливание организма, устранение перегревания в результате чрезмерного укутывания. При этом, естественно, нельзя допускать охлаждения ребенка. У детей необходимо воспитывать общегигиенические навыки, утром чистить зубы детским зубным порошком. Крупные складки кожи присыпаются присыпками «Детская». Для мытья волос и кожи используются шампунь «Бэби» или «Детский», не раздражающие конъюнктиву глаз.

В остром периоде аллергического дерматоза недопустимо проведение вакцинаций. Профилактические прививки против инфекционных заболеваний целесообразно делать только после наступления ремиссии. Упорядочение календаря прививок, четкое соблюдение показаний и противопоказаний к ним способствуют снижению аллергических реакций у детей.

### **№39. Общие принципы диететики детей с аллергодерматозами.**

Рациональное лечение многих хронических аллергических кожных заболеваний у детей возможно только при условии правильного режима питания с введением необходимых пищевых продуктов, обеспечивающих физиологические потребности растущего детского организма и повышающих его иммуногенез.

Основными составными частями пищи являются белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины, микроэлементы и вода в необходимом количестве и правильном соотношении. Основным источником энергии в детском организме являются углеводы. Они быстро усваиваются и способствуют использованию жиров и белков. Жиры составляют важную структурную часть многих тканей. Вместе с белками они образуют комплексные соединения, необходимые для выполнения физиологических функций и участвуют в обмене углеводов, аминокислот, солей, воды и микроэлементов.

Особое значение для детей имеет белковая часть рациона, так как в детском возрасте постоянно происходит интенсивный рост тканей, а белки являются основным структурным элементом, необходимым для построения новых клеток и тканей. Белки являются незаменимым ингредиентом каждого пищевого рациона и могут заменять жиры и углеводы. Особенно чувствителен к недостатку белка организм детей. Белковая недостаточность приводит к задержке а затем к полному прекращению роста, снижению окислительных процессов в тканях, анемии,

расстройствам высшей нервной деятельности, изменению функции печени и поджелудочной железы, возникновению гиповитаминозов и снижению сопротивляемости инфекционным заболеваниям.

Существенным компонентом пищи являются минеральные соли и микроэлементы. Они необходимы для построения костной, мышечной и нервной ткани, для синтеза гормонов, ферментов, витаминов и оказывают значительное влияние на способность тканевых белков связывать воду и поддерживать на определенном уровне осмотическое давление крови и тканевых жидкостей.

Вода представляет основную среду организма, в котором осуществляются необходимые реакции расщепления, синтеза и продукции питательных веществ, ферментов, витаминов, гормонов, антител. Особенно нуждается в воде растущий организм ребенка, поэтому пищевой рацион детей строится с учетом введения достаточного количества жидкостей и поддержания рационального водного режима.

Весьма сложно питание новорожденных и грудных детей, не приспособленных к самостоятельному усвоению пищевых продуктов в обычной кулинарной обработке. Лучшим продуктом питания для них является грудное молоко, в котором содержатся все необходимые компоненты пищи в наилучшем сочетании. Различают грудное вскармливание, когда у матери имеется достаточное количество молока, смешанное вскармливание, если грудного молока матери не хватает, и искусственное вскармливание, когда грудное молоко у матери полностью отсутствует.

Питание новорожденных, грудное вскармливание ребенка первого года жизни, смешанное вскармливание, искусственное вскармливание и питание детей от 1 года до 3 лет – см. в соответствующих руководствах.

## **1У. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.  
Руководство под ред. проф. А.А.Студницина. Москва, 1983. – 559 с.
2. Н.Ф. АТЛАС ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА  
Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. Москва, 1991. – 319 с.
3. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА  
В.Т. Бетрозов. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре)
4. МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.  
В.Т.Бетрозов, А.А.Фидаров, В.Т.Базаев. Метод.пособие для студентов.  
Владикавказ, 1994. – 29 с. (имеется на кафедре)
5. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.  
Ю.К. Скрипкин, А.Л. Машкиллейсон, Г.Я. Шарапова  
Учебник. Москва, 1995. – 463 с.
6. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ.  
Б.А. Тотоонов, В.Т. Бетрозов. Владикавказ, 1995. – 72 с. (на кафедре)
7. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.  
Справочник под ред. проф. О.Л. Иванова. Москва, 1997.- 351с.
8. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.  
Руководство для врачей в 2-х томах  
Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. Москва, 1999.
9. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ.  
Ю.К. Скрипкин, Г.Я. Шарапова, Г.Д. Селицкий  
Практическое руководство. Москва, 2001. – 363 с.
10. КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ И ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ.  
Руководство для врачей под редакцией Ю.С. Бутова. Москва, 2002.-400 с
11. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник для студентов мед.вузов под редакцией О.Л.Иванова. Москва, 2002 – 478 с.
12. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.  
Ю.К.Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов  
Учебник для студентов мед.вузов. Москва, 2007. – 538 с.