

## **Содержание:**

### **I Практические навыки**

1. Определение дермографизма.
2. Диаскопия.
3. Поскабливание.
4. Пальпация.
5. Составление амбулаторной карты кожного больного.
6. Постановка аллергологических проб и их интерпретация.
7. Наружное лечение фурункулов.
8. Осмотр больного под лампой Вуда.
9. Методика ручной эпиляции.
10. Методика дезинфекции обуви при грибковых заболеваниях стоп.
11. Выявление чесоточных ходов.
12. Проведение пробы Балъзера.
13. Исследование чешуек, волос, ногтей на грибы.
14. Определение псориазических феноменов.
15. Определение симптома Уикхема.
17. Определение симптома Бенъе-Мещерского.
18. Проба Ядассона.
19. Диагностика при контагиозном моллюске.
20. Методика телесного осмотра венерического больного.
21. Исследование на бледную трепонему.
22. Методика взятия крови на серологическое исследование.
23. Методика двухмоментного введения нерастворимых противосифилитических препаратов.
24. Порядок осмотра с целью выявления гонореи.
25. Исследование на гонококки.
26. Двухстаканная проба при исследовании больного уретритом (проба Томпсона).

### **II Таблицы**

### **III Рисунки**

#### **1. Определение дермографизма.**

Местный дермографизм вызывается путем линейного проведения по коже при умеренном давлении шпателем или тупым концом перкуSSIONного молотка. Обычно по линии раздражения через несколько секунд появляется реакция кожи в виде красного, розового или белого пятна полосовидной формы, исчезающего через несколько минут. При учете кожно-сосудистой реакции на механическое раздражение принимают во внимание время появления дермографизма (в секундах), его интенсивность, выраженность, цвет и продолжительность. С помощью дермографизма визуально оценивают состояние вегетативной нервной системы (вазодилататоров и вазоконстрикторов). Красный дермографизм свидетельствует о превалировании тонуса парасимпатической нервной системы и встречается при экземе, крапивнице. Белый - о преобладании тонуса симпатической нервной системы и наблюдается при нейродермите, почесухе.

#### **2. Диаскопия.**

Представляет метод осмотра пораженных участков кожи во время надавливания на нее предметным стеклом; при этом устраняется гиперемия, вследствие чего лучше выступает основная окраска высыпаний. Диаскопией пользуются в целях более точной диагностики туберкулезной волчанки: в результате устранения гиперемии волчаночные бугорки

приобретают цвет - яблочного желе (отсюда и название «симптом яблочного желе»), столь характерный для этой формы туберкулеза кожи. Метод также применяется для определения характера пятен. Эритематозные пятна, вызванные расширением сосудов, при диаскопии исчезают. Геморрагические пятна, обусловленные выходом эритроцитов из сосудов в окружающие ткани, а также пигментные пятна при надавливании не исчезают.

### **3. Поскабливание.**

Производится предметным стеклом или тупым скальпелем. Метод позволяет определить шелушение кожи и его характер (муковидное, отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое), плотность прикрепления чешуек и корок к поверхности колеи или к нижележащим морфологическим элементам, характер поверхности кожи под чешуйками и корками.

Поскабливанием определяется триада феноменов при псориазе: «стеаринового пятна», «терминальной пленки», «кровяной росы» (А.Г. Полотебнов); болезненность при снятии чешуек при дискоидной красной волчанке (симптом Бенъе-Мешерского); симптом «стружки» при разноцветном лишае и др.

### **4. Пальпация.**

Важный диагностический прием с помощью которого определяют тонус и эластичность кожи, изменение температуры кожи, глубину расположения морфологических элементов (эпидермис, дерма, гиподерма), форму, размеры, консистенцию, спаянность с окружающими тканями, болезненность.

### **5. Составление амбулаторной карты кожного больного.**

После выяснения жалоб необходимо произвести предварительный осмотр больного и в дальнейшем дополнительно, целенаправленно опросить его. При этом следует обратить особое внимание на начало заболевания, его причину, течение. Необходимо выяснить, какое лечение получал больной в прошлом, его переносимость и эффективность. Собирая анамнез, следует интересоваться лишь тем, что имеет непосредственное отношение к данному заболеванию. Рекомендуется выяснить у больного или его родственников следующие сведения:

1. Когда возникло заболевание? 2. Как оно развивалось? 3. Является ли оно рецидивом ранее существовавшей сыпи или возникло впервые? 4. Имеются ли подобные заболевания у членов семьи, друзей по играм, в коллективе? 5. Проводилось ли прежде лечение, какова его переносимость и эффективность?

В случае предположения наследственных и врожденных заболеваний выясняют также акушерско-гинекологический анамнез матери, условия труда и быта родителей, образ жизни семьи, аллергологический анамнез и т.д.

Осмотр больного производится при максимальном обнажении кожи и хорошем освещении. Следует обратить внимание на цвет кожи, тургор, эластичность, рисунок, пигментацию, рубцы, состояние волос, ногтей. Далее необходимо произвести подробное исследование морфологических элементов сыпи.

На больных незаразными кожными болезнями заполняется амбулаторная карта № 25. На второй ее странице записываются жалобы больного и кратко данные анамнеза (когда началось заболевание, были ли ремиссии, когда возник последний рецидив или обострение, как лечился больной, эффект лечения и др.). Здесь же фиксируются жалобы со стороны других органов и систем. Если же не хватает места, запись продолжается на третьей странице. Там же описываются кратко, но вместе с тем четко и точно данные объективного исследования - локализацию сыпи, виды морфологических элементов и характеристику.

В соответствующей графе записывают назначения - лабораторные анализы, прописи медикаментов, рекомендации по соблюдению режима, диеты, отметки о выдаче листа нетрудоспособности.

Диагноз выносится на первую страницу амбулаторной карты в раздел «уточненный диагноз».

На больных грибковыми заболеваниями кожи заполняется амбулаторная карта по форме № 65-а.

Первая страница ее предназначена для записи паспортных данных, диагноза, результатов микроскопического и культурального методов исследований. На второй странице фиксируются сведения об источнике заражения, результата осмотра членов семьи, контактов (в школе, детских садах, яслях, друзей по играм и др.). Сведения о текущей и заключительной дезинфекции. На третьей странице записываются жалобы, анамнез болезни, динамика развития заболевания, дерматологический статус.

В соответствующей графе фиксируются направления на лабораторные исследования, рекомендуемая терапия, отметка о выдаче листа нетрудоспособности, справок и т.д.

Больные дерматофитиями волосистой части головы и распространенными поражениями гладкой кожи направляются для лечения в стационар.

При повторных посещениях в амбулаторных картах заполняются только дневник и назначения.

Точное заполнение амбулаторной карты, запись в соответствующих местах необходимых сведений в значительной мере облегчает знакомство врача с прежним состоянием больного и обеспечивает преемственность в дальнейшем наблюдении.

## **6. Постановка аллергологических проб и их интерпретация.**

Аллергические реакции кожи на химические раздражители, пыльцевые, бытовые, бактериальные и другие аллергены определяют у больных профессиональными и аллергическими дерматозами (дерматит, экзема, атонический дерматит). Для диагностики аллергии у больных указанными заболеваниями кожи применяют капельные, скарификационные, компрессные, камерные, оральные и внутрикожные пробы.

Местом для постановки проб может быть кожа наружной поверхности плеча, сгибательной поверхности предплечья, область спины. Капельные пробы лучше ставить на коже верхнего отдела живота.

При выявлении повышенной чувствительности кожи к химическим веществам сенсibilизирующего действия рекомендуется вначале пользоваться капельной пробой и лишь при отрицательных результатах прибегать к другим пробам.

**Техника.** Для проведения капельных проб готовятся растворы испытуемых раздражителей определенной концентрации в спирте или ацетоне: 50% раствор скипидара в 90° винном спирте, 2% раствор сулемы, 1% раствор динитрохлорбензола (ДНХБ), 2% раствор новокаина, 25% раствор бакелитового лака и 50% раствор формалина в 70° винном спирте, 10% раствор хлористого никеля и 25% раствор двуххромовокислого калия в 60° винном спирте и др.

Растворы раздражителей наносят на клинически здоровую кожу верхней половины живота, при помощи смоченной в них пробки, которой закрывают флаконы с этими растворами. Расстояние между нанесенными каплями должно быть не менее 5-6 см. Через несколько минут спирт испаряется, раствор высыхает и на коже остается минимальное количество испытуемого вещества. Место нанесения проб обводится чернилами или химическим карандашом.

При положительной реакции на месте нанесения раствора могут развиваться эритема, отек, папулы, везикулы. При высокой чувствительности высыпания распространяются за пределы капли, а в очагах кожного поражения отмечается обострение воспалительных явлений. Указанные реакции замедленного типа появляются через сутки, но иногда встречается запоздалая замедленная реакция - через 2-5 суток. Поэтому при отрицательной реакции первые 24 часа необходимо осматривать место постановки проб в течении 5-6 дней.

## **7. Наружное лечение фурункулов.**

Наружное лечение фурункулов заключается в применении разрешающих и дезинфицирующих средств. Рекомендуется: на не вскрывшиеся фурункулы накладывать чистый ихтиол на ватном тампоне («ихтиоловые лепешки») 1-2 раза в день. Ранее

наложенная лепешка смывается теплой водой. На вскрывшийся фурункул накладывается сложенная в несколько слоев марля, смоченная гипертоническим (10%) раствором поваренной соли. После отторжения гнойно-некротического стержня применяется дезинфицирующая мазь (5% хлортетрациклиновая, стрептоцидовая эмульсия и др.)- Вне зависимости от применяемого метода лечения кожа в окружности фурункула должна тщательно дезинфицироваться 2% салициловым или 2% борным спиртом, спиртовыми растворами анилиновых красителей (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, краска Кастеллани и др.). Обработку кожи следует производить в направлениях от периферии к центру. Мытье в бане, в ванне или под душем при наличии одного или множества фурункулов противопоказано. Волосы вокруг фурункула следует коротко остричь, но не брить. Во избежании диссеминации инфекции необходимо исключить наложение больших круговых повязок.

### **8. Осмотр больного под лампой Вуда.**

Для выявления клинически скрытых очагов поражения волосистой части головы и с целью диагностики при грибковых заболеваниях пользуются люминесцентным методом. Источником света служит ртутно-кварцевая лампа, лучи которой пропускают через стекло, импрегнированное солями никеля (фильтр Вуда). Исследование проводят в затемненной комнате. Мицелий гриба - возбудителя отрубевидного лишая в очагах поражения флюоресцируют бурокоричневым или красновато-желтым свечением. Очаги эритразмы дают кораллово-красное или кирпично-красное свечение, что обусловлено водорастворимыми порфинами, выделяемыми возбудителем болезни в процессе его жизнедеятельности. Волосы при микроскопии флюоресцируют под лампой Вуда фосфоресцирующим зеленовато-желтым или серебристо-зеленым изумрудным) свечением.

### **9. Методика ручной эпиляции.**

Для лечения больных инфильтративно-нагноительной трихофитией проводят эпиляцию, то есть удаление волос в очагах поражения и на расстоянии 2 см вокруг, после чего осуществляют фунгицидное лечение.

Ручная эпиляция производится эпиляционным или реснитчатым пинцетом. При эпиляции нужно помнить, что удаленные волосы могут содержать грибы. Во избежание распыления волос их следует погружать в стаканчик с водой. После окончания эпиляции воду из стаканчика выливают на вату, которую сжигают.

### **10. Методика дезинфекции обуви при грибковых заболеваниях стоп.**

Дезинфекция обуви при грибковых заболеваниях стоп производится в пароформалиновой камере или путем тщательного протирания ее внутри раствором 40% формалина с последующим завертыванием на 2 дня в целлофановый мешок. После этого обувь проветривают и высушивают.

### **11. Выявление чесоточных ходов.**

Пораженный участок кожи смазывают 3-5% раствором йода либо анилиновым красителем (метиленовым синим, бриллиантовым зеленым, фуксином и др.). Ход, оставленный самкой клеща во время своего продвижения в роговом слое, четко контурируется в виде окрашенной линии длиной 3-5 мм. Иногда эта линия бывает прерывистой (пунктирной), что зависит от засорения канала яйцами и экскрементами клеща.

### **12. Проведение пробы Бальзера.**

Проба проводится для диагностики отрубевидного лишая. Настойкой йода смазывают пораженную и здоровую кожу. Пораженные участки интенсивно окрашиваются йодом, чем окружающая здоровая кожа, так как разрыхленный роговой слой сильнее впитывает йод.

### **13. Исследование чешуек, волос, ногтей на грибы.**

Для установления этиологии грибковых заболеваний и подтверждения диагноза проводят специальные лабораторные исследования. До забора материала очаг поражения в течение 1-2 суток не должен обрабатываться наружными лечебными средствами. Для лабораторной диагностики грибковых заболеваний исследуют чешуйки с периферии очагов и пушковые волосы (при поражении гладкой кожи), чешуйки и обломанные волосы (при подозрении на микроспорию и поверхностную трихофитию волосистой части головы), обломки, длинные волосы, чешуйки и корки по периферии очагов (при инфильтративно-нагноительной трихофитии). При хронической трихофитии следует искать волосы, которые обломаны на одном уровне с кожей («черные точки»).

При фавусе берутся длинные обесцвеченные волосы, лишенные нормального блеска и эластичности, а также скутулы и чешуйки. При поражении ногтей делают соскоб с измененной ногтевой пластинки.

При микозе стоп берут для исследования мацерированный отслаивающийся эпидермис по периферии очагов, или же стерильными ножницами срезают покрышки пузырей. При сквамозной форме заболевания исследуются чешуйки с очагов поражения. Патологический материал помещают на предметное стекло в каплю 20% раствора едкого натрия или калия, накрывают покровным стеклом и слегка подогревают на небольшом пламени спиртовки в течение 1-2 минуты для просветления взятого материала. Нагревание нельзя доводить до кипения раствора едкой щелочи, так как при этом выпадают кристаллы, маскирующие микроскопическую картину и мешающие исследованию, кроме того нарушается имеющаяся взаимосвязь грибов с волосами.

При всех грибковых заболеваниях обнаруживаются двухконтурные нити мицелия различной длины и круглые или квадратные споры.

#### **14. Определение псориагических феноменов.**

Для диагностики псориаза имеет ценность ряд симптомов, к которым относят так называемую «псориагическую триаду». Методом поскабливания скальпелем или краем предметного стекла папул при псориазе можно выявить три последовательных феномена:

1) Прежде всего отмечается дробление чешуек, которые распадаются на мельчайшие частицы (что усиливает белизну поверхности папулы) - «симптом стеаринового пятна». В основе этого феномена лежит паракератоз - неполное ороговение с сохранением палочковидных ядер в роговых пластинках.

2) При дальнейшем поскабливании обнаруживается гладкая блестящая поверхность папулы, с которой в форме крупной пленки соскабливается последний слой шиповатых клеток - «симптом терминальной пленки».

3) На поверхности образующейся ссадины вследствие травмирования отдельных капилляров сосочков выступают капельки крови - «симптом кровавой росы». Этот последний феномен обусловлен папилломатозом (удлиненные сосочки легко травмируются при поскабливании).

#### **15. Определение симптома Уикхема.**

На отдельных узелках и в особенности на бляшках у больных красным плоским лишаем можно заметить своеобразный серовато-белый сетчатый рисунок, особенно четко выделяющийся на розовато-фиолетовом фоне папул (бляшек) после их смазывания растительным маслом. Симптом Уикхема обусловлен неравномерным утолщением зернистого слоя.

#### **16. Методика получения феномена Никольского и Асбо – Ганзена.**

Феномен Никольского является важным диагностическим признаком при акантолитической пузырьчатке, свидетельствуя о наличии акантолиза в эпидермисе этих больных. Взяв пинцетом за край покрышки пузыря и потянув обрывок эпидермиса

наблюдают отслойку его на видимо здоровой коже между пузырями или эрозиями также наблюдается легкое отторжение верхних слоев эпидермиса. При резко выраженном симптоме Никольского отторжение верхних слоев эпидермиса обнаруживается и при трении здоровой на вид кожи вдали от очагов поражения.

Феномен Асбо – Ганзена предствляет собой модификацию симптома Никольского: при надавливании на не вскрывшийся пузырь предметным стеклом жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и основание пузыря увеличивается по периферии.

### **17. Определение симптома Бенье-Мещерского.**

Симптом Бенье-Мещерского наблюдается при дискоидной красной волчанке. При положительном симптоме удаления чешуек анатомическим пинцетом сопровождается болезненностью, связанной с явлениями фолликулярного гиперкератоза. Последний определяется визуально на нижней поверхности снятой чешуйки в виде роговых шипов (симптом «дамского каблучка»), а на поверхности очагов обнаруживаются расширенные воронки устьев фолликулов.

### **18. Проба Ядассона.**

Для подтверждения диагноза герпетического дерматоза Дюринга больному на участок здоровой кожи накладывают 50% мазь с йодидом калия на 24-48 часов (проба Ядассона). На месте пробы появляются гиперемия, отек, пузырьки, пузыри. Или больной принимает внутрь 3-5% раствор йодида калия или натрия по 1 столовой ложке 3 раза в день, что вызывает обострение процесса.

### **19. Диагностика при контагиозном моллюске.**

При сильном сдавливании элемента (папулы) двумя пальцами из него выделяется кашицеобразная белая масса, после чего остается как бы пустая оболочка узелка. Эта манипуляция одновременно является и лечебной.

### **20. Методика телесного осмотра венерического больного.**

Порядок осмотра с целью выявления у обследуемого сифилиса. Обследуемого раздевают и осматривают весь кожный покров и видимые слизистые:

- на волосистой части головы можно обнаружить специфическое облысение, диффузное (особенно выраженное в области висков) или очажковое (волосистая часть напоминает мех, изъеденный молью), встречающиеся при вторичном рецидивном сифилисе. Оно может сочетаться с аналогичным поредением ресниц и бровей;
- на волосистой части головы, на лбу (на границе с волосистой частью), на затылке у границы волосистой части, за ушными раковинами, в носогубных складках, на подбородке можно обнаружить элементы папулезного или пустулезного сифилида при вторичном сифилисе. На лбу нередко располагаются бугорки или глубокие, втянутые, спаянные с костью, либо мелкие, изолированные друг от друга, рубцы после перенесенного третичного сифилиса;
- осматривают носовую перегородку: перфорация ее в костной части наблюдается у больных сифилисом, перенесших гуммозный процесс; иногда на ней можно обнаружить язвы третичных сифилидов;
- обращают внимание на состояние зрачков: неравномерность их, нарушение реакции на свет и аккомодации дает основание заподозрить сифилис нервной системы;
- на боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях предплечья и плеч можно обнаружить сифилиды вторичного периода - розеолезный, папулезный, пустулезный, часто встречающиеся одновременно, обычно не сливающиеся и вызывающие у больного субъективных ощущений. Папулы вторичного сифилида можно обнаружить и в подмышечных впадинах. На шее, чаще на задней и боковых поверхностях, на груди и спине,

впереди и позади в подмышечных впадинах следует искать сифилитическую лейкодерму - патогномичный для вторичного сифилиса признак;

- на туловище, верхних конечностях можно обнаружить изолированные друг от друга, часто сгруппированные, плотные воспалительные бугорки или отдельные узлы, иногда язвы после распада этих элементов, рубцы после их заживления, что дает основание заподозрить третичный сифилис;

- осматривают ладони и подошвы, на которых иногда локализуется папулезный сифилид;

- осматривают полость рта: твердое и мягкое небо, язычок, миндалины, заднюю стенку глотки, язык, слизистую щек, внутреннюю поверхность губ, десны;

- в области мягкого неба, миндалин можно обнаружить сифилитическую эритематозную ангину. На миндалинах изредка локализуются твердые шанкры эрозивные, язвенные или в форме амигдалита (резкое увеличение в объеме миндалины), обычно, односторонние. На небе и миндалинах можно обнаружить папулы вторичного сифилида. Их следует искать также на спинке или нижней поверхности языка, на слизистой щек. На деснах внутренней поверхности губ можно наблюдать элементы эрозивного сифилида. На нижней или верхней губе локализуется твердый шанкр при внеполовом заражении;

- во рту можно обнаружить отсутствие язычка, приращение задних небных дужек к задней стенке глотки, перфорация неба, неправильной формы рубцы на задней стенке глотки, небной занавеске, что указывает на перенесенный третичный сифилис. Иногда поверхность языка представляется дольчатой, изрезанной глубокими бороздами, при пальпации его обнаруживаются отдельные узлы или разлитое уплотнение при третичном сифилисе;

- пальпируются области расположения подкожных лимфатических узлов: подчелюстные, шейные, затылочные, под и надключичные, подмышечные, локтевые, паховые. Увеличение расположенных в этих местах лимфатических узлов может дать повод заподозрить у обследуемого сифилис;

- осматривают наружные половые органы. У мужчин на половом члене, мошонке, лобке можно обнаружить язвы или эрозии твердого шанкра, папулы вторичного сифилиса, нерелко эпозированные, мокнущие. На половом члене следует искать следы бывшего шанкра в виде уплотнения в поверхностных отделах кожи или в виде гиперпигментированных пятен и поверхностных рубцов. У женщин осматривают на кресле область входа во влагалище, заднюю спайку, кожу и слизистую половых губ. При этом можно обнаружить шанкры, а также папулы вторичного сифилида;

- осматривают промежность, область заднепроходного отверстия. Здесь можно обнаружить папулезный сифилид, часто мокнущий, широкие кандиломы, твердые шанкры;

- осматривают нижние конечности, на которых иногда локализуются эктимы вторичного сифилида, нередко язвы, рубцы гуммозного сифилида.

## **21. Исследование на бледную трепонему.**

Для подтверждения диагноза первичного сифилиса необходимо исследовать отделяемое твердого шанкра на бледную трепонему. Перед исследованием поверхность твердого шанкра очищают ватным тампоном, смоченным физиологическим раствором. Затем платиновой петлей, прокаленной в пламени горелки, раздражают дно твердого шанкра для получения тканевой жидкости из глубоких слоев, где обычно бывает много спирохет. Отделяющийся серум с помощью пастеровской пипетки наносят на предметное стекло, прибавляют каплю физиологического раствора, покрывают покровным стеклом и исследуют препарат под микроскопом в темном поле зрения. При этом живая спирохета представляется в виде тонкой блестящей спирали. Длина спирохеты 10-12 мкм, ее завитки в количестве 10-12 имеют правильную закругленную форму. Движения бледной трепонемы медленные, плавные, поступательного характера. Спирахета совершает также маятникообразные, волнообразные и ротаторные движения.

## **22. Методика взятия крови на серологическое исследование.**

Кровь берется из локтевой вены, натошак или не менее чем через 4 часа после приема пищи. Кровь берут стерильным шприцом или одной стерильной иглой (самотеком).

Извлеченную кровь из вены в количестве 5-7 мл вливают в чистую сухую пробирку, где оставляется на 2-3 часа при комнатной температуре для свертывания, после чего направляется в лабораторию.

### **23. Методика двухмоментного введения нерастворимых противосифилитических препаратов.**

Биохинол, бисмоверол и бициллин вводят внутримышечно в верхний и наружный квадрат ягодицы с помощью длинной иглы. После введения иглы шприц снимают. Убедившись в отсутствии крови из иглы, присоединяют шприц и медленно вводят препарат. Перед впрыскиванием флаконы с бийохинолом и бисмоверолом подогревают на водяной бане (не выше +40 С) и тщательно взбалтывают.

Невыполнение этих технических правил может угрожать развитием легочной эмболии или глубокой гангрены ягодицы - эшары. Легочная эмболия развивается в результате попадания препаратов в вену и последовательно в малый круг кровообращения. Сразу же после инъекции у больного возникают неудержимый приступ кашля, одышка и боль в груди, иногда головокружение и даже обморочное состояние. Через несколько минут острые явления проходят и постепенно развивается типичная картина инфаркта легкого с обычным течением и разрешением в 2-3 недели. Эшара возникает вследствие попадания препаратов в одну из артерий ягодицы с последующим тромбозом мелких сосудов кожи. Сразу же после инъекции больной испытывает мучительные боли в ягодице, иррадиирующие в ногу. Ягодица отекает, плотнеет. На коже появляется яркая краснота, на фоне которой вскоре образуются багрово-синюшные зигзагообразные пятна. Повышается температура. Через несколько дней острые явления проходят и на коже начинают выявляться сухие черные струпы, по отторжении которых обнаруживаются язвы, медленно заживающие втянутым рубцом. Могут наблюдаться abortивные формы эшары, выражающиеся в появлении фиолетовых пятен в виде сетки или мраморности, сравнительно быстро проходящие.

### **24. Порядок осмотра с целью выявления гонореи.**

- осматривают головку полового члена, обращают внимание на состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала: отечность, покраснение, выделения (слизистые, гнойные, с примесью гноя);
- при отсутствии островоспалительных явлений проводят пальпацию уретры и массированием от корня полового члена к головке, пытаются выжать секрет уретры;
- ощупывают придатки яичек, обращают внимание на наличие уплотнений, узловатости, особенно в хвостатой части придатка - результат перенесенного гонорейного эпидидимита;
- берут отделяемое уретры на микроскопическое и культуральное исследование;
- проводят 2-х стаканную пробу;
- пальпируют предстательную и купферовы железы, семенные пузырьки, проводят уретроскопию (только при хронической гонорее).

Предлагаемая схема может лишь облегчить выполнение обследования, но не исчерпывает всех диагностических приемов и не учитывает всех тех симптомов, которые могут быть обнаружены при длительном обследовании в каждом отдельном случае. Врачу, проводящему обследование на предмет выявления венерических заболеваний, необходимо обладать систематическими знаниями клиники этих заболеваний.

### **25. Исследование на гонококки.**

После удаления тампоном свободных выделений платиновую петлю вводят в уретру, делают сосок со стенок и равномерно наносят материал на предметное стекло. Мазок высушивают и фиксируют над пламенем спиртовой горелки. Гонококки хорошо окрашиваются анилиновыми красителями (метиленовый синий, метилвиолет, генцианвиолет). Для того, чтобы отличить гонококк от других морфологически сходных



микробов, пользуются окраской по Грамму. На препарат наливают на 1 минуту раствор генцианвиолета в карболовой воде, затем краску сливают и наносят раствор Люголя на 30 секунд, сливают и обесцвечивают препарат в 96° спирте в течении одной минуты. Когда мазок становится прозрачным, его смачивают водой и окрашивают дополнительно фуксином Циля или 2% раствором эозина. Гонококки окрашиваются в светло-красный цвет (грамотрицательные), а все остальные микробы удерживают фиолетовую окраску (грамположительные).

#### **26. Двухстаканная проба при исследовании больного уретритом (проба Томпсона).**

Применяется для определения места поражения уретры (передний или тотальный уретрит). Перед пробой больной в течение 4-8 часов не должен мочиться. Пациент не прерывая струи, выпускает мочу сначала в первый стакан (50 мл), затем во второй. При поражении передней части уретры моча в первом стакане мутная с примесью слизистых нитей и гнойных хлопьев, во втором прозрачная и чистая. Если поражена вся уретра, моча мутная в обоих стаканах.

### **Использованная литература:**

1. «Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем» Под редакцией Ю.С. Бутова.
2. «Кожные и венерические болезни» Б.И.Зудин.
3. «Кожные и венерические болезни» Под редакцией О.Л.Иванова.

**Таблица 1 Разновидности пузырьков**

Вид	Характер образования	Клиническая форма
Внутриэпидермальные	Спонгиоз Баллонирующая дистрофия	Однокамерные Многокамерные и однокамерные
Подэпидермальные	Воспалительное скопление межклеточной жидкости под базальной мембраной	Однокамерные

**Таблица 2 Разновидности пузырей**

Вид	Характер образования	Клиническая форма
Внутриэпидермальные	Акантолиз	Однокамерный пузырь с дряблой покрывкой
Подэпидермальные	Воспалительное скопление межклеточной жидкости под базальной мембраной	Однокамерный пузырь с плотной покрывкой

**Таблица 3 Разновидности пустул**

Вид		Характер образования	Клиническая форма
Стафилококковые	Поверхностные	Гнойное воспаление устья или до $2/3$ волосяного фолликула	Конусовидный узелок с гнойной головкой
	Глубокие	Гнойное воспаление всего волосяного фолликула или нескольких фолликулов и окружающих тканей	Конусовидный инфильтрат с некротическим центром
Стрептококковые	Поверхностные	Гнойная полость в пределах эпидермиса	Фликтена
	Глубокие	Гнойная язва в пределах дермы и гиподермы	Эктима

Таблица 4 **Разновидности пятен**

Вид	Характер образования	Клинические формы
сосудистые	Воспалительные	Розеола, эритема
	Невоспалительные (пассивное расширение или пролиферация сосуда)	Телеангиэктазия ливедо
пигментные	Геморрагические (нарушение проницаемости сосудистой стенки)	петихия, пурпура, вибицес, экхимоз
	Меланин (+ -)	Гипер- и депигментные
искусственные	Импрегнация мелких частиц красящих веществ	Угольные, пылевые, металлические

Таблица 5 **Разновидности папул**

Вид	Характер образования	Клинические формы
Эпидермальный	Акантоз, гиперкератоз	Милиарные лентикулярные
Дермальный	Воспалительный инфильтрат в сосочковом слое дермы, папилломатоз, отложения продуктов обмена	нумулярные папулы, бляшки различных форм, очертаний, конситенции
Эпидермодермальный	Акантоз, гранулез, гиперкератоз и инфильтрат в сосочковом слое дермы	

Таблица 6 **Разновидности узлов**

Вид	Характер образования
Воспалительные	Продуктивное воспаление глубоких отделов дермы и гиподермы
Невоспалительные	Отложения продуктов обмена (холестерина, кальция) — обменные Пролиферация клон клеток — опухолевые

Таблица 7 Классификация пиодермии

Поверхностные	Глубокие
I. Стафилодермии	
1. Остиофолликулит 2. Фолликулит поверхностный 3. Сикоз вульгарный 4. Угри обыкновенные 5. Эпидемическая пузырьчатка новорожденных	1. Глубокий фолликулит 2. Фурункул, фурункулез 3. Карбункул 4. Гидраденит
II. Стрептодермии	
1. Импетиго стрептококковое а) заеда стрептококковая б) интритригинозное в) буллезное г) кольцевидное д) сифилоподобное г) поверхностный панариций 2. Сухая стрептодермия а) простой лишай лица	1. Целлюлит 2. а) острый стрептококковый — рожа Эктима обыкновенная
III. Стрепто-стафилодермии	
1. Импетиго вульгарное (смешанное)	1. Хроническая язвенная 2. пиодермия Шанкриформная пиодермия

Таблица 8 Противогрибковые препараты

Препарат (синонимы)	Основные формы выпуска
Системные антимикотические препараты	
Амфотерицин В (син. амфо-цил) фунгизон	Флаконы 0,05 и 0,1 г, сухое вещество для инфузий
Гризеофульвин	Таблетки 0,125, суспензия 100 мл
Дифлюкан (флуконазол)	Капсулы 0,05; 0,1; 0,15; 0,2, раствор для инфузий (содержит 2 г)
Ламизил (тербинафин)	Таблетки 0,125 и 0,25
Леворин	Таблетки 500 000 ЕД
Низорал (син. кетоконазол ораназол)	Таблетки 0,2 г, вагинальные свечи 0,4 г
Нистатин	Таблетки 250 000 и 500 000 ЕД, свечи и вагинальные суппозитории 250 000 и 500 000 ЕД
Орунгал (син. итраконазол, споранокс)	Капсулы 0,1
Наружные антимикотические средства	
Батрафен (циклопирокс)	Крем, раствор, пудра, лак для ногтей
Бифоназол (микоспор)	Крем, раствор
Гризеофульвин	25% линимент
Декамин	Мазь
Кандибене	Раствор
Клотримазол	Раствор, крем
Ламизил	1% крем, аэрозоль
Лоцерил	Лак для ногтей
Микозолон (комбинированный препарат)	Мазь
Миконазол (дактарин)	20% крем
Микосептин (унцециленовая кислота)	Мазь
Низорал	2% крем, 2% шампунь
Нистатин	Мазь
Нитрофунгин (хлорнитро-фенол)	Раствор
Травоген (изоконазол)	Крем
Травокорт (комбинированный препарат)	Крем
Толмицен (толциклат)	1% крем
Фитекс (комбинированный препарат)	Раствор
Экзодерил (нафтифин)	Крем, раствор
Эконазол (экалин)	1% крем, аэрозоль

Таблица 9 Противогерпетические средства

Препарат	Основные формы выпуска
Алпизарин	Химиопрепараты Таблетки 0,1 г, 5% мазь
Ацикловир	
Бонафтон	
Валтрекс	
Виролекс	
Герпесин	
Гевизош	
Госсипол	0,8% мазь
	3% крем
Зовиракс	Таблетки 0,2; 0,4; 0,8 г; суспензия 0,2; 0,4 г во флаконах внутрь, ампулы 0,125, 0,25 и 0,5 г (для инъекций), 5% крем
Оксолиновая мазь	0,25% мазь
Тebroфеновая мазь	0,5% и 5% мазь
Фамвир	Таблетки 0,25 г
Флакозид	Таблетки 0,1 г
Хелепин	Таблетки 0,1 г
Цикловир	Таблетки 0,2, 5% крем
	В а к ц и н ы
Вакцина герпетическая Культуральная инактивированная сухая	Ампулы 0,3 г (для инъекций)
	Группа интерферона
Виферон (α2-интерферон)	Свечи 150 000, 500 000 и 1 000 000 МЕ
Интрон-А (γ-интерферон)	Флаконы 1 000 000, 3 000 000, 5 000 000, 10 000 000 и 30 000 000 МЕ для инъекций, мазь
Роферон А (α2-интерферон)	Ампулы, флаконы 3 000 000, 9 000 000, 18 000 000 МЕ для инъекций
Человеческий лейкоцитарный интерферон (α-интерферон)	Раствор 1 000 000 или 3 000 000 МЕ в ампуле
	Индукторы интерферона
Ларифан	Ампулы по 10 мг
Неовир	12,5% раствор в ампулах 2,0 мл
Ридостин	Ампулы по 8 мг

Таблица 10 Клинические признаки вторичного свежего и рецидивного сифилиса

Признак	Сифилис вторичный свежий	Сифилис вторичный рецидивный
Высыпания	Обильные	Скудные
Элементы сыпи	Мелкие	Крупные
Расположение высыпаний	Беспорядочное	Сгруппированное
Яркость сыпи	Яркая	Бледная
Отцветающий твердый шанкр	Есть	Нет
Сифилитическая лейкодерма	Нет	Есть
Полиаденит	Резко выраженный	Нерезкий или отсутствует

Таблица 11 Проявления врожденного сифилиса у детей грудного возраста

Пораженный орган	Проявления
Кожа	Сифилиды: пустулезные (сифилитическая пузырьчатка), папулезные (диффузная инфильтрация Гохзингера), розеолезные, паронихии, алопеция
Слизистые оболочки	Сифилитический насморк, сифилитический ларингит
Лимфатические узлы	Полиаденит
Внутренние органы	Гепатит, спленит, пневмонии, эндо-миокардит, нефрозонефрит, энтероко-литы, орхит, панкреатит
Кости	Остеохондриты, периоститы
Суставы	Синовиты
Нервная система	Менингит, менингоэнцефалит
Органы чувств	Хориоретинит, кератит, атрофия зри-тельного нерва
Кровь	Анемия гипохромная

Таблица 12 **Разновидности твердого шанкра**

<b>Критерии оценки</b>	<b>Характеристика твердого шанкра</b>
Локализация	Половой, внеполовой
Количество	Одиночный, множественный
Размер	Карликовый, гигантский
Очертания	Округлый, овальный, полулунный, щелевидный, герпетический
Поверхность	Эрозивный, язвенный, корковый

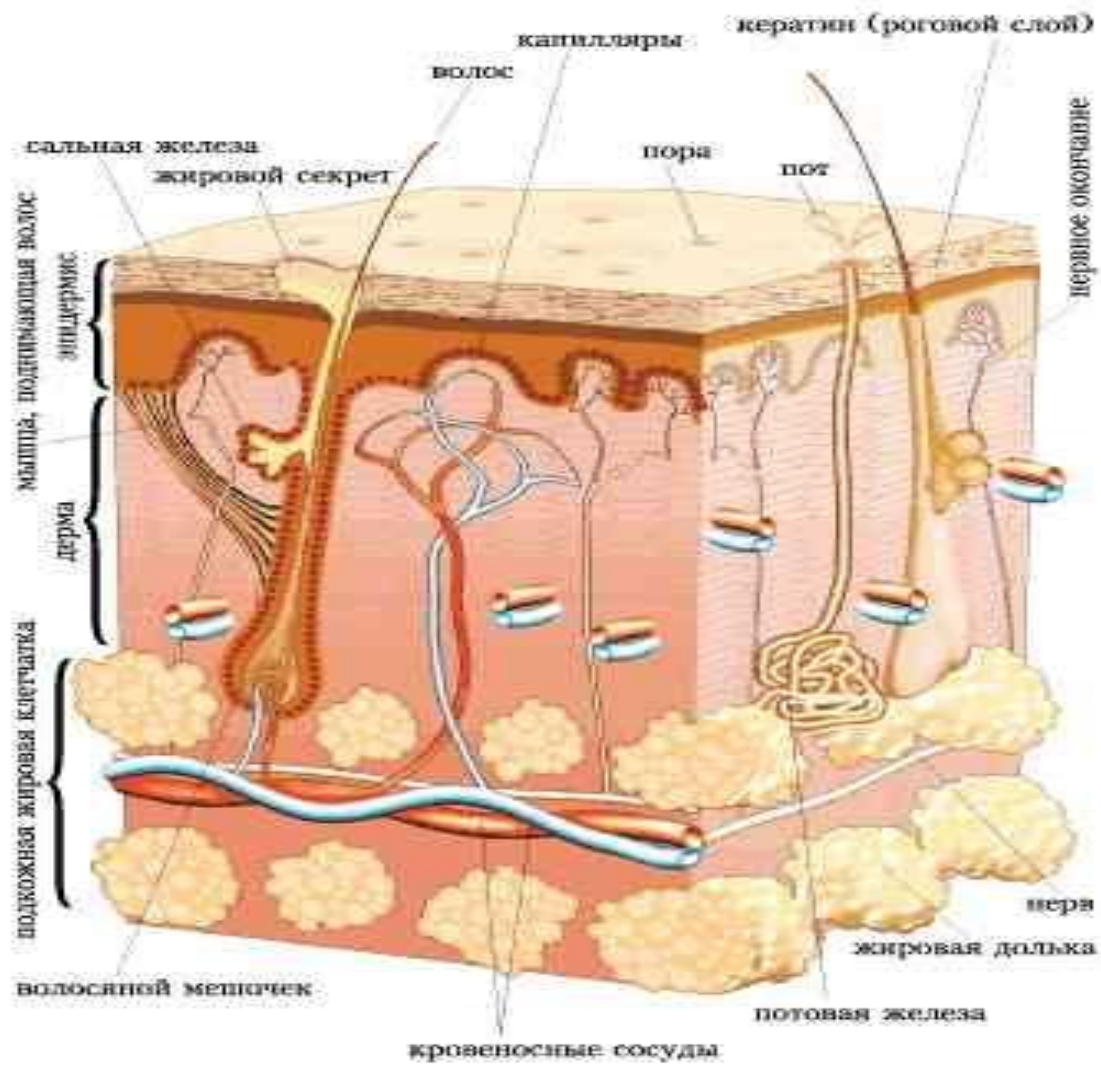
## Подбор местной лекарственной формы

Нигде в клинической медицине так широко не применяется местная терапия, как в дерматовенерологии. Она может быть ) этиологической, патогенетической и симптоматической.

Подбор местной лекарственной формы.

<b>Характер поражения кожи</b>	<b>Локализация очагов поражения</b>	<b>Местная лекарственная форма</b>
Острое воспаление (гиперемия + очаг +мокнущие)	Гладкая кожа	Примочки
	Волосистые участки	Примочки, аэрозоли
Подострое воспаление (гиперемия + отек)	Ограниченные участки на гладкой коже	Пасты
	Диссеминированные высыпания на гладкой коже Волосистые участки, складки	Взбалтываемые смеси  Присыпки
Хроническое воспаление(гиперимия + инфильтрация)	Любая локализация Ограниченные участки Ногти	Кремы, мази Оклюзионные повязки, пластыри Лаки





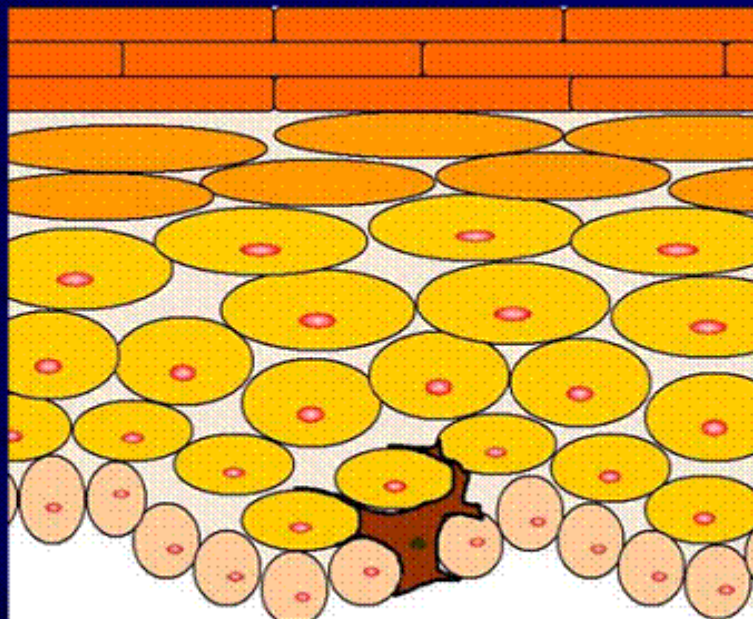
# Слои эпидермиса

Роговой слой  
(корнеоциты)

Зернистый  
слой

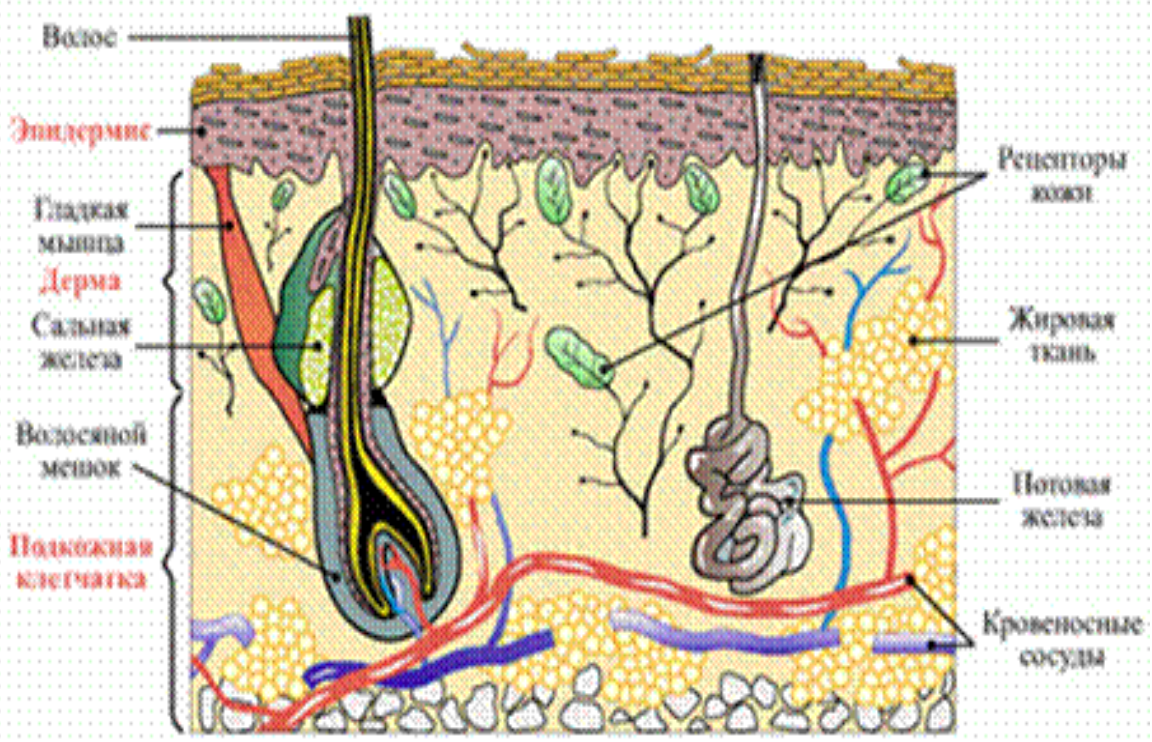
Шиповатый  
слой

Базальный  
слой  
(кератиноциты)



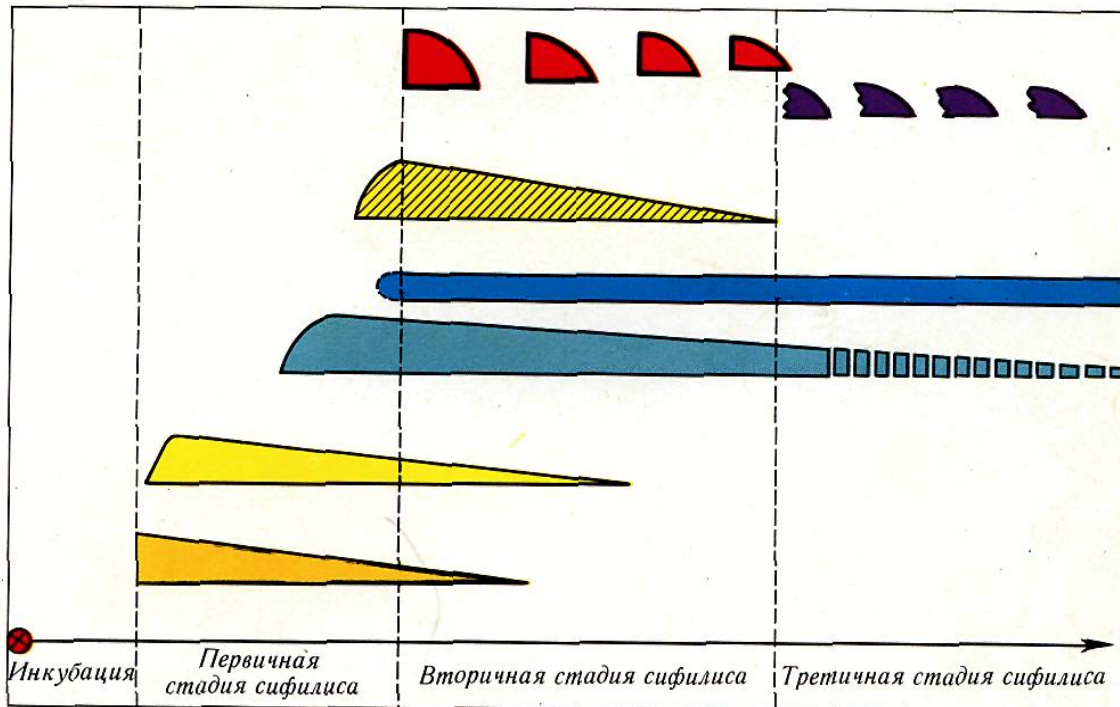
Процесс клеточного обновления – 26-28 дней

## СТРОЕНИЕ КОЖИ



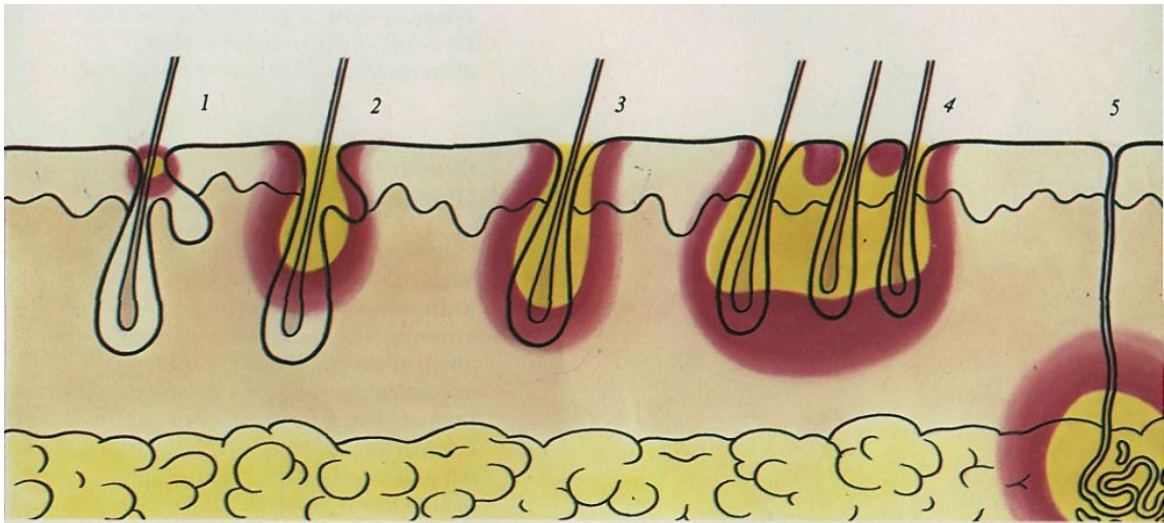
# Схема периодов сифилиса.

Schema  
cursus  
syphilitica  
242

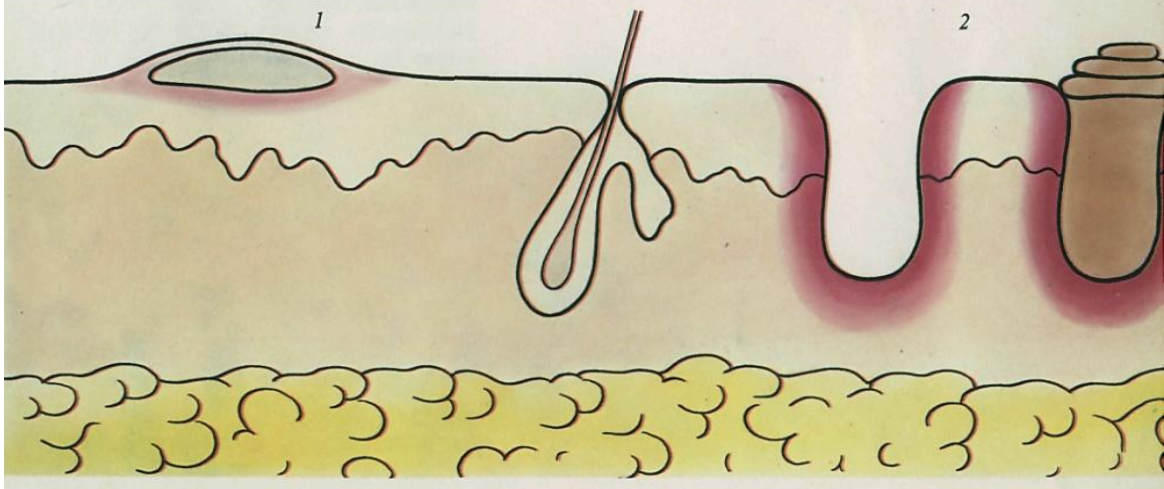


-  Твердый шанкр
-  Регионарный аденит
-  Классические серологические реакции
-  РИБТ
-  Полиаденит
-  Сыпь
-  Сыпь

## Схема стафилодермий



*Streptodermia*  
(schema)  
1-impetigo streptogenes,  
2-ecthyma vulgare,  
3-rupia  
52



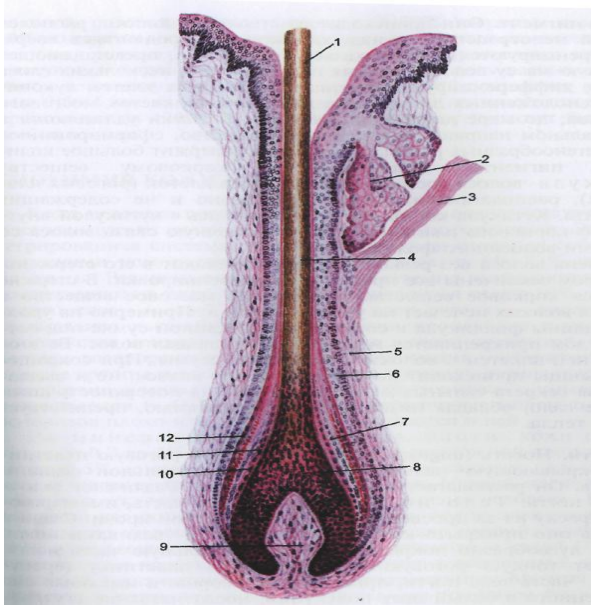
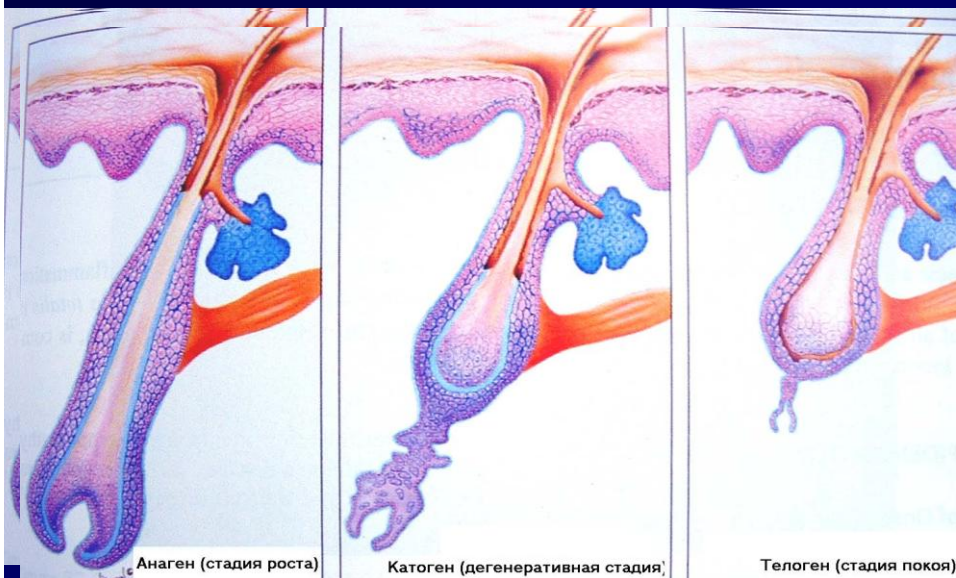


Рис. 2. Продольный срез волоса. 1 - стержень волоса, 2 - сальная железа, 3- мышца, поднимающая волос, 4 — корень волоса, 5 - дермальное влагалище, 6 - наружное корневое влагалище, 7 - внутреннее корневое влагалище, 8 - волосяная луковица, 9 – волосяной сосочек, 10 – кутикула, 11 – слой Генле, 12 – слой Гексли.

## Стадии роста волос



## Опухоли кожи



## Склеродермия



Склеродермия – этиология патогенез. Аутоиммунное заболевание, в генезе которого имеют место переохлаждения, простудные заболевания, травмы, эндокринопатии, заболевания нервной системы.

Бляшечная склеродермия локализуется чаще всего на коже туловища, реже на конечностях.

Системная склеродермия наряду с поражением кожи характеризуется системностью с вовлечением в процесс легких, сердца, желудочно-кишечного тракта, почек, суставов и других органов.