

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

П.Н. Пестерев, С.А. Хардикова

Социально-значимые дерматозы

учебное пособие

ТОМСК
Издательство СибГМУ
2018

УДК 616.5-058(075.8)

ББК 55.831,08я73

П 286

П 286 Пестерев, П. Н. Социально-значимые дерматозы: учебное пособие / П. Н. Пестерев, С. А. Хардикова. – Томск : Изд-во СибГМУ, 2018. – 121 с.

На основе современных данных освещены вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, клиники и дифференциальной диагностики социально-значимых дерматозов: туберкулеза кожи, вирусных дерматозов, пиодермий, дерматозоонозов. Описаны особенности клинической картины вирусных дерматозов на слизистой оболочке рта. Представлены современные методы лечения туберкулеза кожи и вирусных дерматозов.

Учебное пособие по дисциплине «Дерматовенерология» подготовлено в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования и предназначено для студентов, обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам специалитета по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология».

УДК 616.5-058(075.8)

ББК 55.831,08я73

Рецензенты:

И.О. Малова – заведующая кафедрой дерматовенерологии ФПК ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Р.М. Абдрахманов – заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным методическим советом ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 3 от 06.04.16 г.).

© П.Н. Пестерев, С.А. Хардикова, 2017

© Издательство СибГМУ, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА 1. ЛЕПРА	4
ТЕМА 2. ЛЕЙШМАНИОЗ	18
ТЕМА 3. ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ	26
3.1. Локализованные формы туберкулеза.....	28
3.2. Диссеминированные формы туберкулеза.....	33
ТЕМА 4. ПИОДЕРМИИ	39
ТЕМА 5. ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	59
5.1. Бородавки.....	59
5.2. Остроконечные кондиломы.....	61
5.3. Контагиозный моллюск.....	67
5.4. Простой пузырьковый лишай.....	70
5.5. Опоясывающий лишай.....	76
ТЕМА 6. ПЕДИКУЛЕЗ	80
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	83
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	94
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ	110
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ	112
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	115
ПРИЛОЖЕНИЕ	116

Тема 1

ЛЕПРА

Название лепра происходит от греческого *lepros* – шероховатый, чешуйчатый, шелушащийся (синоним – проказа, болезнь Святого Лазаря, болезнь Ганзена и др.).

Лепра представляет собой хроническое, генерализованное, инфекционное заболевание, вызываемое палочкой Ганзена (*Mycobacterium leprae* Hansen), открытой в 1874 г. Поражает преимущественно кожу, слизистые оболочки и периферическую нервную систему, но может вызывать патологические изменения в центральной нервной системе и внутренних органах.

Лепра – одно из древнейших заболеваний, известных человечеству. Самые старые сведения о лепре относятся к эпохе рабовладельческого строя. Полагают, что в Египетских папирусах Эберса и Брукша (XIII–X века до н.э.) речь идет о современной проказе. В китайских трактатах, написанных более 2500 лет назад, имеется достаточно ясное перечисление симптомов болезни. В Индии с проказой были знакомы ещё в XV–X веках до н.э.

Лепра встречается на всём земном шаре, однако особенно она распространена в экваториальной части Африки, Южной Америки, в Индонезии и других странах с жарким и влажным климатом.

В СССР наиболее эндемичные очаги лепры существовали в Каракалпакии, Узбекской ССР, Казахстане, Нижнем Поволжье, на Северном Кавказе, Дальнем Востоке и Прибалтике. Редкие спорадические случаи лепры выявлялись и в других регионах страны.

В СССР, а затем в России и постсоветском пространстве в последние десятилетия заболеваемость лепрой довольно быстро снижается.

По данным ВОЗ в мире насчитывалось около 10–12 млн больных лепрой.

Этиология

Возбудитель лепры был впервые обнаружен норвежским ученым Г.А. Хансеном в соке и ткани лепром. Палочка Ганзена кислото- и спиртоустойчивая. Окрашивается по Цилю-Нильсену, а так же анилиновыми красителями (метиленовый синий, метилвиолет и др.).

Располагается палочка скоплениями, группами, в виде пачки сигарет. Такие комплектные скопления (в виде пачки сигарет) обычно бывают окружены желатинообразной массой, защищающей возбудителей от внешнего воздействия. Считают, что это колонии, которые по мере своего развития разрывают оболочку, и тогда палочки рассеиваются по организму. Реже палочки Ганзена располагаются изолированно.

Палочки лепры грамположительны, имеют длину 1,5–6 мкм и ширину – 0,2–0,4 мкм. Выглядят в виде прямой или слегка изогнутой палочки.

Для культивирования палочки Ганзена используют сыворотку крови детей и больных лепрой взрослых, а также культуры фибробластов, макрофагов и нервных клеток человека.

Впервые в ЦКВИ у обезьян шимпанзе были воспроизведены лепрозные высыпания, сходные с таковыми при туберкулоидном типе лепры.

Эпидемиология

Прародиной лепры считается Юго-Восточная Азия и Центральная Африка. Как показывает история, в распространении и развитии лепры большую роль сыграли войны и связанные с ними народные бедствия. Примером служит занос лепры в Рим войсками с Ближнего Востока, крестonosцами – из Малой Азии в Европу, появление лепры в Прибалтике после захвата её рыцарями и пр. Большую роль в эпидемиологии лепры сыграла иммиграция населения и работоторговля.

Лепра считается болезнью, несомненно, контагиозной. Источником инфекции является только больной человек, особенно страдающий лепроматозным типом лепры. Однако заразительность её сравнительно невелика. Например, больной лепрой может жить с женой, не заражая её, Гайда опубликовал наблюдение, когда у одного мужа последовательно одна за другой умерли от лепры 3 жены, а он сам остался здоровым. В семьях, где есть больной лепрой, заболевают далеко не все дети (хотя наиболее восприимчивыми считаются дети). Лица, работающие в лепрозориях, как правило, не заражаются. Не зарегистрировано ни одного случая заражения от больных, находившихся в общих палатах больниц. Известны случаи проживания в лепрозориях среди больных здоровых лиц до 15 лет без каких-либо неприятных последствий.

Туберкулоидный тип лепры практически неконтагиозен (вне периодов обострения). Пациент, страдающий недифференцированным типом лепры, является источником заражения крайне редко

Из больного организма лепрозные бактерии выделяются различными путями.

Первый путь через кожу. Особенно много бактерий обнаруживается в распадающихся лепромах. Они могут выделяться с чешуйками эпидермиса, секретом сальных и потовых желез. Второй – через слизистые верхних дыхательных путей (носа, глотки, гортани, рта). При разговоре, кашле, чихании за 10 минут больной лепрой может выделить на расстояние до 1,5 метров от 4000 до 165000 бактерий.

В слезах и конъюнктиве бактерии обнаруживаются редко. Рядом авторов обнаружены бактерии Ганзена в соке предстательной железы, в семенной жидкости, в выделениях из уретры, в вагинальном секрете, выделениях шейки матки, менструальной крови, фекалиях и моче.

Строго проводимые меры изоляции больных приводят к тому, что случаи заболевания лепрой встречаются все реже.

Немедленно отделенные от больной матери новорожденные дети остаются здоровыми, а оставленные при ней рано или поздно заболевают. В семьях, где имеются родители, больные лепрой, зараженность детей равна 5 %, а в семьях, где родители здоровы – 0,05 %, то есть в 100 раз меньше. Школьники могут заразиться от своих товарищей. Вероятность заражения прямо пропорциональна длительности и степени контакта с больным человеком.

В период до полового созревания случаи заражения лепрой наблюдаются гораздо чаще, чем в более старшем возрасте.

Первые проявления болезни у детей моложе 8–10 лет обнаруживаются редко. Гораздо чаще они проявляются между 10 и 20 годами.

В литературе приводятся лишь единичные случаи проявления лепры у детей в возрасте до 1–3 лет или нескольких месяцев жизни.

Лепра преимущественно поражает наименее обеспеченные и малокультурные слои населения, живущие в плохих санитарно-гигиенических условиях. Как правило, в голодные годы заболеваемость лепрой повышается.

Жаркий, влажный, холодный климат, резкие температурные колебания, скученность населения являются неблагоприятными факторами.

Заражение, в основном, осуществляется воздушно-капельным путем через верхние дыхательные пути, через слизистую носа, минда-

лины, легкие. Возможно инфицирование через кожу и слизистые половых органов.

В подавляющем большинстве случаев у лиц с достаточной сопротивляемостью заболевание не развивается, так как бактерии разрушаются или элиминируются.

В других случаях палочки Ганзена могут обеспечить бактерионосительство.

Если палочки Ганзена попадают в организм тех лиц, у которых отсутствует сопротивляемость, развивается лепроматозная инфильтрация. У такого больного развивается злокачественная лепроматозная форма лепры, с большим количеством палочек Ганзена в тканях.

При высокой сопротивляемости и развитии инфильтрата туберкулоидного типа, внедрившиеся бактерии фагоцитируются гистиоцитами и разрушаются. Больной становится мало или совсем абациллярным. В таких случаях лепра с самого начала принимает доброкачественный туберкулоидный тип.

Между этими двумя группами находится третья, включающая лиц, у которых реактивность недостаточно определилась, и организм которых на внедрение инфекции отвечает образованием нехарактерной инфильтрации с очень малым содержанием бактерий. Развивается недифференцированный тип лепры.

Инкубационный период

Инкубационный период может продолжаться от 2–3 месяцев и до 10–20 и даже 32–50 лет. В среднем он длится 4–6 лет.

В конце периода инкубации появляются разнообразные продромальные симптомы. Это лихорадочное состояние, в виде умеренной температуры, иногда повышающейся до 40 °С. Общая слабость, разбитость, сонливость, головные боли, иногда расстройства потоотделения (повышение или понижение, общее или локализованное). Затем иногда высыпания появляются как раз на местах анhidроза.

Парестезии, затем невритические боли, гиперестезии. Потеря аппетита, тошнота, болезненность в суставах.

Сухой ринит с трещинами, корками и носовым кровотечением.

Комбинация некоторых симптомов, особенно расстройств потоотделения, сухого ринита с носовыми кровотечениями, невралгий, парестезий, гиперестезий, позволяет заподозрить лепру.

Уже в продромальном периоде на слизистой перегородке носа можно обнаружить палочки Ганзена.

Классификация лепры

Согласно Мадридской классификации различают 2 полярных типа лепры: лепроматозный и туберкулоидный и 2 промежуточные группы: недифференцированную и пограничную (диморфную). X Международный конгресс, посвященный лепре, рекомендовал применять для научных и практических целей классификацию Ридли-Джоплинга, развивающую Мадридскую классификацию.

По этой классификации различают:

1. Полярный туберкулоидный тип лепры (ТТп).
2. Субполярный туберкулоидный тип лепры (ТТс).
3. Погранично–туберкулоидный тип (ПТ).
4. Пограничная лепра (ПП).
5. Погранично–лепроматозная лепра (ПЛ).
6. Субполярный лепроматозный тип (ЛЛс).
7. Полярный лепроматозный тип (ЛЛп).
8. Недифференцированная форма (Н).

Для врачей общего профиля проще, а вместе с тем и более удобна (пусть даже устаревающая) Мадридская классификация, в соответствии с которой различают:

1. Лепроматозный, злокачественный или тяжелый тип.

Поражается кожа, слизистые, глаза, лимфатические узлы и висцеральные органы. При резко пониженной резистентности (лепроминовая проба отрицательна) процесс протекает злокачественно. Больной выделяет массу бацилл.

Поражение кожи. Лишь в редких случаях лепромы появляются на неизменной коже. Обычно им предшествуют:

1. Диффузные эритематозные инфильтрации, красноватого цвета, с фиолетовым или вишневым оттенком, без резких границ, локализуются чаще на лице, ушных раковинах, тыле кистей, предплечьях, голених, бедрах, ягодицах. По мере развития инфильтрата прощупываются отдельные очаги уплотнения – будущие лепромы. На лице естественные складки становятся глубже и участки между ними выступают более рельефно. По мере развития инфильтрации начинается выпадение волос в области бровей, усов, бороды и на других местах.
2. Эритематозные пятна встречаются относительно редко и имеют неясные границы разнообразной формы.

3. Эритематозно-пигментные пятна развиваются из эритематозных пятен и имеют ржавый цвет.
4. Гипохромические пятна. Могут возникать первично и вторично на месте эритематозных пятен. Могут достигать значительной величины. Чувствительность на поверхности всех видов пятен нарушена.
5. Лепромы (узлы) – изолированные или разлитые лепроматозные инфильтрации возникают на фоне эритематозных пятен, через несколько месяцев или лет. Они могут возникать в дерме или гиподерме, но в конечном итоге захватывают все слои кожи.

Лепромы располагаются чаще в области кожи предплечий, голей и лица. Размеры лепром от просяного зерна до лесного ореха. Количество лепром самое разнообразное, от единичных до огромного числа, не поддающегося учету. Они могут сливаться, образуя сплошные конгломераты разных размеров. Поверхность их может быть гладкая, блестящая, либо шелушащаяся по отрубевидному или псориазическому типу. Потовыделение и саловыделение прекращаются. Местная температура выше, чем на здоровой коже. Лепромы слегка болезненны при надавливании. В местах их отмечается отек, поэтому лепромы как бы заложены в отечной коже, отчего границы их несколько смазаны. Через несколько месяцев лепромы могут размягчаться и изъязвляться. Гнойный распад содержит огромное количество палочек Ганзена. Образуются язвы, иногда больших размеров. В процесс могут вовлекаться мышцы и кости.

Форма язв округлая, неправильная, полициклическая. Края крутые, иногда подрывные, возвышены, инфильтрированы и оmozолелые. Дно серовато-желтое, с обильным, жидким, казеозным или сукровичным отделяемым. Заживают язвы медленно, оставляя ровный, тонкий и нежный, слегка запавший, депигментированный рубец, либо неровный келоидный.

Возможно также рассасывание лепромы или фиброзное её превращение.

Из редких форм можно назвать лишеноидные высыпания, элементы типа полиморфной эритемы, уртикарные, фурункулоидные высыпания, типа озноблений, розеолезные или скарлатиноподобные пятна, пемфигоидные пузыри и элементы типа герпетиформного дерматоза Дюринга.

Слизистые оболочки

Чаще поражается слизистая носа (в 50–100 %), особенно в области хрящевой части перегородки. Характеризуется выделениями из носа, эритемой и инфильтрацией и, наконец, разрушением носовой перегородки и образованием перфорации, а иногда изменением формы носа (лорнетовидный нос, нос бульдога, плосковдавленный нос).

Лепромы и лепрозные инфильтраты могут возникать в области языка, твердого и мягкого нёба, гортани.

Частота поражения глаз колеблется от 5 до 85 % и более. Наблюдаются конъюнктивиты, ириты, эписклериты, кератиты. В результате инфильтрации, помутнения, развития катаракт, лепром, изъязвления и рубцевания роговицы может наступить потеря зрения (от 1 до 20 %).

Лимфатические узлы

Лимфатические узлы поражаются рано, в течение некоторого времени их увеличение может быть единственным клиническим проявлением начавшегося заболевания. Чаще всего изменяются бедренные узлы (в 100 %), затем локтевые (71 %), паховые (69 %), подмышечные (42 %), шейные (40 %), подчелюстные (22 %) и реже другие. Размеры их могут достигать лесного, грецкого ореха и даже гусиного яйца (бедренные). Они эластической консистенции (мягче, чем при сифилисе), безболезненные, подвижные, не спаянные. В пунктате почти всегда удается обнаружить палочки Ганзена.

Могут поражаться: селезенка, печень, легкие, почки, желудочно-кишечный тракт, кровеносные сосуды, кости, суставы и половые органы.

При лепроматозном типе лепры примерно у 10 % больных наблюдаются невриты, гиперестезии, парестезии, анестезии, аналгезии, нарушение температурной, а иногда и тактильной чувствительности.

Трофические расстройства приводят к тяжелым осложнениям – развитию мутилиации кистей и стоп.

Туберкулоидный тип лепры

Развивается у лиц с высокой сопротивляемостью организма. Лепроминовая проба почти постоянно дает положительный результат, также как и у здоровых лиц. Палочки Ганзена обнаруживаются редко и в малом количестве. Эта форма характеризуется доброкачествен-

ным течением. Поражаются, главным образом, кожные покровы и периферические нервы.

На коже могут быть следующие туберкулоиды:

1. Простой эритематозный туберкулоид с гладкой поверхностью, без инфильтрации. Это розоватые или красноватые пятна, плоские или слегка возвышены наподобие волдыря. Края четкие, границы полициклически.
2. Эритематозно-гипохромический туберкулоид с ярким четким краем и гипохромическим центром вследствие регресса.
3. Папулезный туберкулоид – наиболее частый, напоминающий собой сифилитические папулы, рассеянные или сгруппированные.
4. Бугорковый (саркоидный) туберкулоид с крупными элементами, напоминает высыпания дермальных саркоидов Бека.
5. Узловатый (гиподермальный) туберкулоид.

Различают еще типичные и атипичные туберкулоиды.

1. Типичные туберкулоиды. Чаще всего высыпания имеют фигурную форму с четкими, валикообразно приподнятыми (в виде валика) краями, состоящими из мелких папул и более светлой пигментированной и запавшей центральной частью. Величина от монеты до ладони и более. Особенно часто высыпания бывают в области бедер и на лице.

Для туберкулоидов характерно расстройство чувствительности, особенно четко выраженное в центральной части и не выходящее за пределы кожного высыпания. Вначале исчезает температурная, затем болевая и, наконец, тактильная чувствительность. Как правило, пототделение прекращается и развивается полное или частичное диффузное или мелкоочаговое выпадение волос. Регресс туберкулоидов происходит медленно. Постепенно инфильтрат краевой каймы рассасывается, оставляя гипохроматический участок, нередко атрофический и анестетический.

2. Бляшковидные туберкулоиды.
3. Люпоидный (саркоидный) туберкулоид состоит из мелких бугорков, рассеянных или сгруппированных, скученных. В последнем случае получается резко ограниченное, несколько возвышающееся высыпание с неровной зернистой поверхностью, которая может быть покрыта чешуйками. Изолированные элементы блестящие, несколько желтоваты, размером от булавочной головки до

горошины, напоминают люпомы. Чувствительность на их поверхности нарушена. Волосы выпадают.

К атипичным туберкулоидам относят: гипохромические, эритематозно-гипохромические и просто эритематозные пятна. Иногда, атипичные туберкулоиды могут симулировать локализованный ихтиоз голеней, различные гемосидерозы, подкожные саркоиды Дарье-Русси, уплотнённую эритему. Но во всех случаях отмечается расстройство чувствительности и потоотделения.

Недифференцированный тип лепры

Типичных высыпаний нет. Высыпания на коже имеют пятнистый характер. Цвет их определяется различным соотношением эритемы и дисхромии.

Различают:

- 1) эритематозные пятна, от бледно-розового до розовато-фиолетового цвета;
- 2) ахромические пятна, напоминающие слоновую кость или витилиго;
- 3) гипохромические пятна;
- 4) эритематозно-дисхромические пятна или эритематозно-гиперхромические пятна.

Границы этих лепридов в большинстве случаев резкие. Форма их разнообразна: в виде кругов, овалов, колец и самых причудливых очертаний. Высыпания локализуются обычно на пояснице, ягодицах, бедрах, верхних конечностях, лице и реже на других местах. Пятна, увеличиваясь в своих размерах и сливаясь, могут захватить почти весь кожный покров. Поверхность гладкая, но иногда видны устья волосяных фолликулов, как углубления на свежей апельсиновой корке. Волосы выпадают полностью или частично.

В пределах пятнистых элементов сначала пропадает температурная чувствительность (часто полностью), затем болевая (полной анальгезии может не быть). Тактильная чувствительность, в противоположность туберкулоидам, где она исчезает полностью, при недифференцированных лепридах страдает сравнительно мало. Леприды недифференцированного типа лепры могут трансформироваться в лепромы, тогда развивается лепроматозный тип лепры или могут трансформироваться в туберкулоид, и развивается туберкулоидный тип лепры.

У больных недифференцированным типом лепры отмечаются утолщение нервных стволов, особенно кубитального, ушного, мало-

берцового и реже других нервов зональные расстройства чувствительности. Моторные расстройства развиваются медленно, в течение нескольких месяцев или лет после начала неврита. В конечном итоге они приводят к атрофии соответствующих мышц и уменьшению их силы. При атрофии мышц лицо становится маскообразным, не выражающим никаких эмоций (маска Святого Антония). Трофические расстройства развиваются в результате поражения соответствующих нервов, достаточно разнообразны и часто весьма тяжелы. Иногда возникают акроцианоз, ихтиозиформные изменения на голенях, кератодермия подошв, долго незаживающие язвы, рассасывание костей фаланг и мутиляция пальцев.

Вследствие развития изъязвлений и некроза такие поражения могут повлечь за собой потерю конечности. В конечном итоге наступает полная инвалидность.

Гистология

При гистологическом исследовании при лепроматозном типе лепры в пораженной части дермы выявляются очаговые скопления клеточного инфильтрата, состоящего из эпителиоидных клеток, фибробластов, лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов и лепрозных клеток Вирхова–Даниэльсона. Последние представляют собой крупные шаровидные клетки со светлой пенистой протоплазмой, одним или несколькими ядрами, содержат очень много сигарообразно расположенных лепрозных палочек и зерен их распада. Лепрозных палочек в инфильтрате много внутри клеток и вне их, в лимфатических щелях и просветах сосудов. Потовые и сальные железы атрофированы.

При туберкулоидном типе лепры околосоудистый инфильтрат состоит из лимфоцитов, небольшого количества гистиоцитов, фибробластов и эпителиоидных клеток. Лепрозных клеток с небольшим количеством палочек Ганзена мало или они отсутствуют.

Обострения лепры

При всех разновидностях лепры могут наблюдаться острые и подострые активации процесса. Возможны переходы одной разновидности лепры в другую в разных направлениях. Возможны появления трофических язв на подошвах и мутиляции пальцев. Поражаются лимфатические узлы, селезенка, печень, легкие, почки, желудочно-кишечный тракт, кровеносные сосуды, кости, суставы и гениталии.

Диагноз

При сборе анамнеза необходимо выяснить, не проживал ли больной в эндемичных зонах, не имел ли контакт с больными лепрой. Выяснить, нет ли у него анестезий, парестезий, ревматоидных болей, невралгий, явлений ринита, носовых кровотечений и пр. Нет ли указаний на частые ожоги.

Проводится тщательное обследование дерматологическое, неврологическое, ринологическое, офтальмологическое и прочее.

Для диагностики используют следующие клинические пробы:

1. Гистаминовая проба для определения природы гипохромических пятен. На поверхность пятна наносят каплю гистамина в разведении 1 : 1000 и через неё делают поверхностный укол иглой так, чтобы кончик её не проникал глубже эпидермиса. На здоровой коже и на пятнах нелепрозного происхождения получается тройная реакция Люиса: местное расширение сосудов (начальная эритема не более 1 см), вслед за которой, через 30–40 с, развивается вторичная (рефлекторная) эритема благодаря аксон-рефлексу и, наконец, отечная папула вследствие усиления проницаемости капилляров.
2. В лепрозных анестетических пятнах вторая фаза рефлекторной эритемы выпадает из-за отсутствия аксон-рефлекса (поражение нервных рецепторов). Получается неполная или отрицательная реакция. Для контроля всегда следует ставить пробу на соседнем здоровом участке кожи.
3. Проба Минора (проба на потоотделение). Кожный покров смазывают настойкой йода, припудривают крахмалом, а затем вызывают усиленное потоотделение мышечными упражнениями, высокой внешней температурой, горячим питьём, впрыскиванием подкожно 0,2 мл солянокислого пилокарпина 0,5–1 %. На коже с усиленным потоотделением появляется черная окраска. Наоборот, при лепре с анестезией периферического происхождения потоотделение на пораженных участках отсутствует и, следовательно, окраска не изменяется.
4. Никотиновая проба (проба с воспламенением). Через 1–3 минуты после в/в введения 1–3 мл 1 % раствора никотиновой кислоты, постепенно начиная с лица, развивается усиливающаяся гиперемия всего кожного покрова. В активных лепрозных поражениях быстрее, чем на здоровых участках развивается гиперемия и отек (феномен воспламенения), сохраняющийся некоторое время по-

сле стихания общей реакции. Этот феномен характерен только для лепры.

Или можно принять внутрь 50–100 мг никотиновой кислоты, и реакция наступает через 5–10 мин и продолжается 30 мин.

Лабораторная диагностика

Для лабораторного исследования на палочки Ганзена берут соскоб со слизистой носовой перегородки, соскоб с поверхности разреза (2–3 мм) очага или пунктат лимфатического узла. Мазки красят по Цилю-Нильсену.

Лепроминовая проба (проба Митсуда).

Практического значения для диагностики лепры не имеет. Но она необходима для определения резистентности организма, а также типов лепры и прогноза заболевания. При туберкулоидном типе и у здоровых лиц с достаточной резистентностью она резко положительна; при лепроматозном типе, где сопротивляемость отсутствует – реакция отрицательна, а при недифференцированном типе лепры показатели её могут быть различны в зависимости от резистентности данного субъекта в тот или иной отрезок времени.

Гистологическая диагностика

С боковой поверхности биопсированного кусочка полезно предварительно сделать мазок-отпечаток для исследования на палочки Ганзена. Затем делают тонкие срезы и красят для исследования на палочки Ганзена и для изучения гистологической структуры.

Дифференциальная диагностика

- Дифференцируют с многочисленными кожными заболеваниями: эритематозные дерматозы (рожа, пеллагра, полиморфная эритема, кольцевидная эритема Дарье, хроническая мигрирующая эритема, солнечная эритема у алкоголиков, сетчатое ливедо, сифилитическая розеола, третичная сифилитическая розеола Фурнье).
- Эритемато-сквамозные дерматозы (псориаз, парапсориаз точечный, красная волчанка, розовый лишай, трихофития гладкой кожи).
- Эритематозно-пигментные дерматозы (пигментная крапивница, токсическая эритема, гемосидероз); дисхромии (гипохромии, сифилитическая лейкодерма, вторичная лейкодерма, витилиго); кератозы.
- Папулезные дерматозы (папулезные сифилиды, красный плоский лишай, лишай золотушных, детская почесуха, плоские юношеские бородавки, контагиозный моллюск).
- Пузырьковые и пузырьные дерматозы (герпетиформный дерматоз Дюринга, акантолитическая пузырчатка, ожоги второй степени).

- Атрофии и гипертрофии (склеродермия, келоиды, слоновость, идиопатическая прогрессирующая атрофия, анетодермии).
- Бугорковые дерматозы (бугорковые сифилиды, туберкулезная волчанка, саркоиды, кольцевидная гранулёма, кожный лейшманиоз).
- Узловатые дерматозы (подкожные узлы туберкулёзной и сифилитической этиологии, вазелиномы, парафиномы, уплотненная эритема, саркома Капоши, узловатая эритема, нейрофиброматоз, гуммозные сифилиды, околосуставные узловатости, актиномикоз, грибовидный микоз, лимфаденит).
- Язвенные дерматозы (варикозные хронические язвы голеней, болезнь Рейно, прободающие язвы подошв).

Лечение лепры

Основными противолепрозными средствами являются сульфоновые препараты (ДДС, авлосульфон, дапсон, диуцефон, сульфатрон, солюсульфон и др.). В дополнение к ним используют чаульмугровое масло, мугроль, этионамид, этоксид, лампрен, рифампицин и др. Лечение проводят по хронически перемежающемуся методу. Лечение проводят в комплексе с применением общеукрепляющих средств, при полноценном и разнообразном питании. Лечение проводят в лепрозориях.

Профилактика

Для профилактики заболеваний лепрой очень важно раннее выявление больных и их изоляция. Обследование контактных лиц и при необходимости (когда отрицательная лепроминовая проба) проведения им профилактического лечения. Улучшение питания, бытовых и санитарных условий.

Детей, родившихся от больных лепрой, в последние годы принято возможным оставлять с матерью на период до 2–3-летнего возраста. Доказано, что с молоком матери выделяется определенное количество сульфонов и ребенок, следовательно, получает превентивное лечение. В возрасте 3-х лет ребенка на период лечения матери в лепрозории, передают в детский дом.

История борьбы с лепрой – это непрерывный ряд жестоких преследований больных лепрой, которых то изгоняли в безлюдные места, то закапывали живыми в землю, то сжигали или топили в реках, бросали в ущелья или просто убивали. В средние века в Европе больных проказой помещали в специальные приюты – убежища, где они жили до самой смерти не получая обычно никакого лечения.

Многое от этой мрачной средневековой системы в некоторых странах осталось и до настоящего времени.

Существующие в мире системы изоляции можно свести к трём основным типам:

1. Безоговорочная и строжайшая изоляция, практикуемая в Японии, Колумбии, Венесуэле. Все больные изолируются пожизненно. Даже родившиеся в лепрозории дети остаются там навсегда.
2. Смешанная, так называемая норвежская система, принятая в Норвегии, ЮАР и на Филиппинах. Все больные лепрой изолируются в лепрозориях или на дому. После выздоровления они выписываются с периодическими явками на контроль в течение 5–7 лет.
3. Свободная, так называемая индийская система. Изолируются лишь больные, давшие на это согласие. Остальные по мере возможности лечатся амбулаторно.

Лепрозории – это больницы типа специализированных госпиталей, которые обычно располагаются вдали от населенных мест.

В нашей стране лепрозории – это хорошо оборудованные лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения. Как и все больницы, они находятся на государственном обеспечении. В России больные лепрой получают самое полноценное питание. Их кормят гораздо лучше, чем больных туберкулёзом. После излечения они возвращаются в свои семьи.

Тема 2

ЛЕЙШМАНИОЗ (БОЛЕЗНЬ БОРОВСКОГО)

Синонимы: пендинская, ашхабадская, ташкентская язва и еще множество синонимов.

Лейшманиоз – эндемичная, трансмиссивная болезнь, проявляющаяся преимущественно поражением кожи. Заболевание распространено в странах с жарким климатом, то есть в тропиках и субтропиках. Из стран ближнего зарубежья: Туркмения, Узбекистан, Таджикистан и страны южной части Закавказья.

Болезнь вызывается простейшими – *Leishmaniatropica*.

Первое обнаружение и описание возбудителя кожного лейшманиоза принадлежит П.Ф. Боровскому.

Большой вклад в изучение лейшманиоза внесли Е.Н. Павловский, П.В. Кожевников, Н.В. Добротворская, Н.И. Латышев и др.

Основным резервуаром возбудителя лейшманиоза сельского типа являются дикие мышевидные грызуны. Источником заражения лейшманиозом антропонозного типа является больной человек.

Географическое распространение

Распространение кожного лейшманиоза связано с местами обитания переносчика этого заболевания – москитами, для жизнедеятельности которых нужен теплый и жаркий климат, чтобы суточная температура воздуха не менее 50 дней (время развития одной популяции) не снижалась ниже 20 °С. Поэтому лейшманиоз распространен в жарких странах. В постсоветском пространстве в настоящее время заболевание встречается преимущественно в Туркменистане и Узбекистане. По данным ВОЗ, в год регистрируется до 40000 новых случаев.

Этиология

Возбудитель кожного лейшманиоза открыт П.Ф. Боровским в 1898 г. Затем эти данные были подтверждены другими исследователями. В организме человека возбудители имеют внутриклеточную, неподвижную, лейшманиальную стадию, а в кишечнике переносчика – жгутиковую, подвижную лептомонадную стадию.

В стадии амастиготы (в клетках человека) лейшмании имеют овальную или круглую форму величиной $2-6 \times 2$ мкм. Протоплазма окрашивается по методу Романовского-Гымзы в голубоватый цвет. Ядро размером $0,8-1,5$ мкм округлой формы окрашивается в красный цвет.

Лейшмании – амастиготы, размножаются путем продольного деления надвое. Это деление происходит в клетках ретикуло-эндотелиальной системы. Паразиты размножаясь, разрушают клетку и затем попадают в другие клетки.

В стадии промастиготы (в кишечнике москита) лейшмании имеют удлинённую, веретенообразную форму с одним заостренным и другим тупым концом. Длина лептомонады – $10-25$ мкм, ширина – $5-6$ мкм. Ядро располагается в средней части, а кинетопласт – в переднем конце тела паразита. Жгут длиной $15-20$ мкм берет начало у кинетопласта. Деление продольное.

Источник инфекции

Установлено, что сельский (зоонозный) тип кожного лейшманиоза является одной из самых распространенных болезней диких грызунов, обитающих в пустынных и полупустынных местностях. Природным резервуаром возбудителя и источником заражения кожным лейшманиозом человека являются грызуны и в частности песчанки, суслики, ежи, крысы. Источником заражения могут быть и собаки. Выяснилось, что у животных и у человека возможно носительство инфекции без выраженных клинических проявлений, что затрудняет борьбу с лейшманиозом. Заражение человека происходит во время его пребывания в природном очаге в период лета москитов. Грызуны инфицируются друг от друга через переносчиков – москитов. Источником заражения кожным лейшманиозом городского типа является больной человек. Переносчиком болезни также являются кровососущие насекомые – москиты.

Заболеваемость кожным лейшманиозом, наблюдаемая в Туркмении и Узбекистане, начинается в июне, достигает максимума в августе, сентябре и заканчивается в ноябре, что связано с летом москитов.

Классификация

Кожный лейшманиоз делят на типы:

1. остронекротизирующий;
2. поздноизъязвляющийся типы.

Зоонозный кожный лейшманиоз (остронекротизирующий кожный лейшманиоз – leishmaniosis cutis citonecrotisans).

Возбудителем зоонозного или сельского типа является *leishmaniatropicamajor*.

Инкубационный период продолжается от нескольких дней до двух месяцев (в среднем 5–15 дней).

Клиника

Первичная лейшманиома. Стадия бугорка.

На месте укуса появляется ограниченный остро воспаленный, болезненный инфильтрат красного цвета, величиной 2–4 мм. Инфильтрат принимает коническую форму (как у фурункула), быстро увеличивается и к третьему дню достигает величины 8–10 мм диаметром и более. В окружности инфильтрата воспалительный отек кожи.

Стадия изъязвления.

В центре бугорка довольно быстро формируется некроз, после отторжения которого образуется небольшая обрывистая язва диаметром 2–4 мм с некротическим дном. Вокруг язвы имеется зона инфильтрата с воспалительным отеком окружающей кожи. Наступивший распад центральной части бугорка расширяется за счет последующего распада окружающего инфильтрата, а иногда и за счет соседних очагов некроза. Распад идет быстро и уже в ближайшие 3–5 дней диаметр язвы может достигать 3–4 см.

Одиночные язвы могут достигать величины детской ладони, а множественные – 5–8 мм в диаметре.

Отделяемое из язв серозно-гнойное, обильное.

Язвы болезненны, имеют круглую, овальную или неправильную форму. Края её то ровные, то подрывтые, то фестончатые, как бы изъеденные.

Вокруг язвы могут быть инфильтраты различной величины, иногда возвышающиеся над язвой в виде валика. В ряде случаев на поверхности язвы появляются вегетации. Вокруг очагов иногда возникают лейшманиозные бугорки меньших размеров, узелковые лимфангиты и лимфадениты.

Образовавшиеся язвы рубцуются, а затем, через 1–2 месяца после этого происходит рассасывание узловатых лимфангитов.

В результате присоединения вторичной инфекции могут развиваться пиогенные лимфангиты в виде красных полос и разлитой гиперемии вокруг очагов.

Стадия рубцевания.

Рубцевание начинается с периода очищения язвы от некротических наслоений. Эпителизация язвы идет с центра или с периферии. Стадия рубцевания при зоонозном лейшманиозе длится 15–30 дней.

Все течение первичной лейшманиомы зоонозного типа от времени появления бугорка до полного рубцевания укладывается в сроки от 3 до 6 месяцев, чаще – 3–4 месяца.

Антропонозный кожный лейшманиоз (поздноизъязвляющийся кожный лейшманиоз – *leishmaniosis cutis tardeexulcerans*).

В настоящее время встречается относительно редко.

Возбудителем антропонозного (или городского) типа является *leishmania tropicaminor*.

Инкубационный период продолжается от 3 до 6 месяцев с колебаниями чаще в сторону удлинения.

Клиника

Первичная лейшманиома. Стадия бугорка

На месте внедрения возбудителя, после длительной инкубации, возникает еле заметный небольшой бугорок цвета нормальной кожи или буроватой окраски. Постепенно бугорок увеличивается и начинает выступать над общей поверхностью, принимает округлую форму. Величина его 2–3 мм, затем он медленно увеличивается и через 3–4 месяца достигает от 5–6 до 20 мм в диаметре.

Продолжительность стадии бугорка от 2 месяцев до 1 года, но чаще – 4–8 месяцев.

Стадия изъязвления

Распад бугорка происходит на 4–8 месяце. Образовавшаяся неглубокая язва имеет неровные обрывистые края, розовое, слегка зернистое дно и скудное серозно-гнойное отделяемое. Изъязвление инфильтрата идет медленно. Вокруг язвы имеется инфильтративный валик.

Длительность стадии изъязвления от 3–6 месяцев до 1 года.

Осложнения язвенной лейшманиомы такие же, как и при зоонозном типе. Бугорок обсеменения встречается относительно редко. Лимфангиты и лимфадениты встречаются также редко.

Стадия рубцевания

Эпителизация чаще начинается с краев язвы. Стадия рубцевания продолжается около месяца и редко дольше.

Длительность течения первичной лейшманиомы антропонозного типа от появления бугорка до стойкого рубца колеблется в пределах от 6–8 месяцев до 2 лет, но в большинстве случаев – от 6 месяцев до 1 года (отсюда и название «годовик»).

Описаны межтиповые клинические формы, суперинфекции, диффузно-инфильтрирующая лейшманиома, туберкулоидный лейшманиоз, кожный лейшманиоз Нового Света, вызываемый *L. Brasiliensis* и *L. Mexicana*.

Иммунитет

У человека естественная невосприимчивость к кожному лейшманиозу отсутствует.

Стойкий иммунитет к кожному лейшманиозу у человека возникает только в результате естественного или искусственного (после прививки) заболевания. Лица, переболевшие антропонозным типом, приобретают невосприимчивость, как к этому, так и к зоонозному типу, и наоборот.

Кожная аллергическая реакция (реакция Монтенегро) дает положительный результат как у больных, так и у переболевших кожным лейшманиозом. Поэтому она широко применяется с диагностической целью. Для постановки реакции применяют аллерген – взвесь убитых промастигот в количестве 1–3 млн тел в 1 мл. Эту взвесь вводят строго внутрикожно в наружную поверхность плеча тонкой иглой в дозе 0,1–0,2 мл. При положительной реакции, через 6–8 часов после инъекции появляется гиперемия, которая постепенно увеличивается и достигает максимума к концу вторых суток.

Реакция становится положительной при зоонозном типе, начиная с 10–15 дня, а при антропонозном типе – после 2–3 месяцев болезни.

С диагностической целью используют так же РСК, реакцию агглютинации, реакцию иммобилизации лептомонад (РИЛ), реакцию микропреципитации.

Случаи реинфекции при кожном лейшманиозе редки.

Диагноз

Диагноз устанавливается на основании клиники, хорошо собранного анамнеза (пребывание в эндемичном очаге в активный эпидемический период, даже кратковременно, с учётом срока инкубации), лабораторного подтверждения (нахождение лейшманий) и др.

Язвенную лейшманиому дифференцируют с эктимой, вскрывшимся фурункулом, хронической язвенной пиодермией, эпителио-

мой, туберкулезными язвами, мягким и твердым шанкрами, гуммой, скрофулодермой и другими язвенными процессами кожи.

Диффузно-инфильтрирующая лейшманиома внешне может напоминать дискоидную красную волчанку, рожистый процесс.

Разновидность кожного лейшманиоза антропонозного типа – туберкулоидный лейшманиоз, чаще всего напоминает туберкулезную волчанку, бугорковый сифилид, лепру, рак кожи. Постановка правильного диагноза у этих больных затрудняется малым количеством лейшманий, следовательно и трудностью их обнаружения.

Кроме этого для установления диагноза используют бактериологические, серологические методы и кожные пробы с аллергеном из лейшманий (тест Montenegro).

Основным и широко используемым обоснованием диагноза является обнаружение в соскобе с краев язв возбудителя болезни – *L. Tropicа* (тельца Боровского) в большом количестве, преимущественно в макрофагах. Бугорок или инфильтрат сдавливают двумя пальцами и скальпелем делают небольшой неглубокий надрез кожи. С краев надреза соскабливают скальпелем кусочки ткани и тканевую жидкость. Из полученного материала готовят мазок и окрашивают его по Романовскому–Гымзе. Возбудитель (тельца Боровского) представляет собой яйцевидное образование длиной 2–5 мкм, шириной 1,5–4 мкм, в протоплазме которого обнаруживают два ядра – крупное овальное и добавочное палочковидное (блефаробласт). В мазках протоплазма лейшманий окрашивается в светло-голубой цвет, крупное ядро – красный или красно-фиолетовый. Паразит может находиться в большом количестве в макрофагах, свободными группами в токе крови и в пораженной ткани.

Прогноз для жизни благоприятный. Заболевание полностью излечивается. При локализации процесса на лице, остаются косметические дефекты, в виде рубцов.

Лечение

Лечение проводится с учётом стадии и распространенности процесса, локализации, возраста и общего состояния.

При наличии одиночного бугорка небольшой давности и без воспалительных явлений по периферии, его можно удалить хирургическим путем или замораживанием жидким азотом.

Если бугорки начинают распадаться с образованием язв, следует назначить общую специфическую терапию.

Больные с множественными и осложненными лейшманиомами, а так же с лейшманиомами, расположенными на лице, подлежат госпитализации.

Из антибиотиков эффективным является мономицин. Его назначают из расчета 5000 ЕД. на 1 кг массы тела больного на каждую инъекцию, 3 раза в сутки (то есть через 8 часов) в течение 10–12 дней. В подавляющем большинстве одного курса бывает достаточно. Во время лечения следят за состоянием почек и органов слуха.

Для лечения кожного лейшманиоза нашли применение также метронидазол, рифампицин, менокрин, солюсурьмин, метациклин, аминохинол, фуразолидон, хингамин, делагил и др. Среди перечисленных препаратов, часто применяют метронидазол по 0,25 г 4 раза в день взрослым и по 0,125 г 2–3 раза в день детям, в соответствии с возрастом, в течение 7–10 дней. После недельного перерыва препарат принимают еще две недели (поддерживающая доза) взрослые по 0,25 г 2–3 раза в день и дети по 0,05 г–0,125 г 1–2 раза в день.

Назначают витамины и другие общеукрепляющие средства.

Местно применяют дезинфицирующие мази (5–10 % проторговая, 1 % акрихиновая, 5 % тетрациклиновая, 1 % риваноловая, 2 % желтая ртутная, 5 % борная, мазь Вишневского и др.).

Иногда для местной терапии назначают гелий-неоновый или углекислотный лазеры.

После излечения при сельском типе невосприимчивость к повторному заболеванию развивается через два месяца, а при антропонозном типе – через 5–6 месяцев. Независимо от перенесенного типа лейшманиоза развивается перекрестный иммунитет.

Профилактика

Профилактика проводится в эндемичных очагах кожного лейшманиоза в следующих направлениях.

1. Борьба с источником инфекции. Поскольку основным резервуаром кожного лейшманиоза сельского типа являются грызуны, целесообразно проведение дератизации в зоне до 15 км от населенных пунктов (дальность полета москитов).

При антропонозном (городском) кожном лейшманиозе резервуаром инфекции является больной человек. Основным профилактическим мероприятием при этом типе является раннее выявление больных и их лечение.

2. Борьба с переносчиками инфекции. Уничтожение мест выплода москитов достигается приведением населенных пунктов в должное

санитарное состояние и опрыскивание залежей органического мусора раствором хлорной извести. Меры против окрыленных moskitov сводятся к ограничению их залета в жилые помещения путем защиты окон сетками и уничтожением залетевших moskitov.

3. Профилактика заражения. С целью защиты человека от укусов moskitov используют различные защитные средства (сетки, репелленты), особенно в вечернее и ночное время.

Нашли применение профилактические прививки живыми культурами лептомонад. Прививочная лейшманиома протекает легче, заканчивается быстрее, и если остается какой-то след, то на закрытой части тела. Для массовых профилактических прививок используется ампулированная живая лептомонадная культура зоонозного типа, обладающая лучшим иммуногенным эффектом. Прививки проводятся в межэпидемический период. Абсолютных противопоказаний для прививок нет.

Тема 3

ТУБЕРКУЛЁЗ КОЖИ

Туберкулёз кожи – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулёза. Возбудитель открыт Робертом Кохом в 1882 году.

В связи с улучшением эпидемиологической ситуации по лёгочному туберкулёзу, снизились эпидемиологические показатели внелегочного туберкулёза, в том числе и кожи. Туберкулез кожи стал протекать более благоприятно. Не наблюдаются случаи уродующего (мутилирующего) туберкулёза. Однако проблема борьбы с туберкулёзом в целом и туберкулёзом кожи, в частности, остаётся актуальной.

Этиология и патогенез.

Возбудителем туберкулёза является туберкулезная палочка, относящаяся к роду *Mycobacterium*. Туберкулез кожи вызывается, в основном, туберкулёзной палочкой человеческого типа (*Mycobacterium tuberculosis humanus*). Значительно реже возбудителем являются микобактерии бычьего типа (*Mycobacterium tuberculosis bovinus*).

Туберкулёз кожи развивается в связи с общим течением туберкулёзной инфекции в организме. Микобактерии попадают в кожу чаще лимфогематогенно или *per continuitatem*, реже экзогенно, через поврежденную кожу.

Ведущая роль, наряду с массивностью инфицирования и вирулентностью бактерий, принадлежит состоянию иммунной реактивности организма.

Имеется достаточно доказательств неблагоприятной роли ряда провоцирующих факторов в возникновении туберкулёза, таких как снижение неспецифической резистентности организма, острые инфекции, травмы, функциональные нарушения нервной системы, эндокринные расстройства, в первую очередь сахарный диабет, недостаточное питание, гиповитаминозы, беременность, кортикостероидная и цитостатическая терапия.

На основании данных о путях инфицирования и распространения туберкулёзной инфекции, состояния иммунитета и аллергии, периода болезни все формы туберкулёза делят на две группы:

I. Туберкулёз кожи, развивающийся у ранее неинфицированных лиц: первичный аффект (первичный комплекс); первичный аффект на месте прививки БЦЖ.

II. Туберкулёз кожи, развивающийся у ранее инфицированных больных, который делят на 2 группы.

1. Преимущественно локальные формы: туберкулезная волчанка; бородавчатый туберкулез; скрофулодерма (вторичная по отношению к туберкулёзу лимфатических узлов и реже других подлежащих тканей); язвенный (периорифициальный) туберкулёз.

2. Преимущественно диссеминированные формы: папулонекротический туберкулёз; лишай золотушных; эритема уплотненная; волчанка лица милиарная диссеминированная.

Туберкулёз кожи первичный (туберкулёзный шанкр)

Очень редко встречающаяся форма туберкулёза кожи, возникающая обычно у ранее неинфицированных. Болеют преимущественно дети.

Входными воротами для туберкулёзной палочки являются различные повреждения кожи (травмы, царапины, укусы насекомых, прокалывание ушных мочек, ритуальная процедура обрезания и др.). Заражение происходит при прямом контакте с инфицированным материалом (мокрота, слюна) от больных активным туберкулёзом.

Клиника

В среднем через 3 недели после инфицирования на месте входных ворот появляется красновато-коричневатая папула плотноватой консистенции, трансформирующаяся затем в безболезненную язву, без острых воспалительных явлений по периферии. Размеры язв — 1,5–2 см. Дно зернистое, покрыто гнойным отделяемым. Края мягкие, подрытые. В случае глубокого проникновения бактерий возникает узловатый инфильтрат в подкожной клетчатке, который, расплавляясь, приобретает черты скрофулодермы. Через 2–4 недели с момента появления язвы, возникает лимфангит и регионарный лимфаденит: первичный туберкулёзный комплекс. Лимфатические узлы безболезненны, вначале плотные, подвижные, затем спаиваются между собой и с кожей, размягчаются и часто вскрываются с образованием язвы, сходной с таковой при скрофулодерме.

Через несколько месяцев или лет наступает заживление язвы с образованием рубца.

Прогноз первичного туберкулёзного комплекса такой же, как в случае такового в легких.

3.1. Локализованные формы туберкулеза

Туберкулёзная волчанка (*lupus vulgaris*)

Является одной из наиболее часто встречающихся форм туберкулёза кожи. Возбудитель попадает в кожу преимущественно лимфо- или гематогенно из других очагов туберкулёзной инфекции (лёгкие, лимфатические узлы и др.).

Клиника

Первичным элементом является бугорок (люпома). Вначале бугорки мало заметны, имеют вид желтовато-красных или красновато-коричневых пятен, округлых очертаний, величиной 2–5 мм, резко очерченных, как бы заложенных в дерме. Медленно увеличиваясь, они становятся более заметными. Люпомы имеют мягкую консистенцию. При надавливании пуговчатым зондом, он как бы проваливается в люпому, оставляя затем на этом месте ямку. Это симптом зонда или симптом А.И. Пospelова. При этом наблюдается болезненность и кровоточивость.

При надавливании на люпому предметным стеклом, то есть при витропрессии, происходит её обескровливание, и обнаруживается желтовато-буроватого цвета оттенок, напоминающий яблочное желе. Это феномен яблочного желе.

В зависимости от особенностей дальнейшего развития туберкулёзной волчанки возникают своеобразные её клинические формы.

Плоская волчанка является наиболее частой формой туберкулёзной (обычной) волчанки.

Плоская волчанка возникает за счет слияния бугорков в сплошные очаги различных очертаний и величины (иногда значительных размеров), что приводит к возникновению диффузных очагов поражения. Вокруг основного очага, более крупного, могут возникать множественные мелкие. Поверхность очага поражения обычно гладкая, шелушение отсутствует или небольшое, лишь в редких случаях оно сильное, отрубевидное или мелкопластинчатое. Иногда появляются бородавчатые, папилломатозные, вегетирующие разрастания, напоминающие бородавчатый туберкулез кожи. При резко выраженном гиперкератозе ороговение может быть столь значительным, что

очаг становится сходным с кожным рогом. Довольно часто наблюдается изъязвление, особенно при травматизации, с возникновением поверхностных язвочек с мягкими подрытыми краями цианотичного цвета, зернистым, легко кровоточащим дном. При вторичном инфицировании кокковой флорой появляется более выраженная экссудация, усиливаются воспалительные явления, и очаг покрывается корками.

Может развиваться рожистое воспаление, приводящее к вторичному элифантиазу.

Язвенные формы туберкулёзной волчанки обычно встречаются на слизистых оболочках или на участках кожи, граничащих с ними. При склонности к распространению процесса очаги поражения могут расти по периферии, сливаться между собой, образуя серпигинирующие участки, в центре которых может наступить регресс элементов. В особенно неблагоприятных случаях патологический процесс развивается вглубь, вызывая обширные и глубокие разрушения подкожной клетчатки, хрящевой части носа, ушей, отторжение фаланг пальцев.

Особой формой язвенной волчанки является ранняя инфильтративная волчанка, которая протекает с развитием воспалительной инфильтрации в области кончика носа, а также хрящевой его части. Характеризуется увеличением носа в размерах, а затем быстрым распадом ткани с формированием обезображивающих рубцов. Реже поражение встречается на губах, щеках, на мягком нёбе и других местах.

В редких случаях особенностью туберкулёзной волчанки является вертикальный рост с развитием инфильтративных, гипертрофических очагов, значительно возвышающихся над кожей, – это опухолевидная волчанка (*lupus tumidus*). Наряду с небольшими опухолевидными образованиями, чаще расположенными на кончике носа, ушной раковине, нередко в сочетании с элементами плоской волчанки на других участках кожи, могут быть большие очаги, возникшие в результате слияния крупных (1–2 см) туберкулёзных элементов.

К редким вариантам относится эритематозоподобная волчанка, возникающая вследствие слияния мелких поверхностных эритематозных элементов, покрытых плотно прилегающими беловатыми чешуйками, что придает им сходство с таковыми при красной волчанке, особенно если очаг располагается в виде бабочки.

Выделяют еще саркоидоподобную волчанку, клинически проявляющуюся инфильтративными эритематозными очагами из слившихся элементов величиной с булавоочную головку.

В большинстве случаев туберкулёзная волчанка возникает в детском или юношеском возрасте, чаще у лиц женского пола.

Провоцировать развитие заболевания могут острые детские инфекции. Особенности современного течения волчанки являются малая выраженность клинических проявлений, что приводит к позднему её выявлению, развитие заболевания у взрослых и частое поражение слизистой носа (нередко с разрушением хрящевой части носовой перегородки и деформацией кончика носа) и полости рта.

В процесс может вовлекаться конъюнктура.

Течение волчаночного туберкулёза кожи торпидное, многолетнее. Ухудшение наблюдается зимой. На месте разрешившихся очагов, остается рубцовая атрофия, по внешнему виду напоминающая папиросную бумагу, иногда келоидоподобные или склеротические рубцы. В зоне рубцовых изменений, а также вокруг них характерно появление люпом.

Общее состояние больных, как правило, не страдает, что и объясняет позднюю обращаемость к врачу, особенно, если процесс развивается на закрытых частях тела.

Наиболее тяжелым осложнением туберкулёзной волчанки является *lupus-carcinoma*, которая протекает более тяжело, чем обычный плоскоклеточный рак. Такое осложнение, по данным литературы, встречается у 1–12,5 % больных. Чаще такое осложнение бывает у больных язвенными формами туберкулёзной волчанки.

Туберкулиновые пробы положительны.

Прогноз для выздоровления благоприятный. В отдельных случаях заболевание проходит самопроизвольно.

Туберкулёз кожи бородавчатый (tuberculosis cutis verrucosa)

Развивается в результате суперинфекции, при попадании туберкулёзных палочек в кожу ранее инфицированных людей из экзогенного источника, реже, как следствие аутоинокуляции. Преимущественно заражаются ветеринарные врачи, прозекторы, лица, ухаживающие за больными животными, мясники. Болеют преимущественно мужчины. Заболевание вызывается микобактериями бычьего типа.

Клиника

Клиническая картина характеризуется появлением мелких безболезненных веррукозных элементов, серовато-красного цвета, окруженных узкой воспалительной каймой, сливающихся в очаги округ-

лых и полициклических очертаний, покрытых тонкими чешуйками. Нередко высыпания сливаются в сплошной бородавчатый, иногда папилломатозный, очаг поражения, резко отграниченный от неизменной кожи, коричневато-красноватого цвета, с трещинами, бороздками, роговыми наслоениями в центре, гладким периферическим инфильтрированным синюшно-красным валом и венчиком синюшной эритемы на границе со здоровой кожей. При надавливании в центральной части выделяются капельки гноя, в котором могут быть обнаружены микобактерии. Консистенция чаще плотноватая. В дальнейшем наступает регрессирование процесса в центре и развитие белого или неравномерно пигментированного атрофического рубца.

Клинической разновидностью бугоркового туберкулёза является, так называемый, бугорок анатомов, представляющий собой обычно профессиональное заболевание, располагающееся на тыле кистей. Редко встречаются келоидоподобные, склеротические, деструктивные, вегетирующие (фунгозные) формы, а также очаги, сходные с веррукозной туберкулёзной волчанкой.

Бородавчатый туберкулёз кожи наиболее часто располагается на открытых участках тела.

Общее состояние больных обычно не нарушается, субъективные расстройства отсутствуют, туберкулиновые пробы положительные. Течение заболевания хроническое с очень медленным распространением процесса. Прогноз благоприятный. Это наиболее доброкачественная форма туберкулёза кожи, хорошо поддающаяся лечению. В редких случаях возможна злокачественная трансформация.

Колликвативный туберкулёз или скрофулодерма (scrofuloderma)

Различают две формы колликвативного туберкулёза: первичная, развивающаяся в результате гематогенной диссеминации возбудителя и проникновением его в кожу и вторичная, когда инфекция проникает в кожу из пораженных туберкулёзом лимфатических узлов, костей и других внелегочных форм туберкулёза. Заболевание чаще начинается в детском и юношеском возрасте.

Клиника

В отличие от первичной (гематогенной) скрофулодермы процесс располагается в местах локализации лимфатических узлов, наиболее часто шейных или вокруг свищей костно-суставного туберкулёза.

Узлы располагаются более глубоко, что приводит к возникновению более глубоких язв, по заживлению которых могут остаться втянутые, мостикообразные, обезображивающие рубцы. На рубцах вновь могут возникнуть бугорки. Заболевание наиболее заразно из всех форм туберкулёза кожи. В результате интоксикации может ухудшиться общее состояние.

Течение хроническое, с периодами ремиссии и обострения. Туберкулиновые пробы часто положительны.

При своевременном лечении прогноз благоприятный. Заболевание может осложниться карциномой.

Туберкулёз кожи и слизистых оболочек язвенный периорифициальный (tuberculosis cutis et mucosae ulcerosa periorificialis).

Редкая экзогенно возникающая форма туберкулёза слизистых и прилежащих участков кожи за счет массивной аутоинокуляции при тяжело протекающем экссудативном туберкулёзе внутренних органов (легких, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы). Болеют чаще мужчины. Значительная роль в развитии заболевания, наряду со снижением иммунной реактивности, отводится травме.

Клиника

Клинически эта форма туберкулёза характеризуется появлением на слизистых оболочках, вокруг естественных отверстий, реже на операционных ранах, множественных милиарных узелков розового или бледно-красного цвета быстро распадающихся с образованием поверхностных небольших язв, округлых или овальных очертаний, с мягкими подрытыми краями, серозно-гнойным отделяемым, неровным зернистым (за счет милиарных некротических бугорков) дном, отграниченных от окружающих тканей воспалительным ободком. За счет слияния язвочек могут сформироваться обширные язвенные поверхности с фестончатыми краями без тенденции к спонтанному заживлению; наблюдаются увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

В углах рта, вокруг ануса могут возникать болезненные трещины, иногда с папилломатозными разрастаниями. Изредка процесс на губе может приобретать шанкриформный характер.

Особой формой туберкулёза слизистых является язвенный туберкулез языка, нередко служащий первым симптомом туберкулёза внутренних органов, иногда ошибочно принимаемый за рак.

Заболевание особенно заразное. Общая резистентность организма резко снижена. Туберкулёзные пробы часто отрицательны, но могут развиваться и гиперэргические реакции.

3.2. Диссеминированные формы туберкулёза

Туберкулёз папулонекротический (tuberculosis papulonecrotica)

В основе заболевания лежит аллергический васкулит, развивающийся вследствие сенсибилизации туберкулёзными бактериями или их продуктами. Возникает преимущественно при хроническом течении первичного туберкулёза за счет периодической гематогенной диссеминации небольшого количества микобактерий. Способствуют развитию заболевания нарушение кровообращения, эндокринные расстройства, острые инфекционные заболевания. Встречается папулонекротический туберкулёз преимущественно у подростков и молодых людей, чаще женщин.

Клиника

Высыпания появляются приступообразно, локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей конечностей (особенно в области локтей и коленей) и на ягодицах. Они имеют вид изолированных полушаровидных папул, округлых очертаний, размером от булавочной головки до горошины, коричневато-красноватого или синюшно-красного цвета, плотноватой консистенции, безболезненных, с гладкой или слегка шелушащейся поверхностью. В центральной части большинства элементов развивается псевдопустула (некроз). При этом образуется кратерообразная язвочка, покрытая плотно прилегающей корочкой, окруженная чуть возвышающимся ободком. После заживления элементов остаются характерные, как бы штампованные, рубчики, часто окруженные узким пигментированным венчиком.

В связи с приступообразным появлением высыпаний они находятся в разной стадии развития. Продолжительность вспышек колеблется от 1–2 до нескольких месяцев. Папулонекротический туберкулёз нередко сочетается с индуративной эритемой Базена, колликувативным туберкулезом, и другими формами туберкулёза кожи. Течение заболевания хроническое, с ухудшением зимой и улучшением в теплое время года. Однако вследствие гиперинсоляции может возникнуть обострение летом.

Туберкулиновые пробы положительны. Прогноз для выздоровления благоприятный.

Лишай золотушных (lichen scrofulosorum)

Синоним – туберкулёз кожи лихеноидный.

Очень редкая форма туберкулёза кожи, развивающаяся обычно в первичном периоде болезни, в основном у ослабленных детей и подростков, страдающих другими формами туберкулёза (кожи, костей, легких, лимфатических узлов).

Возникает за счет гематогенной диссеминации у лиц с повышенной чувствительностью к микобактериям. Провоцируют развитие заболевания острые инфекции, иногда туберкулиновая проба, а также прививка БЦЖ. Высыпания в виде лихеноидных, фолликулярных или перифолликулярных элементов, конусовидной или плоской формы, округлых, реже полигональных очертаний, часто с роговой чешуйкой на поверхности или пронизанные пушковым волосом. Располагаются симметрично, преимущественно в области боковых поверхностей туловища. Цвет их желтовато-коричневый, красноватый или бледно-розовый. За счет группировки и тесного расположения могут возникать овальные или кольцевидные очаги поражения. Более редко встречаются эритематозные сыпи, инфильтративные очаги, элементы, как бы переходные к папулонекротическому туберкулёзу, элементы конической формы. При регрессировании элементов могут оставаться поверхностные рубчики.

Течение заболевания хроническое. Высыпания развиваются, как правило, приступообразно.

Прогноз благоприятный. Туберкулиновые пробы положительны.

Туберкулёз кожи уплотнённый (tuberculosis cutis indurativa)

Синоним – эритема уплотнённая Базена.

В основе заболевания лежит дермато-гиподермальный аллергический васкулит, вызванный повышенной чувствительностью к микобактериям, которые попадают в кожу преимущественно гематогенным путем. Развивается заболевание в основном у девушек и молодых женщин, страдающих нарушениями периферического кровообращения, гормональными дисфункциями, в первую очередь гипофункцией половых желез. Провоцирующим фактором является длительное пребывание на ногах. Это одна из наиболее распространенных форм туберкулёза кожи.

Клиника

Клинически индуративная эритема характеризуется появлением преимущественно на голенях, главным образом, в области икроножных мышц, симметричных, глубоко расположенных узлов, размером от 1 до 5 см диаметром, тестоватой и плотноэластической консистенции. Узлы чаще немногочисленны, мало болезненны, округлой или овальной формы, изолированы друг от друга, с нерезко выраженными границами, особенно при более диффузных, «бляшечных» и плоских элементах. При этих формах наблюдаются лимфангиты, обнаруживаемые при пальпации в виде уплотнённых тяжей, отходящих от узлов. Кожа над узлами вначале не изменена, но по мере их роста становится гиперемированной, синюшной, спаянной с ними. Кожа холодная на ощупь. Узлы постепенно разрешаются, оставляя пигментацию, а нередко и глубокую атрофию. В ряде случаев часть узлов в центре размягчается и изъязвляется. Образующиеся язвы чаще неглубокие, имеют округлые или овальные очертания, желтовато-красное дно, покрытое вялыми грануляциями и серозно-кровянистым отделяемым. Края язв крутые или резко подрытые, синюшные, плотноватые за счет венчика нераспавшегося инфильтрата. По заживлению язв остается гладкий втянутый рубец с гиперпигментацией по периферии.

Течение заболевания торпидное, волнообразное. В летнее время может наблюдаться спонтанное исчезновение узлов, а в холодное время – обострение.

Индуративная эритема развивается преимущественно при хронически текущем первичном туберкулёзе. Нередко заболевание сочетается с другими клиническими формами туберкулёза кожи.

Туберкулиновые пробы у большинства больных положительны.

Общее состояние обычно не страдает, однако при обострении может появиться субфебрильная температура, недомогание, боли в суставах.

Прогноз для выздоровления благоприятный, однако, в процессе лечения регрессирование идет медленно. Могут наблюдаться поздние рецидивы, иногда даже через несколько лет после клинического выздоровления.

Волчанка милиарная диссеминированная лица (lupus miliaris disseminatus faciei)

Синоним – туберкулёз кожи лица милиарный диссеминированный.

Редкая разновидность туберкулёза кожи. Вероятнее всего, представляет собой папулёзный вариант локализованного папулонекротического туберкулёза. За рубежом отношение к этой форме считается спорным. Разновидностью диссеминированной милиарной волчанки лица считают, так называемый, розацеаподобный туберкулид Левандовского.

Клиника

Клинически характеризуется появлением почти исключительно на лице изолированных милиарных безболезненных папул желтовато-красноватого или красновато-коричневатого цвета, полушаровидных, с пустулоподобным центром, мягкой консистенции, дающих при витропрессии феномен яблочного желе. Высыпания располагаются обычно поверхностно, но могут быть и более глубокими, напоминающими акнит. Характерно наличие элементов в различной стадии развития за счет неравномерного их появления. После регрессирования могут оставаться рубчики. Могут одновременно наблюдаться и другие формы туберкулёза кожи.

Туберкулиновые пробы слабо положительные и нередко отрицательные. Заболевание встречается преимущественно в молодом возрасте. Течение хроническое, многомесячное, волнообразное.

Диагностика туберкулёза кожи

Основывается на данных клинических, гистологических, микробиологических исследований, оценки результатов туберкулиновых проб и тест-терапии. Из этих методов самым надежным является обнаружение возбудителя.

Для выявления возбудителя используют бактериоскопический и бактериологический методы.

Несмотря на противоречивость данных литературы о диагностической значимости туберкулиновых проб, они входят в обязательный диагностический минимум, хотя как и гистологическое исследование, взятые отдельно, они не дают основания для заключения о туберкулёзной природе патологии. Используют для диагностики реакцию Пирке, а в случае, её отрицательного результата – Манту. Проба Коха для диагностики кожных форм туберкулёза не применяется.

После скарификационной пробы Пирке осматривают результат через 48–72 часа. Реакция считается отрицательной, когда на месте пробы никакой реакции нет, сомнительной – когда папула меньше

3 мм, положительной – папула от 0,3 до 1 см, резко положительной – когда папула больше 1 см и резко выражена гиперемия.

Результат пробы Манту так же оценивается через 48–72 часа. Реакция считается отрицательной при отсутствии гиперемии и инфильтрата; сомнительной при инфильтрате 2–4 мм; положительной – при наличии выраженного инфильтрата (папулы) диаметром 5 мм и более. Гиперэргическими у детей и подростков считаются реакции с диаметром инфильтрата 17 мм и более, у взрослых 21 мм и более, а также везикуло-некротические реакции, независимо от размера инфильтрата, с лимфангитом или без него.

Дифференциальная диагностика

Первичный туберкулёзный аффект необходимо дифференцировать с пиодермией, споротрихозом, твердым шанкром и эпителиомой.

Скрофулодерму необходимо отличить от пиодермии, глубоких микозов, гуммозного сифилида, актиномикоза.

Туберкулёзную волчанку дифференцируют с бугорковым сифилидом, красной волчанкой, саркоидозом, туберкулоидной лепрой, лейшманиозом.

Туберкулёз кожи бородавчатый следует дифференцировать от хромомикоза, вегетирующей пиодермии, бородавчатого плоского лишая, бромодермы.

Папулонекротический туберкулёз необходимо дифференцировать с папулонекротическим типом артериолита Рюитера, острым параспориозом, пруриго, акнеформными лекарственными сыпями.

Лишай золотушных следует дифференцировать от красного плоского лишая, от лихеноидных сифилидов, от трихофитидов.

Узловатую эритему Базена дифференцируют от гуммозных сифилидов.

Милярная диссеминированная волчанка лица отличается от розацеа отсутствием пустулизации, эритемы и телеангиэктазий. От саркоидоза отличается меньшей плотностью высыпаний.

Лечение

Лечение больных туберкулёзом кожи должно быть комплексным, непрерывным длительным. Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты. Антибактериальную терапию осуществляют с использованием туберкулостатических препаратов, которые разделяют на 2 группы. К первой группе относят основные противотуберкулёзные препараты: стрептомицин, препараты группы изоникотиновой кислоты

(тубазид, фтивазид, салюзид, метаид, ПАСК, рифампицин). Во вторую (резервную) группу входят тибон, этионамид, пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.

Основной курс противобактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория).

Начинать лечение следует с 3-х препаратов основной группы: стрептомицина, ПАСКа, фтивазида или их производных. Через 3 месяца стрептомицин можно отменить, а другие препараты подлежат замене. Курс лечения продолжается примерно 10–12 месяцев. Одновременно больные получают витамины и другие общеукрепляющие средства.

Из климатических факторов используют гелиотерапию. При рассеянных формах туберкулёза гиперинсоляция противопоказана.

Местное лечение при туберкулёзе кожи не имеет практического значения. Профилактика сводится к раннему выявлению различных форм туберкулеза и санации больных.

ТЕМА 4

ПИОДЕРМИИ

Гнойные воспалительные процессы могут возникать в результате внедрения в кожу самых разнообразных микроорганизмов: стафилококков, стрептококков, прочих кокков, синегнойной палочки, кишечной палочки, сибиреязвенной палочки, протей и многих других. Однако к гнойничковым заболеваниям кожи, в узком смысле этого слова, относят только заболевания, вызываемые стафилококками и стрептококками. Их называют пиококками, а заболевания, вызываемые ими, пиодермитами. Последние представляют собой острые или хронические воспалительные гнойные процессы в различных структурах кожи (эпидермисе, дерме, гиподерме) и её придатках (волосяных фолликулах, сальных и потовых железах).

Пиодермиты встречаются как первичное заболевание кожи и как осложнение других предшествовавших болезней и поэтому представляют повседневный интерес не только дерматологов, но и хирургов, терапевтов, лор-врачей и других специалистов.

Пиодермиты являются одними из наиболее распространенных заболеваний кожи. По статистическим данным различных авторов, среди населения Москвы удельный вес пиодермитов среди всех первично зарегистрированных кожных болезней равнялся у взрослых – 32,6 % и у детей – 37,5 %.

Однако не только в городах, но и в сельской местности эта патология занимает ведущее место в заболеваемости кожными болезнями.

Пиодермиты занимают одно из первых мест среди кожных болезней по количеству дней временной нетрудоспособности.

Учитывая изложенное, а также серьезную угрозу для здоровья, а нередко и жизни больных при многих гнойничковых заболеваниях, становится очевидной актуальность проблемы пиодермитов в медицинском и социальном планах.

Возбудители пиодермитов – стафилококки и стрептококки – весьма распространены в природе. Они встречаются в почве, воде и воздухе и постоянно населяют кожный покров и слизистые оболочки человека. Поэтому резервуаром стрептококков и стафилококков, вы-

зываются пиококковые болезни, служит: во-первых, собственная бактериальная флора кожного покрова, во-вторых, флора очагов хронической инфекции носоглотки и внутренних органов, в-третьих, флора внешней среды, окружающей человека.

Количество населяющих кожу различных микроорганизмов, по данным различных авторов, колеблется от 115 тысяч до 32 млн микроорганизмов на 1 см².

Нормальная микрофлора здоровой кожи постоянно находится в состоянии динамического равновесия. Временно попадающие на кожу патогенные микроорганизмы быстро исчезают с ее поверхности вследствие действия самоочищающих кожу защитных механизмов и антагонизма между различными видами бактерий.

Однако решающим фактором в распространении стафилококковых и стрептококковых инфекций является все же не флора кожной поверхности, а носительство пиококков в полости носа, на слизистых верхних дыхательных путей и в области промежности. Так, на слизистых верхних дыхательных путей патогенные стафилококки обнаруживаются у 20–75 % обследованных здоровых людей. Особенно высокий процент бактерионосительства наблюдается в больших коллективах людей.

Наиболее опасным в смысле распространения стафило-стрептококковой инфекции является носительство в полости носа. Отсюда патогенные кокки воздушным путем легко попадают на кожу носителя и его собеседников, а также инфицируют ближайшую окружающую среду.

Стафилококковые инфекции в последние десятилетия стали бедствием больниц. Тревожные голоса слышны со всех концов мира.

Тщательные исследования показывают, что источником этих инфекций являются больные и бактерионосители. Стафилококки появляются в верхних дыхательных путях уже в первую неделю жизни. Статистики родильных отделений показывают, что 89 % младенцев, попадающих в больницы, являются носителями стафилококков в полости носа. 30–70 % взрослых больных в больницах составляют носители стафилококков. Еще более высокий процент носительства (35–95 %) констатируется среди больничного персонала. Подобные исследования показали, что источником стафилококков был больничный персонал, а не матери этих детей.

Заболеваемость пиодермитами нередко связана с социальным положением больных.

Патогенность стафилококков и стрептококков

Стафилококки и стрептококки вырабатывают ряд токсинов и ферментов, которым придается большая роль в патогенном действии этих микроорганизмов.

Так стафилококки вырабатывают:

1. Стафилококковый альфа-токсин. Он действует:
 - а) гемолизирующе на эритроциты *in vitro*; б) летально на лабораторных животных; в) некротизирующе и г) спазматически, а затем паралитически на гладкие мышцы. Чувствительность людей к альфа-токсину связана с возрастом. Исключительно чувствительны к нему дети; у взрослых острые симптомы отравления этим ядом встречаются крайне редко.
2. Стафилококковый экзотоксин является протеином, обладающим выдающимися антигенными свойствами, стимулируя образование специфического антитоксина.
3. Энтеротоксин – растворимый, фильтрующийся, термостабильный токсин, являющийся причиной острых расстройств пищеварительного тракта. Вырабатывается некоторыми штаммами стафилококков. Часто является причиной пищевых отравлений.
4. Стафилококковые гемолизины: существует четыре их типа: альфа, бета, гамма и дельта. Вызывают гемолиз эритроцитов и кроме этого оказывают некротизирующее и летальное действие на экспериментальных животных. У человека способствуют образованию гноя.
5. Лейкоцидин вырабатывается некоторыми штаммами, действует на лейкоциты, макрофаги кролика и человека, изменяет движение клеток, нарушает образование псевдоподий. Клетки разбухают, становятся шаровидными, исчезает клеточная зернистость. Из клеток высвобождается мезоцил и фагоцитин, играющие важную роль для внутриклеточного уничтожения фагоцитированных стафилококков.
6. Стафилококковый фибринолизин растворяет сгустки крови.
7. Стафилококковая коагулаза коагулирует плазму. Вырабатывается исключительно патогенными стафилококками.

Стрептококки вырабатывают следующие продукты:

1. Эритрогенный токсин. Выработка эритрогенного токсина связана с выработкой зрелого фага. Облучение ультрафиолетовыми лучами, усиливающее выработку фага, усиливает одновременно образование токсина. Эритрогенный токсин действует на эритроциты.
2. Стрептолизины. Стрептококки образуют два внеклеточных гемолизина – «О» и «S». Стрептолизин «О» чувствителен к кислороду.

Стрептолизин «S» не чувствителен к окислению. Стрептолизин «O» кроме того токсичен для лейкоцитов. Введенный внутривенно он вызывает у многих лабораторных животных летальный исход.

Определение стрептолизина «O» имеет большое практическое значение для обнаружения перенесенных стрептококковых инфекций.

3. Стрептокиназа – фермент, вызывающий растворение фибринового сгустка крови.

4. Амилаза. Гидролизует гликоген, крахмал.

5. Гиауронидаза. Обладает иммуногенными свойствами, обуславливает образование специфических антител. Антигиауронидазы, как правило, обнаруживаются в сыворотках лиц, которые перенесли стрептококковые инфекции.

6. Фактор, преципитирующий фибриноген и многие другие продукты.

Кроме этого, стафилококки и стрептококки вырабатывают ферменты, расщепляющие лактозу, мальтозу, глюкозу, маннит и желатину.

Патогенез

Из изложенных выше данных видно, что патогенные стафилококки и стрептококки присутствуют на совершенно здоровой коже людей. Поэтому населенную пиококками кожу еще не следует считать инфицированной. Чтобы вызвать патологические изменения недостаточно только присутствия возбудителей на поверхности кожи. Они должны проникнуть внутрь кожи и найти там условия, благоприятные для размножения. Чтобы проникнуть внутрь кожи пиококкам необходимо преодолеть защитные механизмы кожи, и в первую очередь, самостерилизующую ее функцию.

Способность кожи уничтожать микроорганизмы тесно связана со многими факторами, из которых, прежде всего, необходимо отметить химические и физические..

Из химических факторов важная роль отводится, прежде всего, кислотной и водно-липидной мантии кожи. Кислотная мантия, представленная органическими кислотами, содержащимися в поте и кожном салае, составляя кислую рН кожи 5,0–6,0, является неблагоприятным фактором развития пиодермитов.

К физическим факторам самоочищения кожи относятся следующие: высыхание бактерий, отталкивание их от поверхности кожи одноименным с бактериями отрицательным зарядом эпидермиса, слушивание клеток эпидермиса и др.

Одним из весьма важных факторов в развитии пиодермитов является вирулентность микроорганизмов. Вирулентность и патогенность обычно находящихся на коже пиококков постоянно усиливается в процессе продолжительного их взаимодействия с организмом и при повреждении кожи ведет к возникновению стафилококковых поражений кожи. При этом существует зависимость между степенью вирулентности стафилококка, и остротой и силой патологического процесса. Чем более вирулентны и патогенны стафилококки и стрептококки, тем более остро развивается патологический процесс. Однако необходимо помнить, что патогенность и вирулентность являются не стабильными, а лабильными качествами. При известных условиях сапрофитирующие на коже стафилококки могут переходить в патогенные и обуславливать стафилококковые заболевания кожи. И, наоборот, у больных хронической пиодермией могут высеваться непатогенные стафилококки. По данным ряда авторов, у больных хронической пиодермией патогенные стафилококки переходят в непатогенные и наоборот.

Вторым важным фактором в развитии пиодермитов является состояние макроорганизма, снижение его защиты от микроорганизмов.

Это может быть обусловлено рядом факторов:

- нарушение кислотной и водно-липидной мантии кожи;
- нарушение энзимных факторов кожи (лизоцим, антигиалуронидаза и др.);
- уровень противостафилококковых и противострептококковых антител;
- дисбактериозы вследствие подавления антагонистов пиококков антибиотиками, сульфиламидами;
- влажность внешней среды и кожи, мацерация, гипергидроз, себорея. Перегревание вследствие ношения слишком теплой одежды. Микротравмы, особенно на производстве;
- связь уровня заболеваемости пиодермитами с частотой микротравматизма, локализация пиодермитов в местах микротравм, хронические болезни кожи: экзема, дерматит, микозы стоп, зудящие дерматозы, паразитарные болезни кожи;
- колебания окружающей температуры, работа в горячих цехах, связь с определенным сезоном;
- близкий контакт с больными пиодермитами, способствующий перенесению пиогенных кокков на здоровых людей. Заразительность пиодермитов, в общем, невелика. Однако среди них встре-

чаются и контагиозные формы: эпидемическая пузырчатка новорожденных и заразное импетиго;

- роль обсеменения кожи из существующих очагов пиококковой инфекции носоглотки и воспаления придатков доказаны идентичностью фаготипов.

При хронических рецидивирующих формах пиодермий (вульгарный сикоз, хронический фурункулез, хроническая язвенная пиодермия) имеют значение: понижение упитанности; у изголодавшихся больных очень часто возникают фурункулы, эктимы, флегмоны. У таких лиц даже после поверхностных травм легко возникают гангренозные эктимы или другие формы некротических, долго незаживающих пиодермий.

При алиментарных нарушениях большое значение в понижении сопротивляемости к инфекции, в том числе к заражению гноеродными возбудителями, имеет недостаток белков и отсутствие витаминов группы «В», «А» и др.

Роль тяжелых хронических заболеваний, нарушающих сопротивляемость организма, туберкулезом, бронхоэктатической болезнью, угнетающих иммунологическую реактивность, злокачественными опухолями, лимфогрануломатозом, ретикулезами, пузырчаткой. О чем свидетельствует развитие пиодермитов у таких больных.

Важное значение в развитии хронических форм пиодермий играют расстройства со стороны пищеварительного тракта.

Роль эндокринных нарушений в развитии пиодермитов

Как установлено, содержание глюкозы в коже составляет 40 % от содержания ее в крови. При сахарном диабете одновременно с увеличением сахара в крови увеличивается его содержание в коже, что становится благоприятным для развития грибковых и гнойничковых заболеваний кожи.

Роль эндокринных нарушений со стороны половых органов часто устанавливается при вульгарном сикозе.

Роль кортикостероидов, цитостатиков, вызывающих угнетение фагоцитоза и других факторов иммунитета достаточно хорошо доказана. Роль нарушения со стороны центральной нервной системы, переутомление, психические травмы, также способствуют развитию пиодермитов.

Реакция организма на внедрение стафилококков и стрептококков

Патологические изменения, вызванные пиококками в коже и других органах, обусловлены токсинами и ферментами, которые они вырабатывают.

К основным особенностям патогистологических изменений, вызванных стафилококками, относится гнойная реакция. Основной особенностью стафилококкового заражения является проникновение нейтрофилов через поврежденные стенки кровеносных сосудов и образование массивного скопления лейкоцитов, то есть нагноения. Фактором, повреждающим кровеносные сосуды и вызывающим скопление лейкоцитов, является лейкотоксин.

Следующей основной особенностью патологических изменений, обусловленных стафилококками, является некроз. Вначале возникает гнойная реакция, а затем некроз (пример фурункула и карбункула). Под влиянием стафилококковой коагулазы происходит также свертывание плазмы, проникающей из поврежденных сосудов в окружающие ткани. Свертывание плазмы способствует ограничению некротически-гнойного очага. Характерной особенностью стафилококковых изменений является также непроходимость лимфатических сосудов. Повреждение лимфатических сосудов наступает очень рано.

Клеточная воспалительная реакция, коагуляция плазмы и тромбоз лимфатических сосудов, хотя и являются признаками патогистологических изменений, препятствуют распространению инфекции.

Учитывая патогистологические особенности стафилодермий очевидны недопустимость выдавливания гнойничков и необходимость очень осторожного подхода к оперативным вмешательствам.

Тканевая реакция на стрептококки выглядит иначе. Несмотря на значительное повреждение сосудов, при стрептодермиях не наблюдается выхождения нейтрофилов и, следовательно, гнойной реакции. На первый план выдвигается проникновение кровяной плазмы в околососудистую ткань. В результате этого быстро развивается отек окружающих тканей, и появляется сывороточный экссудат. Вследствие слабой тенденции к свертыванию воспалительного экссудата не образуется клеточный валик, ограничивающий патологический очаг. В результате отек свободно и широко проникает во все более отдаленные области.

Вследствие более быстрого скопления в коже большого количества жидкости определяется тенденция к возникновению пузырей или пузырьков.

В отличие от стафилококкового поражения блокада лимфатических сосудов в пределах очага поражения наступает поздно. Это объясняет частоту воспалительных изменений в пределах лимфатических сосудов, отводящих лимфу из области, охваченной воспалительными изменениями, а также в области лимфатических сосудов.

Специфичность клинических проявлений возбудителя

По своему течению пиодермиты часто имеют вид острого гнойного воспаления и реже – хронического. Если пустулы развиваются в пределах эпидермиса, говорят об импетиго. В исходе процесс заканчивается или полным восстановлением структуры кожи или рубцовыми изменениями. Морфологически пиодермиты характеризуются чрезвычайным разнообразием клинической картины. При поражениях кожи, обусловленных стафилококками наблюдаются преимущественно пустулезные изменения, проникающие в кожу на различную глубину. В отличие от этого стрептококки дают, в основном, поверхностные пустулы в виде фликтен.

При определенных клинических формах изолируются либо только стафилококки, или первые и вторые. Таким образом, в одних случаях мы можем говорить о стафилодермиях, в других – о стрептодермиях, наконец, в третьих – о смешанных формах – стрептостафилодермиях. Из этого вытекает и ***классификация пиодермитов***, согласно которой все гнойничковые заболевания подразделяют на: стафилококковые, стрептококковые и смешанные.

К стафилодермиям относят:

1. Остиофолликулит (Ostiofolliculitis) или стафилококковое импетиго (impetigo staphylogenes).

Первичным элементом является небольшой гнойничок величиной от булавочной головки до чечевицы, конической или полушаровидной формы, связанный с устьем волосяного фолликула и пронизанный волосом. В окружности пустулы – розовато-красный ободок. Болезненность незначительная или отсутствует. Проходит через несколько дней, оставляя незначительную депигментацию.

2. Глубокий фолликулит (*folliculitis profunda*).

Этот фолликулит является, по существу, переходной формой пиодермии между остиофолликулитом и фурункулом. При глубоком фолликулите воспалительный процесс проникает глубже в волосяной фолликул и в какой-то мере распространяется на перифолликулярную ткань. Инфильтрация и воспалительная реакция более выражены. Клинически развивается инфильтрат шаровидной или конической формы, величиной с горошину и более, с пустулой на верхушке. Кожа над элементом и вокруг гиперемирована. Эту картину можно сравнить с небольшим развивающимся фурункулом. Через 5–6 дней процесс регрессирует, оставляя на коже небольшой точечный рубчик.

3. Фурункул (*furunculus*) или чирей.

Слово фурункул происходит от латинского «*furiare*», что означает приводить в ярость. В отличие от фолликулита здесь происходит гнойное воспаление, расплавление и частичный некроз всего волосяного фолликула, окружающей оболочки и соединительнотканной капсулы и прилежащей к волосяному фолликулу сальной железы. Клинически вначале возникает нерезко ограниченная краснота, припухлость и инфильтрат, которые довольно быстро увеличиваются. Инфильтрат достигает величины лесного или грецкого ореха. Отмечаются болезненность, в отдельных случаях температура и другие общие явления. Затем в центральной части образуется гнойно-некротический стержень с расплавленной тканью и пустулой на верхушке. После вскрытия стержень отходит, и образуется дефект ткани, который затем заполняется грануляциями, и в конечном итоге формируется рубец. Вся эволюция фурункула составляет 2–3 недели.

Если имеются множественные фурункулы или один следует за другим, то говорят о фурункулезе. Фурункулез может быть регионарным (например, на шее, от трения одеждой или на ягодицах – у кавалеристов) или распространенным, когда фурункулы имеются на различных частях тела.

Если фурункулы возникают одновременно или за короткое время, то это острый фурункулез, а если они возникают последовательно один за другим, то это хронический фурункулез.

Особо большую опасность представляют фурункулы, локализующиеся на лице, близко от передней лицевой вены, сообщаемой с кавернозным синусом, чем создается возможность развития менингита. Кроме того, при локализации фурункулов на лице, шее и голове, имеется опасность возникновения септического процесса.

4. Карбункул (*carbunculus*).

Название происходит от греческого слова «carbo» – уголь. Иначе называется углевик или огневик. В отличие от фурункула поражается не один, а несколько рядом расположенных волосяных фолликулов, то есть, как бы имеется несколько фурункулов слившихся в общий инфильтрат. В процесс может быть вовлечено большое число волосяных фолликулов, тогда зрелый карбункул достигает величины кулака взрослого человека и более. Характеризуется гнойно–некротическим воспалением подкожной клетчатки и кожи, заканчивающимся медленным отторжением омертвевшей ткани и образованием долго не рубцующегося большого очага омертвения. Карбункул развивается у ослабленных лиц.

5. Сикоз (*sycosis vulgaris, sycosis simplex, sycosis staphylogenes*).

Слово сикоз происходит от греческого слова «sycos» – винная ягода. Сикоз представляет собой хронически возникающие фолликулиты и остиофолликулиты. Болеют почти исключительно мужчины. Поражается кожа волосистых участков лица (борода, усы), волосистой части головы, бровей, шеи, подмышечных впадин, лобка, бедер и голеней. Но излюбленной локализацией является область бороды и усов. Возникает группа мелких, плоских или остроконечных фолликулярных пустул, пронизанных в центре волосами, безболезненных с небольшой реактивной краснотой по периферии. После вскрытия пустул образуется корочка, которая скоро отпадает, не оставляя следа. В то время как одни пустулы регрессируют, другие возникают. В результате продолжительность течения сикоза может составлять несколько лет и даже десятилетий. У одних больных процесс тянется хронически непрерывно, у других с ремиссиями, а у третьих – благополучно без рецидивов. Сикоз может осложниться развитием инфекционной экземы.

6. Гидраденит (*hidradenitis*).

Название происходит от греческих слов *hidros* – пот и *aden* – железа. Гидраденит – это воспаление апокриновых потовых желез. Возникает чаще в подмышечных впадинах, где формируются туберозные абсцессы, так называемое «сучье вымя». Реже гидраденит наблюдается вокруг сосков, в промежности, на мошонке, на наружных половых органах у женщин, где также имеются апокринные железы. Заболевание бывает только у взрослых. Возникают кожно-подкожные бугристые холмообразные «опухоли» – инфильтраты величиной от лесного до грецкого ореха и более, болезненные, особенно при паль-

пации. Кожа над гнойниками краснеет, истончается и прорывается с выделением гноя. Течение отдельного узла гидраденита составляет около 2 недель. Но поскольку одни гнойники заживают, а другие появляются, то общая продолжительность заболевания часто бывает значительной. В некоторых случаях бывает хронически рецидивирующий гидраденит. Возникновению гидраденита способствует повышенная потливость.

У новорожденных и детей грудного возраста недостаточно развита структура кожи. Связь между эпидермисом и дермой непрочная. В результате при внедрении стафилококков в кожу образуются нефолликулярные элементы типа пузырей. На внедрение стафилококков кожа детей способна давать сильные воспалительные реакции с широким распространением и тяжелым течением нагноительного процесса. У новорожденных выделяют группу стафилококковых пиодермитов: везикулопустулез, множественные абсцессы кожи или псевдофурункулез Фингера, эпидемическая пузырчатка новорожденных, эксфолиативный дерматит Риттера и буллезное импетиго новорожденных.

7. Везикулопустулез (*vesiculopustules*)

Встречается в первые дни жизни ребенка. Патогенетическими факторами являются потливость и мацерация кожи при этом, а также пониженная сопротивляемость организма детей, особенно недоношенных, искусственно вскармливаемых и т. д. У заболевших в области устьев эккринных потовых желез образуются небольшие пустулы, с ярким гиперемизированным ободком по периферии. Преимущественная локализация – волосистая часть головы, подмышечные впадины, паховые складки и кожа туловища. У ослабленных детей возможно распространение пустул, их слияние и образование глубоких инфильтратов. Дифференцируют с чесоткой, осложненной пиодермией.

8. Псевдофурункулез Фингера (*pseudofurunculosis Finger*)

Представляет поражение стафилококами эпидермальной части выводного протока эккринных потовых желез, а в некоторых случаях всего выводного протока и даже клубочков желез. Заболевание наблюдается у грудных детей, поскольку в этом возрасте отверстия выводных протоков желез относительно широки.

На коже головы, туловища и конечностей у детей грудного возраста, и очень редко у взрослых, возникают:

- 1) поверхностные мелкие пустулы (перипорит), быстро высыхающие в точечные корочки, по удалению которых остаются быстро заживающие мелкие эрозии;
- 2) более крупные, резко очерченные полусферические узелки и узлы различной величины – до размера яйца. Кожа над узлами гиперемирована, постепенно истончается, и гнойники вскрываются, выделяется густой зеленовато-желтый гной.

При заживлении образуется рубец. Заболевают чаще ослабленные и истощенные дети. В отличие от фурункулов при псевдофурункулезе, как и при гидрадените, отсутствует гнойно-некротический стержень и центральная пустула. У детей гидраденита не бывает.

9. Эпидемическая пузырчатка новорожденных (*perthigus neonatorum epidemicum*)

Представляет собой острое контагиозное заболевание. Возбудитель – золотистый стафилококк. Более восприимчивыми являются ослабленные дети. Основным источником заражения являются лица, болеющие или недавно перенесшие пиодермию, а также практически здоровые стафилоносители. Таковыми могут быть обслуживающий персонал, матери новорожденных и дети – носители пиогенной инфекции. Стафилококки могут передаваться от больного ребенка, здоровому, через руки персонала. При этом нередко наблюдаются значительные вспышки заболевания. Болезнь начинается остро, чаще в конце первой и начале второй недели жизни ребенка. На внешне нормальной или немного гиперемированной коже появляются пузыри, величиной от горошины до вишни, напряженные, с серозно-желтоватым, а затем гнойным содержимым под тонкой покрывкой. Пузыри распространяются по всему телу. После разрушения пузырей образуются эрозии и корки. Иногда поражаются слизистые оболочки. Особенно тяжело протекает заболевание у ослабленных детей.

Дифференцируют эпидемическую пузырчатку прежде все с сифилитической пузырчаткой, врожденным эпидермолизом, ветряной оспой.

10. Эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера (*Dermatitis exfoliativa Ritter*)

Это заболевание считают тяжелой формой эпидемической пузырчатки. Возбудитель – чаще золотистый стафилококк. Заболевание

начинается с воспалительной яркой эритемы в области рта, шеи, затем вокруг пупка, гениталий и ануса. На этом фоне образуются крупные, напряженные пузыри, которые вскрываясь образуют крупные мокнущие эрозии. Симптом Никольского положительный даже за пределами пузырей (при потягивании за покрывку пузыря эпидермис отслаивается на здоровой коже).

Различают три стадии заболевания: эритематозную, эксфолиативную и регенеративную. Первая стадия характеризуется разлитым покраснением кожи, ее отеком и образованием пузырей.

Во второй стадии появляются эрозии, местами слившиеся. При этом состояние ребенка тяжелое. Возможны летальные исходы. В третьей стадии происходит постепенное восстановление кожи.

Возможно поражение слизистых оболочек.

Дифференцируют с сифилитической пузырчаткой, врожденным буллезным эпидермолизом, врожденной ихтиозиформной эритродермией Брока (возникает до рождения и проявляется генерализованной эритродермией, с наличием эрозий, язв, особенно в местах травм, гиперкератозом ладоней и подошв. Протекает на фоне нормальной температуры), десквамативной эритродермией Лейнера (встречается у более старших детей) и ожогами кожи.

11. Буллезное импетиго новорожденных (*impetigo bullosa neonatorum*)

Это доброкачественная форма стафилодермии, при которой образуется небольшое число однокамерных пузырей с серозным и серозно-гнойным содержимым от горошины до вишни, величиной с тонкой покрывкой. Пузыри быстро вскрываются, и образуются влажные эрозии, затем тонкие корочки. Общее состояние удовлетворительное.

12. Стрептококковые пиодермиты (стрептодермии)

Стрептококки поражают, главным образом, гладкую кожу, а не волосяные фолликулы, сальные и потовые железы, как это наблюдается при стафилодермии. Среди заболеваний, вызываемых стрептококками, различают:

*Стрептококковое импетиго (*impetigo streptogenes*)*

Название происходит от латинского слова «impetus» – нападение, припадок. Болеют преимущественно дети. Возникают плоские, вялые фликтены, наполненные светлым, затем постепенно мутнеющим со-

держимым. По периферии фликтены – незначительная реактивная краснота. После вскрытия фликтены ее содержимое подсыхает, образуя светло-желтого цвета корочку, по отпадению которой остается депигментированное пятно. После полного развития стрептококкового импетиго в очаге обнаруживают фликтены, эрозии и желтоватого цвета корочки. Процесс довольно быстро распространяется по коже.

К разновидностям стрептококкового импетиго относятся простой лишай (*pityriasis simplex*) или сухая пиодермия (*pyodermia sicca*). Возникает на коже лица, главным образом, у детей школьного возраста. Характеризуется едва заметной краснотой и мелким грязноватым шелушением. Дифференцируют с себореей, себорейной экземой.

Заеда или угловой стоматит или щелевидное импетиго (perleche, angulus infectiosus, impetigo fissurica)

Развивается в углах рта. Вначале образуется фликтена, которая быстро вскрывается, и обнаруживается эрозивная поверхность в углах рта, временами образуются корочка и небольшая трещина. Течение иногда длительное. Дифференцируют с кандидозом, гипорифлавинозом и сифилитической эрозией.

Пузырное импетиго (impetigo bullosa)

Чаще возникает на тыле кистей, стоп и на голених. Появляются крупные напряженные пузыри, с серозно-гнойным, а иногда кровянистым, содержимым. Встречается чаще у взрослых. Течение длительное.

Импетиго ногтевых валиков или турниоль, околоногтевая фликтена (tourniolle)

На месте заусениц, царапин у ногтей на пальцах рук и реже ног возникают огибающие ноготь подковообразной формы плоские пузыри, со светлым, серозно-гнойным или кровянистым, содержимым. После вскрытия фликтены образуются подковообразной формы эрозии, которые затем заживают, не оставляя рубца.

13. Интертригинозная стрептодермия или стрептококковая опрелость (*intertrigo streptogenes*)

Наблюдается в местах, соприкасающихся поверхностей кожи, то есть в паховых и межъягодичных складках, подмышечных впадинах и других подобных местах. Чаще бывает у тучных, потливых, больных экссудативным диатезом и диабетом детей. Фликтены могут по-

являться в большом количестве, иногда сливаются и образуются сплошные эрозированные участки мокнущей поверхности. Вокруг возникают отсевы мелких очагов. В глубине складок возникают трещины. Дифференцируют с кандидозом, но при нем нет экссудации и экссудативного характера желтоватых корочек.

14. Послеэрозивный сифилид или сифилоподобное папулезное импетиго (*syphiloides posterosives, impetigo papulata syphiloides*)

Наблюдается чаще у детей грудного возраста. На половых органах, ягодицах, бедрах возникают фликтены, которые быстро вскрываются и образуются эрозии с инфильтратом в основании, что несколько напоминает папуло-эрозивный сифилид. Однако, в отличие от сифилитической пузырчатки, при стрептококковом послеэрозивном сифилиде имеются островоспалительные явления.

Все формы стрептококкового импетиго контагиозны, и особенно, для детей.

15. Эктима вульгарная (*ectima vulgare*)

Это поражение такого же характера, что и стрептококковое импетиго, только более глубокое и расположено на отечном основании. Вначале возникает глубокий дермальный, нефолликулярный пузырь с гнойным или гнойно-кровянистым содержимым. После его вскрытия образуется плотно сидящая желтовато-грязноватая корка, под которой обнаруживается язва, чаще округлой формы, с крутыми краями и гнойным дном. После заживления остается пигментированный рубец. Чаще эктимы бывают в молодом возрасте. Течение – 1–2 недели. Дифференцируют с сифилитической эктимой, но в типичных случаях последняя имеет периферический венчик темно-красного цвета, а вульгарная эктима бывает окружена разлитой воспалительной краснотой. Кроме того, у больных сифилисом имеются и другие признаки заболевания и положительные серологические реакции.

16. Сверлящая или пронизывающая эктима (*ecthyma terebrans*)

Это заболевание относится к редким формам эктимы. Наблюдается у ослабленных, кахектичных детей, в том числе новорожденных. В этиологии придается значение присоединению к основному процессу синегнойной или кишечной палочки. Образуются глубокие язвы с гангренизацией, распространением в глубину и в ширину.

17. Хроническая поверхностная диффузная стрептодермия (*streptodermia chronica diffusa superficialis*)

Наблюдается чаще в области голеней и кистей в виде диффузного поражения значительных участков кожи. Кожа в очаге гиперемирована, немного инфильтрирована, с синюшным оттенком. С крупнопластинчатыми корками на поверхности. Под корками сплошная мокнущая поверхность. Границы очагов резкие. По мере излечения корки сменяются крупными чешуйками. Дифференцируют с экземой, при которой отмечают полиморфизм морфологических элементов и нечеткость границ.

18. Смешанные, стрепто-стафилококковые пиодермиты

Заболевания, вызываемые стрептококками и стафилококками.

Вульгарное или стрепто-стафилококковое импетиго (impetigo vulgaris, impetigo strepto-staphylogenes, impetigo contagiosa)

Предрасполагающие моменты: микротравма, мацерация и различные кожные заболевания. Болеют преимущественно дети и лица молодого возраста. Вначале возникают стрептококковые фликтены, к которым затем присоединяются стафилококки, в результате содержимое пузырей приобретает гнойный характер. Образуются массивные корки желтовато-зеленоватого цвета. По отпадению корок остается временная пигментация. Эволюция процесса – 8–15 дней. Процесс локализуется чаще на лице.

19. Хроническая язвенная или язвенно-вегетирующая пиодермия (*pyodermia chronica ulcerosa et ulcero-vegetans*)

Процесс начинается с красноты и небольшой припухлости, с фликтены, эктимы или фозникает на месте фурункула. Постепенно величина язвенной поверхности увеличивается, иногда до больших размеров. Дно бывает покрыто некротическим распадом. По периферии язвы образуются новые пустулы с образованием язв. В процесс может вовлекаться дерма, гиподерма и все глубже лежащие ткани, вплоть до костей. На поверхности язв возникают вегетации. Процесс продолжается месяцы, а иногда и годы. Дифференцируют с язвенным и язвенно-вегетирующим туберкулезом (образуются бугорки без воспалительной реакции, с соответствующими феноменами), скрофулодермой (формируются мостики), актиномикозом (деревянистая плотность), бугорково-язвенным сифилидом (толчкообразные высыпания, язвы с гладким дном, мозаичные пигментированные рубцы).

20. Шанкриформная пиодермия (*pyodermia schancriformis*)

Процесс локализуется в области половых органов, век и губ. Вначале появляется гнойничек, после вскрытия которого возникает эрозия или язва. Края язвы могут быть уплотнены, не всегда имеется гнойное отделяемое, боли иногда незначительные. Часто бывает регионарный лимфаденит. Напоминает твердый шанкр, для исключения которого необходимо исследование на бледную трепонему и КСР. При шанкриформной пиодермии инфильтрат в основании язвы выходит за пределы ее границ, что не наблюдается при твердом шанкре.

21. Пиогенная гранулема или ботриомикома (*granuloma piogenicum, Botryomycoma*)

Представляет собой одну из многочисленных разновидностей пиодермического процесса. Обычно на месте травмы кожи возникает быстро растущая, и чаще как бы сидящая на ножке, опухоль величиной от горошины до вишни и более, красного или коричнево – красного цвета, легко кровоточащая и производящая иногда впечатление сосудистой. В дальнейшем опухоль частично изъязвляется и некротизируется, выделяя гнойно–кровянистый секрет, иногда ее поверхность бывает сочной, а иногда сухой, ороговевшей. Локализуется ботриомикома чаще на кистях, стопах, губах, носу, щеках и других местах. Без лечения существует длительное время.

22. Пиоаллергиды (*pyoallergida*)

Это вторичные аллергические высыпания на коже, возникающие у больных острыми и распространенными пиодермитами. Пиоаллергиды возникают у лиц сенсibilизированных к стрепто- или стафилококковому антигену. Пиоаллергиды обычно носят распространенный характер, располагаются симметрично и бывают лихеноидные, папулезные, пустулезные, эритематозные, экссудативные, пузырьковые, полиморфные и др. В пиоаллергидах возбудители пиодермитов не выявляются, так как они возникают только за счет аллергической реакции организма на стрепто- или стафилококковые аллергены. Пиоаллергиды возникают внезапно, и часто их появление сопровождается температурной реакцией и прочими общими явлениями. Пиоаллергиды возникают в случае сильного обострения распространенных очагов пиогенной инфекции.

Лечение

В зависимости от индивидуальных особенностей больного, возраста, локализации процесса и клинической формы пиодермита, назначают местное и общее лечение.

Местно назначают:

1. Смазывание 1–2 % растворами анилиновых красителей (водными или спиртовыми), хлоргексидина биглюконата 0,05%, краской Ка-стеллани, фукорцином, водным раствором калия перманганата 1–2 %, метилурациловая мазь или паста, мази тетрациклин, оксикорт, гиоксизон, локакортен, лоринден С, дермазолон и другие. Такую местную терапию проводят при остиофолликулярных пустулах, фликтенах, эрозиях, трещинах, стафилококковом сикозе, сухой стрептодермии, заедах и других поверхностных пиогенных процессах.
2. При инфильтративных процессах (фурункулы, глубокие фолликулиты, карбункулы, гидроадениты) применяют рассасывающие мази (ихтиоловая мазь 10–20 %, мазь Вишневского).

По периферии гнойников кожу протирают 1–2 % салициловым, резорциновым или камфорным спиртом.

Местное лечение проводится при постоянном освобождении пораженного участка от пустул, гнойного содержимого, корок, гнойно – некротических пробок. В случае абсцедирования производится разрез (при карбункуле, иногда и при фурункуле, гидроадените).

При шанкриформной пиодермии, до полного исключения сифилитической природы заболевания, следует применять только примочки из физиологического раствора. После исключения сифилиса и установления шанкриформной пиодермии назначают антибиотики и наружное противобактериальное лечение (ванночки с марганцем, тетрациклиновая мазь, оксикорт, гиоксизон и др.).

В тяжелых случаях назначают антибиотики (пенициллин и его дюрантные препараты, эритромицин, олететрин, олеандомицин, тетрациклин и др.), сульфаниламидные препараты и др. Такую противобактериальную терапию назначают в необходимых случаях при фурункулах, карбункулах, гидроаденитах и прочих распространенных формах стафило- и стрептодермии. При локализации даже ограниченных стафилодермий на особо опасных участках кожного покрова (например, фурункула на лице) также следует назначить антибиотик.

Кортикостероидные гормоны назначают лишь в самых исключительных случаях (например, при тяжелых формах эпидемической пу-

зырчатки и эксфолиативном дерматите новорожденных) и обязательно в сочетании с антибиотиками.

С целью неспецифической иммунотерапии назначается аутогемотерапия, инъекции крови матери, гаммаглобулин, нативная плазма, пирогенал, продигиозан, вливания донорской крови.

Для специфической иммунотерапии используют стафилококковый антифагин, стафилококковый анатоксин, стафилококковую вакцину (в том числе аутовакцину или поливалентную вакцину), антистафилококковый гаммаглобулин и антистафилококковую сыворотку.

Общеукрепляющие средства: витамины, особенно группы «В» и «С», препараты железа и др.

При необходимости проводится патогенетическая терапия: лечение сахарного диабета, гиповитаминоза, малокровия, ожирения, очагов хронической фокальной инфекции (ангина, гайморит, альвеолярная пиаррея и др.), тромбозов, васкулита, трофических язв и др.

Физиотерапия: субэритемные дозы кварца (при распространенных остеофолликулитах и прочих рецидивирующих процессах), сухое тепло, УВЧ, ультразвук (при глубоких инфильтратах – фурункулах, карбункулах, глубоких фолликулитах, гидроаденитах и др.).

Для больного пиодермитом важно полноценное витаминизированное питание с исключением острых блюд и ограничением углеводов.

Соблюдение гигиенического режима: предупреждение переноса пиогенной инфекции на здоровые участки кожи. Купание, а при необходимости и умывание не рекомендуется. При необходимости можно рекомендовать лишь ванны с раствором марганца. Вокруг пиогенных очагов здоровые участки кожи протирают дезинфицирующими растворами. Проводится борьба с потливостью. Практикуется частая смена белья и другие гигиенические мероприятия.

Профилактика пиодермий

Профилактика пиодермитов (пиодермий) в условиях производства складывается из общесанитарных, санитарно–технических мероприятий и санитарно-просветительной работы среди населения.

Важное значение в профилактике гнойничковых заболеваний кожи имеет организация постоянной приточно-вытяжной вентиляции, борьба с запыленностью воздуха и загрязнением помещений, строительство цехов с достаточным естественным освещением, создание оптимального температурного режима в помещениях (борьба со сквозняками, перегреванием, усиленным потоотделением, сыростью).

Создание для рабочих необходимых бытовых условий (обеспечение их индивидуальными шкафчиками для рабочей и домашней одежды). Организация бесперебойной работы умывальников, душевых и гигиеническое содержание помещений для мытья.

Своевременное обеспечение рабочих спецодеждой, обувью, моющими и дезинфицирующими средствами, специальными защитными мазями и пастами. Требование гигиенического содержания рабочего места, личной и рабочей одежды.

Борьба с микротравматизмом путем изменения технологии производства, механизации и автоматизации производственных процессов, использование индивидуальных средств защиты (защитные очки, рукавицы, спецодежда). Своевременная обработка микротравм (раствором йода; клеем БФ–6; 0,5 % раствором соляной кислоты; 1–2 % раствором анилиновых красителей; жидкостью Новикова – ее состав: таннин 1,0; бриллиантовый зеленый 0,2; спирт 96° 0,2; касторовое масло 0,4; коллодий 20,0). Защита кожи от технических масел, эмульсий и продуктов нефти (для профилактики маслянных угрей).

Большое профилактическое значение имеет применение специальных паст для очистки кожи рук после работы. С этой целью применяют мыльно–ланолиновую пасту и другие средства.

Для профилактики пиодермитов у новорожденных и у детей дошкольного возраста, необходимо строгое выполнение санитарно-гигиенических мероприятий, соответственно, в роддомах, детских яслях и детских садах. Обязательная обработка микротравм дезинфицирующими средствами. Изоляция детей больных пиодермитами и своевременное их лечение. Обслуживающий персонал, страдающий гнойничковыми заболеваниями, к работе не допускается.

Важное значение для профилактики пиодермитов как у детей, так и у взрослых, имеет достаточно калорийное и витаминизированное питание, закаливание организма, оптимальный режим труда и отдыха, достаточное пребывание на свежем воздухе, воздушные и солнечные ванны, водные процедуры, активный отдых, физкультура и спорт.

ТЕМА 5

ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Начало научному изучению вопроса о вирусах положил в 1882 г. Д.И. Ивановский, который при изучении так называемой мозаичной болезни табака, обнаружил, что сок больных листьев, пропущенный через мелкопористый фильтр, не теряет своих заразных свойств. В дальнейшем было установлено, что ряд заболеваний человека и животных, в том числе и кожных, вызываются фильтрующимися вирусами. При этом в настоящее время известно, что вирусные дерматозы в общей дерматологической заболеваемости занимают значительное место.

5.1. Бородавки

Бородавки принято делить на обыкновенные (*verrucae vulgares*), плоские юношеские (*verrucae planaesyn. Juveniles*) и подошвенные (*verrucae plantares*). Кроме того, бывают остроконечные бородавки (*verrucae acuminatae*), которые обычно называют остроконечными кондиломами.

Все формы бородавок вызываются некоторыми типами вируса папилломы человека (ВПЧ).

Заражение может происходить как путем непосредственного контакта с больным, так и через различные предметы. Нередко в одной семье страдают бородавками несколько детей, реже болеют взрослые. Иногда наблюдаются массовые заболевания среди школьников. Но в то же время нельзя говорить о большой контагиозности бородавок. Возникновению различных бородавок, в том числе и остроконечных, особенно способствует травматизация соответствующих участков кожи (ссадины, порезы, расчесы, трение и др.), а также длительное влажное состояние, в том числе мацерация кожного или слизистого покрова.

Обыкновенные бородавки

Представляют собой вначале лишь слегка выступающие над уровнем окружающей здоровой кожи плоские и гладкие полигональ-

ные плотные узелки цвета нормальной кожи или слегка розоватые, иногда бледно-желтоватой окраски. Обычно довольно скоро их форма становится круглой, а поверхность неровной, как бы зернистой, окраска меняется на более темную, иногда даже черноватую, что в значительной степени зависит от внешнего загрязнения неровной поверхности бородавок. Вначале величина отдельных бородавок не превышает булавочной головки, но затем они разрастаются, обычно до размера чечевицы, а иногда и более, имея при этом нередко склонность к слиянию с соседними элементами. Количество бородавок может быть различным, от одной до сотен, причем диссеминация может произойти довольно быстро, но чаще у больных имеется по несколько бородавок. Бородавка, появившаяся первоначально, поэтому называется «материнской», она обычно большей величины, чем окружающие ее дочерние образования.

Обыкновенные бородавки локализуются на пальцах рук и на тыльной поверхности кистей, несколько реже на ладонях, образуя иногда округлые бородавчатые бляшки величиной до 20-копеечной монеты и более. Бородавки могут возникать и на других участках кожного покрова, в частности на предплечьях, лице, на веках, губах, волосистой части головы и других местах. При локализации на лице, туловище, нижних конечностях, красной кайме губ и на слизистой оболочке рта, в том числе на языке, обыкновенные бородавки иногда принимают нитевидную форму (*verrucae filiformes*), и их обычно уже называют папилломами.

В подавляющем большинстве случаев «носителями» обыкновенных бородавок бывают дети, юноши и девушки в возрасте до 15 лет. Среди взрослых очень редко приходится видеть больных с множественными бородавками. Субъективные ощущения при этом заболевании отсутствуют. Иногда простые бородавки исчезают спонтанно.

Плоские юношеские бородавки

Бывают обычно в молодом возрасте. Локализуются преимущественно на коже лица (чаще лба и щек), шеи, а также тыльной поверхности кистей и на пальцах рук. Внезапно возникают почти невозвышающиеся над поверхностью кожи бледно-розового или светло-коричневого цвета или же по окраске вовсе не отличающиеся от нормальной кожи, гладкие, плоские, округлой или полигональной формы, не очень резко ограниченные узелки, величиной с булавочную головку и несколько больше. На их поверхности иногда можно

заметить ничтожное шелушение. Плоские бородавки имеют тенденцию к слиянию, особенно при локализации на лице. На кистях рук окраска плоских бородавок может иметь красноватый оттенок. Как и обыкновенные, плоские бородавки могут самопроизвольно подвергаться регрессу. Субъективных ощущений здесь также не отмечается, только иногда больные жалуются на небольшое стягивание кожи при локализации высыпаний на коже лица.

Подошвенные бородавки

Представляют наиболее неприятную форму бородавок в отношении субъективных ощущений, при этом они обычно в той или иной мере мешают ходьбе. Эти бородавки возникают почти исключительно на местах давления, большей частью обувью. Но иногда эта разновидность бородавок встречается и не на подошвах, а именно на подногтевых участках кожи рук. Количество элементов при этом может быть различное, чаще появляется несколько бородавок. В месте бородавок возникают очаги утолщенного рогового слоя величиной с горошину и более, иногда неправильной формы (последняя находится в зависимости от локализации бородавки). Центральную часть бородавки удается относительно легко удалить механически, после чего обнаруживается несколько влажная сосочковая поверхность мягкой консистенции, по окружности которой остается плотное роговое кольцо. Подошвенные бородавки имеют выраженную тенденцию, особенно у лиц моложе 16 лет, к самостоятельному обратному развитию.

5.2. Остроконечные кондиломы

Представляют собой вначале маленькие плоские или сосочковые ограниченные узелки цвета нормальной кожи (или слизистой оболочки), которые постепенно превращаются в нитевидные разрастания, имеющие тенденцию к группировке, в результате чего могут возникать разрастания значительной величины, иногда до размера большого яблока, напоминающие по внешнему виду куски цветной капусты (гигантские остроконечные кондиломы Бушке–Левенштайна) или же петушиный гребешок. Цвет разрастаний при этом может становиться розовым или красным, при сильных разрастаниях кожа в глубине складок, интенсивно красная, поверхность самих кондилом белого цвета. Между сосочковыми разрастаниями при этом накапливается экссудат, что придает поражению своеобразную влажность, кровото-

чащие трещины, иногда, болезненность, неприятный запах. Локализуются остроконечные кондиломы преимущественно на половых органах: у мужчин – в венечной борозде и на крайней плоти, у женщин – на слизистой оболочке вульвы. Из других мест чаще поражается область заднепроходного отверстия, а у женщин еще и промежность. Гораздо реже этот вид бородавок бывает в подмышечных впадинах, в области пупка и в других кожных складках. Благоприятствует развитию остроконечных кондилом длительное влажное состояние кожных складок.

Особенно быстрый рост остроконечных кондилом отмечается у беременных, но чаще после родов происходит их самопроизвольное обратное развитие, в обычных же случаях, напротив, остроконечные кондиломы имеют склонность к длительному течению и иногда рецидивированию. В очень редких случаях остроконечные кондиломы злокачественно перерождаются (при длительном фимозе).

Остроконечные кондиломы представляют некоторую опасность в отношении контагиозности, и известны случаи заражения при половых связях, но это еще позволяет говорить об этой разновидности бородавок как о венерических папилломах, однако они возникают и вне всякой зависимости от половой жизни.

Гистология

При обыкновенных бородавках отмечается значительное разрастание, как эпителия, так и сосочков дермы. Обнаруживается гиперкератоз, местами паракератоз. На некоторых участках имеется гипергранулез, клетки шиповидного слоя сильно вакуолизированы, особенно в молодых элементах его поверхностной части. Эпителиальные отростки в виде массивных акантозных образований сходятся от периферии к центру в нижней части бородавки, образуя подобие чаши. Соответственно этому наблюдается удлинение сосочков дермы. Сосуды поверхностной сети расширены, иногда переполнены эритроцитами и окружены небольшими лимфоцитарными инфильтратами.

При остроконечных кондиломах отмечается гипертрофия удлиненных сосочков, которые, разветвляясь, поднимаются над уровнем окружающей поверхности.

Эпителий, покрывающий эти сосочки, сильно утолщен. Роговой слой местами имеет паракератотическое строение, местами он пропитан лимфой и покрыт распадом. Клетки мальпигиева слоя, особенно в верхней части, сильно вакуолизированы. Сосуды сосочков расшире-

ны, окружены лимфоцитами, полинуклеарами, единичными гистиоцитами, а также плазматическими и изредка тучными клетками.

Гистологическая картина при плоских юношеских бородавках отличается от наблюдаемой при обыкновенной бородавке отсутствием гипертрофии сосочкового слоя и выраженного акантоза. Гипертрофия рогового слоя не сопровождается паракератозом. Зернистый слой местами достигает значительной толщины. В гиперплазированном шиповидном и зернистом слоях обнаруживается выраженная вакуолизация клеток, главным образом, в верхней части. Вакуолизованные клетки крупнее нормальных. Ядра уменьшены и окрашиваются интенсивнее, чем в норме. В дерме незначительная околосоудистая инфильтрация.

Диагностика

Обыкновенные бородавки обычно диагностировать нетрудно. Следует только иметь в виду, что иногда при болезни Дарье (фолликулярный дискератоз) высыпания на тыле кистей клинически до такой степени напоминают обыкновенные бородавки, что только по одним этим высыпаниям провести дифференциальный диагноз не представляется возможным.

В отличие от бородавчатого туберкулеза кожи при обыкновенных бородавках отсутствуют какие-либо клинически выраженные воспалительные явления. Что касается *acantosis nigricans*, то наблюдается совершенно другая излюбленная локализация процесса: сплошная темная окраска высыпаний, их преимущественно сосочковый характер. Общее ослабление организма позволяет отличить это злокачественное страдание от обыкновенных бородавок.

Иногда некоторые диагностические трудности могут представлять плоские юношеские бородавки. В первую очередь это касается редкого заболевания кожи – верруциформной эпидермодисплазии Левандовского–Лютца, но при этом страдании более выражена розоватая воспалительная окраска высыпаний, величина последних большая, резче выражена наклонность высыпаний к слиянию, причем они обычно диссеминированы, располагаются преимущественно на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, лице, шее, туловище. Высыпания крайне резистентны и могут держаться, не изменяясь годами. Гистологически при верруциформной эпидермодисплазии, обнаруживается очень резко выраженная вакуолизация клеток мальпигиева слоя, клеточные включения не обнаруживаются.

Кроме того, в отдельных случаях происходит злокачественное перерождение высыпаний верруциформной эпидермодисплазии.

При верруциформном акрокератозе Гопфа папулы в обилии располагаются на тыле кистей и стоп. Гистологически отмечается волнистый гиперкератоз, утолщение зернистого слоя и небольшой акантоз. Клеточные включения также отсутствуют.

От красного плоского лишая, плоские юношеские бородавки отличаются менее резкой ограниченностью отдельных высыпаний, локализацией преимущественно на лице, шее и тыльной поверхности кистей, отсутствием блеска и отчетливой полигональности высыпаний, отсутствием каких-либо субъективных ощущений, совершенно другой гистологической картиной и др. Нужно дифференцировать с начинающимися веснушками, а также с лентиго, но при плоских юношеских бородавках пигментация иногда не достигает такой интенсивности, как при типичных случаях вышеназванных изменений кожи. Кроме того, высыпания плоских юношеских бородавок представляют собой папулезные элементы, а не чисто пятнистые, каковыми являются веснушки и лентигинозные высыпания.

Подошвенные бородавки иногда трудно отличить от оmozолелости, но при последней отсутствует мягкий сосочковый центр, который отчетливо обнаруживается после удаления покрывающих его роговых масс. Кроме того оmozолелость обычно более болезненна, чем подошвенные бородавки и значительно резистентнее последних.

Остроконечные кондиломы нередко приходится дифференцировать с сифилитическими широкими кондиломами, от которых они отличаются, в первую очередь тем, что представляют собой сосочковые разрастания без какого-либо плотного широкого основания. Поверхность остроконечных бородавок очень редко мацерируется, и в отделемом, естественно, не обнаруживаются бледные трепонемы. Кроме того, отсутствуют какие-либо другие признаки вторичного сифилиса, серологические реакции отрицательны. При этом не следует упускать из вида возможность одновременного наличия остроконечных и широких кондилом. Подобное сочетание можно объяснить тем, что скопление, особенно у нечистоплотных лиц при наличии у них широких кондилом, отделяемого благоприятствует развитию остроконечных кондилом. Остроконечный характер разрастаний позволяет отличить остроконечные кондиломы от высыпаний вегетирующей пузырьчатки.

Лечение

Положительный терапевтический эффект при бородавках получают от применения гипноза и внушения, что свидетельствует о некоторой роли центральной нервной системы в их патогенезе.

Наиболее целесообразным способом лечения обыкновенных и подошвенных бородавок является разрушение и удаление их при помощи электрокоагуляции. При особо большой чувствительности больных можно прибегать к местной анестезии.

Необходимо отметить, что не всегда следует удалять все бородавки. Иногда достаточно скоагулировать лишь несколько элементов, в том числе желательно разрушить первоначальную, самую большую, так называемую материнскую бородавку, после чего нередко происходит самопроизвольное обратное развитие остальных бородавок. Бородавки могут быть разрушены током препарата дарсонваль. Обыкновенные и подошвенные бородавки могут быть удалены и хирургически. При лечении обыкновенных бородавок применяется криотерапия, но при этом следует крайне осторожно дозировать замораживание снегом угольной кислоты во избежание последующего образования рубцов. В настоящее время для лечения бородавок широко используют замораживание жидким азотом. При обыкновенных и подошвенных бородавках применяют также свинцовый пластырь поровну с салициловой кислотой, молочно-салициловый коллодий, 30 % пергидроль, фerezол и другие средства и методы. Иногда при подошвенных бородавках хорошие результаты наблюдаются от криотерапии, если ей предшествует отслойка роговых масс 20 % салициловой мазью (при этом необходима защита окружающей кожи лейкопластырем).

В некоторых случаях обыкновенные бородавки исчезают после смазывания их 3 раза в день желтым соком свежего растения чистотела.

При большом количестве обыкновенных или подошвенных бородавок на ограниченных участках кожи, а также в случаях весьма резистентных подногтевых бородавок можно прибегать к местной рентгенотерапии или лечению лучами Букки или лечению бетатроном.

При плоских юношеских бородавках назначают внутрь жженую магнезию. Иногда хорошее влияние оказывает аутогемотерапия и местное применение УФЛ в эритемных дозах.

Из местных медикаментозных средств назначают прижигание фerezолом, препарат солкодерм, замораживание жидким азотом или противовирусные мази (3 % оксолиновая, 5 % теброфеновая).

Лечение остроконечных кондилом может проводиться различными способами в зависимости от локализации процесса, его распространения и чувствительности больного. При хирургическом удалении остроконечных кондилом на половых органах лучше всего пользоваться острой ложечкой (предварительно обеспечив местную анестезию) с последующим смазыванием раствором полуторахлористого железа. При единичных остроконечных кондиломах можно применить и диатермокоагуляцию, жидкий азот, солкодерм, подофиллин 20 %. В последние годы с успехом применяют для лечения интерферон, а для местной терапии – жидкий азот.

Как видно из вышеизложенного, остроконечные кондиломы можно убрать разными методами, но нередко в дальнейшем возникают рецидивы заболевания. В связи с этим, Шперлинг Н.В., Пестерев П.Н., Саратиков А.С. и Шперлинг И.А. разработали метод (патент № 2221562 от 20.01.2004) согласно которого больному назначают индуктор лейкоцитарного интерферона – йодантипирин по 100 мг 2 раза в день в течение 25 дней и в последующем по 100 мг 1 раз в день в течение 50 дней, а при наличии кондилом размерами от 0,1 до 0,5 см проводят их химическую деструкцию, например солковагином, одновременно с назначением йодантипирина по указанному режиму.

Как указывают авторы, после проведенного лечения таким методом рецидивов остроконечного кондиломатоза не наблюдалось.

При распространенном кондиломатозе назначают зовиракс (ацикловир) внутрь в сочетании с местной терапией.

Профилактика

Профилактика бородавок состоит в соблюдении гигиенических правил ухода за кожей. Не следует ходить босиком по полу, нужно избегать постоянного давления и травматизации подошв и т. д. В случае возникновения бородавок рекомендуется своевременно лечить их, так как они довольно быстро размножаются. Необходимо своевременное лечение акроцианоза и гипергидроза, способствующего излечению бородавок. В детских учреждениях при осмотре следует обращать внимание на бородавки, как у детей, так и у обслуживающего персонала и принимать меры к их лечению.

Профилактика остроконечных кондилом заключается в своевременном и рациональном их лечении, тщательном гигиеническом уxo-

де за соответствующими участками кожи и слизистой оболочки. При локализации на половых органах больные должны воздерживаться от полового общения до излечения.

5.3. Контагиозный моллюск (*molluscum contagiosum*)

Возбудитель – *molitorhominis*.

Это заболевание было впервые описано в 1817 г. Бетменом, а его инфекционная природа была доказана в 1841 г. Петерсоном, который впервые описал так называемые моллюсковые тельца.

Заразительный моллюск представляет собой контагиозное вирусное заболевание. Иногда наблюдаются эпидемические вспышки, особенно среди детей как младшего, так и более старшего возраста, но это заболевание встречается и у взрослых.

Иногда заражение происходит при половых связях.

Инкубационный период при контагиозном моллюске колеблется от 17 дней до 20 месяцев.

Клиника

Вначале на коже возникают мелкие, величиной с булавочную головку, круглые, плоские, еле выступающие над уровнем окружающей здоровой кожи, резко отграниченные, слегка блестящие, цвета нормальной кожи или беловато-желтоватые восковидные плотные узелки, которые довольно быстро вырастают до величины горошины, иногда и больше, принимают шаровидную форму с центральным пупкообразным вдавлением, что придает им некоторое сходство с оспенными высыпаниями. Узелки несколько просвечиваются, окраска их иногда становится бледно-розовой, изредка в центральной их части видно не одно, а два отдельных вдавливания. При надавливании на узелок с боков из пупковидного вдавливания выделяется плотноватая, творожистая, иногда кашицеобразная, реже гнойная, беловатого цвета масса, состоящая из дегенерированных эпителиальных клеток и кератина. По окружности узелков воспалительные явления отсутствуют, субъективных явлений также нет. В отдельных случаях рядом расположенные узелки сливаются, образуя при этом иногда очаги значительных размеров – это так называемый гигантский заразительный моллюск. К редкой разновидности относится ороговевший заразительный моллюск. В отдельных случаях количество высыпаний достигает нескольких десятков, а иногда даже сотен (генерализованный заразительный моллюск).

Локализуются высыпания преимущественно на открытых участках кожного покрова: на лице, в том числе нередко на веках, шее, кистях. Часто они бывают и на коже половых органов, могут возникать и на других участках кожи. Нередко узелки группируются, иногда располагаются линейно (на местах расчесов и царапин).

При отсутствии лечения течение заболевания относительно длительное до 2–3 месяцев. В некоторых случаях обратное развитие высыпаний ускоряется благодаря тому, что опорожнению высыпаний способствует какая-либо травматизация, раздражение или же присоединившаяся вторичная инфекция.

Гистология

Гистологически имеется вдавливание, как общее, так и в каждой дольке. При юных формах эти вдавливания мелкие, при старых – более глубокие.

Одни сосочки уплощаются, другие суживаются, превращаясь в длинные перегородки. Эти перегородки делят элемент на правильные дольки, суженные по направлению к пупковидному вдавливанию.

Весь элемент окружен рыхлой соединительной тканью, содержащей некоторое количество сосудов и клеток.

При гистологическом изучении обращает на себя внимание своеобразная дегенерация эпителиальных клеток.

Начальные стадии дегенерации обнаруживаются лишь при применении специальной окраски. Клетка увеличивается в размерах, в ней появляются вакуоли подобные пятнышки, которые при дифференциации в пикриновой кислоте и окраске со щелочной метиленовой синью представляются красно-фиолетовыми. Эти пятнышки, ранее рассматриваемые, как возбудители, в настоящее время считаются продуктом клеточного превращения, происходящего или из ядра, или из протоплазмы.

Ядро измененных клеток становится эксцентрическим, уплощается и принимает серповидную форму. В дегенерированных клетках кератогиалин и элеидин не обнаруживаются. Вместе с тем многие клетки эпидермиса остаются нормальными.

Дискератотически ороговевшая клетка, в которой исчезает ядро, превращается в овальное, безъядерное, гомогенное, сильно преломляющее свет образование – «моллюсковое тельце». Дойдя до рогового слоя, эти дегенеративные клетки ороговевают и в таком виде лежат на поверхности.

Вирус заразительного моллюска относится к числу наиболее крупных, что позволяет видеть его в простой микроскоп.

Диагностика

От простых бородавок заразительный моллюск отличается более ровной поверхностью, меньшей плотностью, наличием пупковидного вдавления, возможностью выдавить содержимое. От плоских юношеских бородавок – последними двумя признаками, а также окраской, приближающейся к окраске нормальной кожи или бледно-желтоватой, и более резкой ограниченностью отдельных узелков.

От сифилитических папул заразительный моллюск можно отличить по совершенно другой окраске, пупкообразному вдавлению, возможностью получить характерное творожистое содержимое, отсутствием других признаков сифилиса. В сомнительных случаях можно провести исследование на бледную трепонему и серологические реакции.

В случае гигантских заразительных моллюсков иногда возможно смешивание, как с остроконечными, так и с широкими кондиломами, но наличие при этом, особенно по периферии больших очагов поражения, отдельных типичных элементов, а также приведенные выше клинические симптомы и результаты лабораторных исследований позволяют поставить правильный диагноз.

Лечение

Каждый узелок заразительного моллюска нужно тем или иным способом удалить с последующим применением какого-либо дезинфицирующего средства, лучше всего смазывания 10 % раствором йода.

Удаление элементов можно производить путем тщательного выдавливания эпиляционным пинцетом, при помощи диатермокоагуляции или выскабливания острой ложечкой. При кровотечении применяется полутарохлористое железо. Можно также применить смазывание 20 % раствором подофиллина в 90 % спирте (1–2 раза в неделю), но лечение при этом способе довольно длительное. Применяют также прижигание 80 % раствором трихлоруксусной кислоты.

При обилии элементов заразительного моллюска целесообразно одновременно с местным лечением назначить лейкоцитарный интерферон или индуктор интерферона.

В случае появления элементов заразительного моллюска около глаз, лечение должны проводить офтальмологи.

Профилактика

Заражение заразительным моллюском может происходить как непосредственно от больного человека, так и через инфицированные предметы (белье, предметы ухода и др.). Возможно также заражение человека от животных и птиц. Ввиду того, что заразительным моллюском болеют преимущественно дети, врачи при осмотрах в детских учреждениях как детей, так и обслуживающего персонала должны обращать особое внимание на это заболевание, вначале малозаметное. В сомнительных случаях следует консультировать больного со специалистом.

5.4. Простой пузырьковый лишай (Herpes simplex)

Заболевание встречается очень часто.

Возбудителем болезни является вирус простого герпеса (ВПГ). Его делят на два серотипа: ВПГ–1 и ВПГ–2. Первый, обычно, вызывает заболевание в области губ, рта, носа и глаз, а второй – высыпания в области гениталий. Однако при орогенитальных контактах ВПГ–1 может вызывать заболевания в области гениталий и, наоборот, ВПГ–2 – в области губ и слизистой рта.

Изредка ВПГ может вызывать заболевание на коже туловища и конечностей.

Инфицирование ВПГ–1 происходит воздушно-капельным путем и через поцелуй. Инфицирование ВПГ–2 происходит при половых связях. После первичного проявления инфекции ВПГ–1 и ВПГ–2 сохраняются в неактивной форме в клетках сакрального ганглия. Оба серотипа обуславливают хроническое рецидивирующее течение. Рецидивы могут возникать при простудных заболеваниях, переохлаждении, перегревании, местной травматизации, в том числе и солнечных ожогах. Следует учитывать, что ВПГ и, особенно, ВПГ–2 обладает онкогенными свойствами.

Клиника

Нередко за 24–48 часов появлению герпеса на коже или на слизистой предшествуют субъективные ощущения в виде покалывания, жжения, зуда и т.п. Иногда на этом первом этапе заболевание может остановиться. Затем появляются одно или несколько эритематозных, слегка отечных пятен, на поверхности которых слегка заметны небольшие возвышения. И на этой стадии развития процесс может прекратиться.

На фоне эритемы, на местах описанных выше возвышений, образуются сгруппированные пузырьки (от 2–5 до 20 и более) полусферической формы, одинаковой величины – от булавочной головки, до конопляного зерна, с напряженной покрывкой, наполненные чуть желтоватым прозрачным, реже геморрагическим экссудатом, который позднее мутнеет, становится гнойным.

Пузырьки тесно скучены, иногда соприкасаются друг с другом и сливаются, образуя псевдопузыри с полициклическими краями. Как правило, после появления пузырьков субъективные ощущения быстро проходят, а эритематозный фон постепенно бледнеет. Стадия подсыхания пузырьков сопровождается полным исчезновением эритемы, содержимое их засыхает в желтые или бурые корочки, которые через несколько дней отпадают, оставляя после себя постепенно исчезающие красно-бурые пятна.

В некоторых случаях герпес сопровождается слегка болезненным увеличением регионарных лимфатических узлов, небольшим повышением температуры.

Общая продолжительность заболевания 1–2 недели.

Высыпания на слизистой щек (*herpes buccalis*), глотки (*herpes faringialis*, syn. *Anginaherpetica*) и конъюнктивиты (*herpes conjunctivalis*) встречается редко. Значительно чаще герпес поражает слизистую половых органов (*herpes genitalis*).

Вследствие мацерации и травматизации, серовато-белая покрывка пузырьков, окруженная узким эритематозным венчиком, быстро разрывается, обнажая слегка болезненную, четко ограниченную эрозию с гладким мягким красным дном, иногда покрытым дифтероидным налетом.

Через несколько дней эрозии эпителизируются, и на этом месте на некоторое время остается карминово-красное пятно.

Если эрозия инфицируется или подвергается раздражению, то она может превратиться в поверхностную язву с несколько уплотненным дном и небольшим отеком по периферии. Регионарные лимфатические узлы в таких случаях нередко увеличиваются, становятся болезненными.

Герпес на половых органах нередко сопровождается невралгическими болями.

У мужчин высыпания обычно ограниченные (иногда всего 1–2 пузырька), локализируются, главным образом, в венечной борозде, на препуциальном мешке, реже на головке или на коже полового члена.

Покрышка пузырьков быстро разрывается, образуется мягкая полициклическая эрозия с четкими краями, нередко болезненная. Поражение ладьевидной ямки мочеиспускательного канала (*herpesuretralis*) сопровождается нередко стреляющими болями, болезненным мочеиспусканием и небольшим серозным выделением из уретры. При *herpesgenitalis* наблюдается умеренная воспалительная регионарная аденопатия. Общая продолжительность заболевания около 2–3 недель.

У женщин герпес локализуется на внутренней поверхности больших половых губ, на малых половых губах и в области клитора, реже на стенках влагалища или на шейке матки. У беременных и при белях высыпания герпеса зачастую очень обильные, распространяются на промежность и внутреннюю поверхность бедер, сопровождаются общими расстройствами и настолько интенсивными болевыми ощущениями, что вынуждают больных лечь в постель. Вульва болезненна, эритематозная и отечная. При разрыве пузырьков выделяется серозно-гнойная зловонная жидкость, вследствие присоединения вторичной инфекции.

Регионарный воспалительный аденит у женщин наблюдается чаще. Продолжительность заболевания от 2 до 3 недель.

Herpes ocularis seuconjunctivalis сопровождаются конъюнктивитом, отеком век и нередко герпетическим кератитом. При *herpesbucco-faringealis* поражается внутренняя поверхность губ, щек, значительно реже десны. Герпетическая ангина обычно сопровождается повышением температуры до 39–40 °С, миндалины краснеют, становятся отечными, и на этом фоне видны группы пузырьков, а чаще полициклических эрозий, покрытых кашицеобразным серым налетом. В некоторых случаях может быть тризм.

Рецидивирующий герпес (herpes recidivans)

Характеризуется повторными высыпаниями в той же области через более или менее продолжительные промежутки времени, от нескольких дней до нескольких месяцев. Иногда рецидивы бывают связаны с временем года (весна, осень). У некоторых людей каждое последующее высыпание становится все более тяжелым и распространенным, а у других (у пожилых) менее выраженным. После повторных рецидивов могут образоваться поверхностные рубчики, пигментация, а также хронический отек.

У женщин рецидивы герпеса могут быть связаны с менструальным циклом, ритмические рецидивы встречаются чаще, а нервные симптомы при них выражены слабее.

В спинномозговой жидкости у больных (чаще генитальным герпесом) находят увеличенное содержание лимфоцитов, иногда повышение уровня альбумина. Описаны случаи острого менингита с внезапным повышением температуры до 39° С.

Бывают **атипичные формы пузырькового лишая:**

1. Abortивная форма, когда имеются только едва заметные папулезные высыпания, что встречается, главным образом, на участках кожного покрова с толстым роговым слоем.
2. Отечная форма, когда вследствие очень сильного отека не видны первичные высыпания, что встречается иногда на участках кожи с очень рыхлой подкожной клетчаткой (на веках, губах и др.).
3. Зостериформный пузырьковый лишай (*herpes simplex zosteriformis*), когда последний располагается по ходу нерва, что большей частью встречается на конечностях, ягодицах.

Гистопатология

Пузырьки располагаются глубоко в эпидермисе, в шиповидном слое, иногда при этом последний отделяется полностью от сосочков дермы. Наряду с коагуляционным некрозом клеток шиповидного слоя имеется баллонизирующая и сетчатая дегенерация эпителия, при чем в противоположность опоясывающему лишаю здесь преобладает последняя. В собственной коже отмечается большая или меньшая степень отека, расширение кровеносных сосудов и околосоудистый инфильтрат, состоящий из лейкоцитов, клеток соединительной ткани и тучных клеток.

Диагностика

В отличие от опоясывающего лишая при пузырьковом лишае отсутствуют интенсивные болезненные ощущения, само высыпание при пузырьковом лишае не распространяется по ходу нервов, иногда оно к тому же двустороннее. Кроме того, пузырьковый лишай имеет склонность к рецидивам, что совершенно не свойственно опоясывающему лишаю.

Иногда приходится дифференцировать от стрептококкового импетиго, но микрополицикличность очертаний, быстрое вскрытие пузырьков, отсутствие отсевов, а также характерных для импетиго корок, все это позволяет поставить правильный диагноз.

На слизистой рта иногда, необходимо дифференцировать с многоформной экссудативной эритемой, но при ней заболевание, обычно, рецидивирует весной и осенью. На фоне генерализованной и отечной слизистой оболочки появляются крупные пузыри, которые быстро вскрываются, оставляя эрозии неправильных очертаний. На красной кайме содержимое пузыря ссыхается, образуя массивные кровянистые корки.

При акантолитической пузырчатке пузыри и эрозии располагаются на видимо неизменной слизистой оболочке. Они не склонны к заживлению. При цитологическом исследовании в мазках-отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки Тцанка.

В отличие от твердого шанкра при генитальном герпесе очертания очагов полициклические, высыпания состоят из слившихся мелких эрозий, расположенных на воспалительном основании, в их основании инфильтрат отсутствует, течение острое, лимфоузлы или не увеличены, или увеличены незначительно, неплотные. Имеет значение анамнез.

При пузырьковом лишае на половых органах приходится дифференцировать от чесотки, но при герпесе отсутствуют чесоточные ходы и зуд. В случае малейшего подозрения на чесотку показаны поиски чесоточного клеща. Дифференцируют с эрозивным баланитом, но он занимает большое пространство, при нем отсутствуют микрополициклические очертания, выражены воспалительные явления и экссудация. Дифференцируют также с вульвитом, с острой язвой вульвы и другими заболеваниями.

От вторичных сифилидов на слизистых оболочках пузырьковый лишай легко отличить по отсутствию характерной для первых белеватой, опаловой окраски, а также инфильтрата в основании папулезных высыпаний

Для подтверждения диагноза простого герпеса можно использовать цитологический метод. Исследование соскоба проводят в первые 2–3 дня после появления пузырьков. При окраске препарата по Романовскому–Гимзе выявляются гигантские клетки с базофильной цитоплазмой, имеющие 3–4 ядра и больше. Ядра располагаются скученно, наслаиваются одно на другое, что создает впечатление конгломерата.

Наиболее точным подтверждением диагноза является ПЦР–диагностика. ПЦР наиболее чувствительна для выявления ДНК ВПГ. Существует набор праймеров для ПЦР ВПГ–1 и ВПГ–2, но этот дорогостоящий метод требует специального оборудования.

Лечение

Поскольку развитие простого пузырькового лишая и дальнейшие его рецидивы возникают у ослабленных пациентов, необходимо обратить внимание на общее состояние больного, наличие тех или иных заболеваний, очагов фокальных инфекций, склонность к простудным заболеваниям, учесть иммунологический статус. Все это важно для определения курса лечебно-профилактических мероприятий.

Местно назначают 2–3 % растворы анилиновых красителей, краску Кастеллани, фукорцин, 3 % оксолиновую, 3–5 % теброфеновую, 5 % мазь зовиракс и раствор лейкоцитарного интерферона 6–7 раз в день.

При рецидивирующем герпесе назначают внутрь зовиракс по 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней одновременно с местной терапией (зовиракс 5 % мазь 6 раз в день).

Для предотвращения рецидивов назначают герпетическую поливалентную вакцину, которую вводят внутрикожно по 0,1–0,2 мл с интервалом 2–3 дня. На курс 10 инъекций. Герпетическая вакцина дает хороший профилактический эффект.

При отсутствии герпетической вакцины можно провести лечение дезоксирибонуклеазой (ДНКазой), которую вводят внутримышечно по 10–25 мг в дистиллированной воде, через день; на курс 6–10 инъекций.

Профилактика

Для предупреждения герпеса необходима санация организма от фокальной инфекции, в первую очередь санация полости рта и зева (зубы, десны, миндалины и др.), носа и придаточных полостей (гайморит, этmoidит и др.), а также лечение имеющихся расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта, нервной системы, желез внутренней секреции и др.

Местная профилактика заключается в особо тщательном гигиеническом и атравматическом содержании участков кожи или слизистой оболочки, на которых у данного больного развивается герпетический процесс. Больные с пузырьковым лишаем должны соблюдать осторожность при появлении высыпаний. Так, например, больной герпесом лица не должен целоваться, при генитальном герпесе следует избегать половых общений.

5.5. *Опоясывающий лишай (herpes zoster, zona)*

Заболевание вызывает нейротропный фильтрующийся вирус – *strongiloplasma zonae*, который сходен с вирусом ветряной оспы или идентичен ему.

Известно, что дети, не болевшие ветряной оспой, в случае прививки им содержимого пузырьков опоясывающего лишая иммунизируются и становятся невосприимчивыми к ветряной оспе, дети же, болевшие ранее ветряной оспой, иммунны к прививкам им вируса опоясывающего лишая. Имеется ряд клинических наблюдений возникновения у ребенка ветряной оспы через 8–20 (чаще 14–16) дней после заболевания взрослого члена семьи опоясывающим лишаем. В отдельных случаях бывает наоборот: от ребенка, больного ветряной оспой, заражается взрослый член семьи, у которого развивается клиническая картина опоясывающего лишая.

Результаты реакции связывания комплемента у больных опоясывающим лишаем и ветряной оспой показывают, что оба эти заболевания вызываются одним вирусом. Можно предполагать, что в случаях, когда более выражена нейротропность вируса, причиной чего может быть и соответствующее состояние макроорганизма, он вызывает опоясывающий лишай, в других случаях – ветряную оспу. При этом совершенно ясным является особое предрасположение детей к заболеванию ветряной оспой, а взрослых – к заболеванию опоясывающим лишаем.

Клиника

Инкубационный период 7–8 дней. Большей частью высыпанию предшествуют местные продромальные явления, как, парестезии, зуд, боль по ходу нерва, при чем иногда эти субъективные явления несколько выходят за пределы расположения будущего высыпания. Высыпания возникают отдельными группами, между которыми остаются участки клинически здоровой кожи. На более или менее отечном розовато-красном основании вначале появляется группа узелков, затем быстро превращающихся в пузырьки величиной от булавочной головки до чечевицы. Пузырьки напряжены, имеют толстую покрывку. Если пузырьки не вскрываются самопроизвольно, что встречается относительно редко, то через несколько дней содержимое их мутнеет, и они могут превращаться в пустулы. Чаще, однако, пузырьки ссыхаются в желтовато-коричневатые корочки, которые

через 5–10 дней отпадают, оставляя после себя на время красноватые участки кожи. Стойкого следа не остается.

Наиболее характерными клиническими чертами опоясывающего лишая является расположение высыпаний по ходу нерва и асимметрия. Не менее характерны интенсивные болезненные ощущения типа невралгических в области высыпаний и далеко за их пределами. У пожилых боли нередко длятся еще месяцы и даже годы после исчезновения кожных высыпаний. Иногда же, в редких случаях, у больных опоясывающим лишаем почти не бывает субъективных ощущений или же они ограничиваются только небольшим жжением на участках высыпаний.

Степень субъективных ощущений не всегда соответствует тяжести и распространенности клинических явлений. При некоторых локализациях болезненность бывает более сильной, например, при опоясывающем лишае в области первой ветви тройничного нерва.

Большую опасность представляет локализация процесса в области глаз, приводящая иногда к изъязвлению роговицы и панопталмии. Другими серьезными осложнениями являются парез тройничного нерва, снижение слуха. Заболевание может осложниться менингитом, энцефалитом.

Известны случаи опоясывающего лишая, симулирующие ввиду интенсивности болей другие заболевания, например острый аппендицит, холецистит, инфаркт миокарда и др.

Сопутствующим симптомом опоясывающего лишая является увеличение лимфатических узлов размерами до голубинового яйца, болезненных, не нагнаивающихся. Излюбленной локализацией этого процесса является кожа головы и других частей лица, затылочной области и шеи, груди, живота, плеч, бедер, ягодиц.

Из атипичных форм опоясывающего лишая следует указать:

- 1) абортивный;
- 2) пузырьный;
- 3) геморрагический;
- 4) гангренозный или некротический.

На слизистой оболочке рта опоясывающий лишай протекает в виде отека, пузырьков и пузырей, которые быстро вскрываются, обнажая эрозивное дно, резко выраженные субъективные явления (боль, жжение), односторонность поражения. Редко поражается слизистая влагалища.

Особого упоминания заслуживает генерализованный или диссеминированный опоясывающий лишай: при лихорадочных явлениях и общем плохом самочувствии на различных участках кожного покрова возникают варицеллеподобные высыпания, которые не вызывают каких-либо субъективных ощущений, держатся в течение 1–2 недель и затем бесследно проходят.

Дети опоясывающим лишаем болеют очень редко, пожилые люди, напротив, часто.

Течение заболевания занимает около 2–3 недель, гангренозная форма до 2–3 месяцев.

Опоясывающий лишай принято делить на: идиопатический или спонтанный, когда причина, непосредственно вызывающая заболевание, остается неясной, и симптоматический, который возникает в результате различных интоксикаций (мышьяк, ртуть, висмут, золото, йод, свинец), инфекций (цереброспинальный менингит, септическое состояние, малярия, грипп, фокальная инфекция, рожа, туберкулез, сифилис, пневмония), противооспенной вакцинации, рентгеновского облучения, травмы, охлаждения и некоторых тяжелых заболеваниях (лейкемия, диабет, подагра, уремия, онкологическое заболевание и др.

Опоясывающий лишай чаще встречается весной и осенью, описаны отдельные эпидемические вспышки заболевания.

Опоясывающий лишай оставляет иммунитет. Рецидивы не наблюдаются. Однако у больных, страдающих тяжелыми заболеваниями, с резким снижением иммунитета (рак, лейкоз, СПИД и др.), могут наблюдаться рецидивы и генерализованные формы болезни.

Гистология

Находят на аутопсии интерстициальное воспаление ганглиев задних корешков нервов. В некоторых случаях – периферический неврит. Изменения ганглиев и нервов являются первичными, кожные же высыпания – вторичные.

Гистология кожных высыпаний при опоясывающем лишае ничем принципиально не отличается от таковой при пузырьковом лишае.

Диагностика

Трудно дифференцировать опоясывающий лишай от зостерiformного пузырькового лишая, однако последний рецидивирует, при нем отсутствуют субъективные явления, иногда наблюдается двусторонность поражения.

Иногда трудно дифференцировать начальные формы опоясывающего лишая, особенно при их локализации на волосистой части го-

ловы и на лбу. Здесь возможно смешивание с рожей, но при последней резкие границы, более яркая краснота, большая отечность, расположение высыпаний не по ходу нервов, меньшая болезненность, сплошной очаг. При экземе характерен зуд, а не болезненность, более поверхностные высыпания, быстро наступающее мокнутье, нехарактерное расположение и др.

При диссеминированном опоясывающем лишае могут возникнуть дифференциально–диагностические трудности в отношении ветряной оспы, но наличие очагов типично расположенного опоясывающего лишая или его следов позволяет поставить правильный диагноз.

Лечение

Назначают ацикловир внутрь по 800 мг 5 раз в день в течение 7–10 дней. При тяжелом течении ацикловир вводят в/в по 5–7,5 мг/кг каждые 8 часов в течение 4–7 дней. Целесообразно также назначать индуктор интерферона. При осложнении вторичной инфекцией показаны антибиотики широкого спектра действия. При болях рекомендуют индометацин по 50–150 мг/сутки или ибупрофен по 800 мг 2 раза в день. Из общеукрепляющих средств назначают витамины, особенно группы «В» и витамин «С».

Пораженные участки смазывают водными растворами анилиновых красителей или мазями с антибиотиками.

Профилактика

Следует избегать тесного соприкосновения с больными ветряной оспой. Дети, помещенные в лечебные помещения, не должны соприкасаться с больным опоясывающим лишаем. Взрослые, как правило, не заражаются опоясывающим лишаем от больных этим заболеванием.

ТЕМА 6

ПЕДИКУЛЕЗ

На коже человека могут паразитировать три вида вшей: *головная, платяная и лобковая*. Эти виды паразитируют только на коже человека, у животных не встречаются. С другой стороны, вши, поражающие различных животных, в естественных условиях, у человека также не обнаруживаются. То есть различные виды вшей приспособлены к питанию на строго определенных хозяевах и не переходят на других.

Вши являются переносчиками сыпного и возвратного тифов и окопной лихорадки. Эпидемическое значение имеют только вши, паразитирующие на коже человека, относящиеся к трем видам семейства *Pediculide*: головная вошь (*P. Capitis*); платяная вошь (*P. Vestimenti*) и лобковая вошь или площади (*Phthiruspubis*).

Русские названия вшей дают по тому месту, где преимущественно паразитируют эти насекомые. Однако, кроме основных мест обитания вши могут встречаться на других местах. Так, головных вшей иногда могут обнаруживать на туловище, а платяных – на волосистой части головы.

Лобковые вши (площицы) обитают в области лобка, гениталий и промежности, но могут распространяться на туловище, конечности, усы, бороду, брови и другие места. Площица легко отличима от других видов по своему короткому и очень широкому телу. Платяная и головная вошь не всегда отличима друг от друга. Обычно головная вошь резко пигментирована по бокам тела, а платяная – однообразно серого цвета и более крупная.

Передаются вши от человека к человеку путем прямого контакта, через постель, одежду, головные уборы, гребенки, расчески. Заражение площицами происходит чаще всего при половых контактах и при пользовании общей постелью.

Наиболее подвижны вши при температуре 25–37 °С; при температуре от 5 до 6 °С движения их прекращаются.

Во всех стадиях превращения все виды человеческих вшей кровососущи. В норме платяная вошь пьет кровь 2–3 раза в сутки. Вши могут голодать до 10 дней. Вши раздельнополы, но встречаются и гермафродиты. Самки вшей несколько крупнее самцов.

Яйца вшей называются гнидами. При откладке яйца из полового отверстия выдавливается капелька секрета клеевых желез; она тотчас же застывает и крепко приклеивает гниду к субстрату.

Платяная вошь за день откладывает 6–14 гнид, а за всю свою жизнь до 295; головная вошь за день дает не более 4, а за все время жизни до 141 гниды. Через несколько дней (это зависит от температурных условий и других факторов) из гнид вылупляются личинки, которые в состоянии сосать кровь уже через $\frac{1}{2}$ часа после вылупления из гниды.

При сосании крови вши впрыскивают в тело человека слюну, в результате на месте укуса появляется плотная синеватая папула с ощущением зуда и жжения. Синеватый цвет папулы зависит от местного кровообращения и от воспалительного расширения сосудов. Плотность папулы объясняется образованием инфильтрата. Через 3–4 дня папула уплощается и исчезает, оставляя иногда легкую пигментацию.

На волосистой части головы из-за обилия укусов, зуда, расчесов и экскориаций могут развиваться пиококковые заболевания, инфекционная экзема, увеличение шейных лимфатических узлов. Обилие на волосах гнид, серозно-гнойное отделяемое склеивают волосы, и они напоминают пучки войлокообразной массы. Такое состояние носит название колтун (*plicapollonica*).

Вшивость туловища

Платяная вошь живет и откладывает яйца, главным образом, в складках белья, поэтому и поражаются преимущественно поясничная, лопаточная области и шея.

При платяном педикулезе помимо расчесов и пиодермии, остается на долгое время пигментация пораженных областей (меланодермия). При существующей годами вшивости развивается картина, которую называют болезнью бродяг (*morbusvagantium*). При этом в области лопаток, плеч, поясницы, внутренней поверхности бедер, а иногда и на других участках кожа сухая, шелушится, грязно-коричневого цвета, резко утолщена, покрыта старыми белого цвета рубцами, а также свежими рубцами, расчесами и корками.

Лобковые вши

Обитают главным образом в области лобка, гениталий и промежности. На местах укусов возникают пятна от 0,5 до 1 см диаметром от

бледно-синего до бледно-серого цвета, так называемые голубые пятна. Эти пятна обусловлены соединением слюны блох с красящим веществом крови, в результате происходит разрушение гемоглобина в тканевых кровоизлияниях. Расчесы, пустулы и корки бывают редко.

Лечение

При педикулезе волосистой части головы:

1. Волосы смачивают смесью керосина с растительным маслом (поровну), а затем накладывают повязку с компрессной бумагой на 12 часов. После двух процедур голову моют теплой водой с мылом и вычесывают насекомых. Для удаления гнид волосы смачивают слабым раствором столового уксуса. При этом гниды отклеиваются от волос и легко вычесываются гребешком.
2. Можно также применить суспензию бензил-бензоата (взрослым 20 %, детям 10 %), которую наносят на волосы и втирают в кожу, защищая глаза, нос и рот. Голову повязывают косынкой, через 30 мин препарат тщательно смывают водой, после чего волосы моют с мылом или шампунем и вычесывают насекомых гребнем.
3. Волосы и кожу головы тщательно протирают ниттифором, повязывают косынкой и через 40 минут волосы промывают и вычесывают насекомых. Можно применять также шампунь «Педилин».
4. Кожу туловища и конечностей при платяном педикулезе можно обработать эмульсией или мазью бензил-бензоата. Можно зашивленное белье поместить в полиэтиленовый пакет на 3 недели. При этом вши погибнут от голода. Для лечения платяного педикулеза больной часто моется и использует чистое белье. Нательное и постельное белье обеззараживается кипячением или промывается мылом «К».

Для лечения лобкового педикулеза раньше широко использовали серую и белую ртутные мази. В настоящее время применяют более безопасные средства. Для этих целей выпускают наборы аэрозолей пара-плюс. Можно также использовать шампунь ниттифор или мазь бензил-бензоата.

Профилактика

Педикулеза сводится к выполнению санитарно-гигиенических мероприятий, выявлению больных и их санации, а также проведению санитарно-просветительной работы среди населения. Необходима энергичная борьба с вшивостью в местах наибольшего скопления людей (вокзалы, общежития, казармы и др.).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберете один или несколько правильных ответов.

ТЕМА 1. ЛЕПРА

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЛЕПРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) палочка Дедерлейна
- 2) палочка Ганзена
- 3) коринебактерии
- 4) синегнойная палочка

2. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) больной крупный рогатый скот
- 2) больной мелкий рогатый скот
- 3) кошки и реже собаки
- 4) больной человек

3. ЗАРАЖЕНИЕ ЛЕПРОЙ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 20 лет
- 2) 21–30 лет
- 3) 31–40 лет
- 4) в более старшем возрасте

4. ЛЕПРА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕНА В СТРАНАХ С

- 1) жарким сухим климатом
- 2) жарким влажным климатом
- 3) с холодным сухим климатом
- 4) с холодным влажным климатом

5. ПАЛОЧКИ ГАНЗЕНА В ТКАНЯХ РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1) в виде гроздьев винограда
- 2) в виде пачки сигарет
- 3) цепочкой
- 4) беспорядочными колониями

6. ПО ЛЕПРЕ ЭНДЕМИЧНЫ

- 1) Урал
- 2) Северный Кавказ
- 3) Западная Сибирь

4) Поволжье

7. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ С ТИПОМ ЛЕПРЫ

- 1) недифференцированным
- 2) лепроматозным
- 3) туберкулоидным
- 4) идиопатическим

8. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЛЕПРЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В СРЕДНЕМ

- 1) 1–3 года
- 2) 4–6 лет
- 3) 7–10 лет
- 4) 11–20 лет

9. У БОЛЬНЫХ ЛЕПРОМАТОЗНЫМ ТИПОМ ЛЕПРОМИНОВАЯ ПРОБА ДАЕТ

- 1) положительный результат
- 2) отрицательный результат
- 3) бурную аллергическую реакцию
- 4) реакция держится до 7–10 дней

10. ПРИ ПРОБЕ МИНОРА (НА ПОТООТДЕЛЕНИЕ) В ЛЕПРОЗНЫХ ОЧАГАХ КОЖА

- 1) окрашивается в черный цвет
- 2) окрашивается в синюшный цвет
- 3) окрашивается в зеленоватый цвет
- 4) окраска кожи не изменяется

11. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ ПРОВОДЯТ

- 1) тетрациклином
- 2) авлосульфоном
- 3) пенициллином
- 4) ДДС

12. ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ, ПРИНЯТО

- 1) оставлять с матерью до 2–3-летнего возраста

- 2) оставлять с матерью до 4–7-летнего возраста
- 3) оставлять с матерью навсегда
- 4) изолировать от матери сразу после рождения

ТЕМА 2. ЛЕЙШМАНИОЗ

1. ЭНДЕМИЧНЫЕ РЕГИОНЫ ПО ЛЕЙШМАНИОЗУ

- 1) Астраханская область
- 2) Северный Кавказ
- 3) Архангельская область
- 4) Томская область
- 5) Тюменская область

2. ЭНДЕМИЧНЫЕ СТРАНЫ ПО ЛЕЙШМАНИОЗУ

- 1) Иран
- 2) Россия
- 3) Германия
- 4) Афганистан

3. ПРИ ЛЕЙШМАНИОЗЕ СУТОЧНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА НЕПРЕРЫВНО ДЕРЖИТСЯ (НЕ НИЖЕ 20 °С) В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 30 дней
- 2) 40 дней
- 3) 50 дней
- 4) 60 дней

4. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ГОРОДСКИМ ТИПОМ ЛЕЙШМАНИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) домовые мыши
- 2) крысы
- 3) человек
- 4) кошки
- 5) собаки
- 6) крупный рогатый скот

5. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ СЕЛЬСКИМ ТИПОМ ЛЕЙШМАНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) крупный рогатый скот
- 2) грызуны
- 3) мелкий рогатый скот
- 4) верблюды
- 5) ослы

6. ПЕРЕНОСЧИКИ ЛЕЙШМАНИОЗА

- 1) москиты
- 2) комары
- 3) клещи
- 4) мухи

7. ВОЗБУДИТЕЛЬ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА БЫЛ ОТКРЫТ

- 1) Е.Н. Павловским
- 2) П.В. Кожевниковым
- 3) Н.И. Латышевым
- 4) П.Ф. Боровским

8. У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ

- 1) реакция Манту
- 2) реакция Монтегро
- 3) реакция Пирке
- 4) реакция иммобилизации лептомонад

9. РЕИНФЕКЦИИ ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) часто
- 2) очень часто
- 3) редко
- 4) не наблюдаются

10. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА СЕЛЬСКОГО ТИПА ОСТАЕТСЯ ИММУНИТЕТ

- 1) только к сельскому типу
- 2) только к городскому типу
- 3) стойкого иммунитета не бывает

ТЕМА 3. ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ

1. МЕТОДЫ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

- 1) тест Пирке
- 2) тест Манту
- 3) серологические реакции
- 4) исследование нативного препарата
- 5) культивирование

2. ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) вульгарная волчанка
- 2) бородавчатый
- 3) колликувативный
- 4) папуло-некротический
- 5) лихеноидный

3. ДИССЕМНИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ – ЭТО

- 1) язвенный: кожи и слизистых
- 2) лихеноидный
- 3) язвенный первичный
- 4) фунгозный
- 5) папуло-некротический

4. КЛИНИЧЕСКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ –

- 1) плоская
- 2) пузырьная
- 3) изъязвляющаяся
- 4) гипертрофическая
- 5) мутилирующая

5. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОРОДАВЧАТОГО ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) папилломатозно-веррукозные разрастания
- 2) инфильтрат с каймой красно-синюшного цвета по периферии
- 3) атрофия кожи
- 4) выраженная болезненность
- 5) симптом яблочного желе

6. ДЛЯ ЛИХЕНИДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) чаще возникает у ослабленных детей
- 2) на коже – крупные изолированные бугорки
- 3) на коже – мелкие сгруппированные бугорки
- 4) излюбленная локализация – туловище
- 5) интенсивный зуд и болезненность в очагах

7. ПАПУЛО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бугорками медно-красного цвета, плотными при пальпации
- 2) узелками синюшно-красного цвета с псевдопустулами
- 3) розеолезной сыпью
- 4) плотными, спаянными с кожей узлами
- 5) узелками лилового цвета с пупкообразным вдавлением в центре и блестящими при боковом освещении

8. ПРОЯВЛЕНИЯ ИНДУРАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ БАЗЕНА – ЭТО

- 1) язва с обильным гнойным отделяемым
- 2) язва со скудным гнойно-геморрагическим отделяемым
- 3) язва с крутыми или подрытыми краями
- 4) язва с ровными, пологими краями, плотная при пальпации
- 5) плотные, умеренно болезненные, спаянные с кожей узлы

9. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ВОЛЧАНКЕ –

- 1) симптом дамского каблучка
- 2) симптом яблочного желе
- 3) симптом кровавой росы
- 4) болезненность при надавливании на элемент
- 5) симптом Пинкуса

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКРОФЛОДЕРМЫ –

- 1) обильная папулезная сыпь
- 2) узлы, расположенные в глубоких слоях дермы
- 3) участки рубцовой атрофии
- 4) малоболезненные язвы с мягкими, тонкими, нависающими краями
- 1) мостиковидные, неровные с перемычками рубцы

ТЕМА 4. ПИОДЕРМИИ

1. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ФОРМЫ СТРЕПТОДЕРМИЙ – ЭТО

- 1) эктима
- 2) простой лишай
- 3) вульгарное импетиго
- 4) пузырьное импетиго

2. ФЛИКТЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ

- 1) вульгарном импетиго
- 2) везикулопустулезе
- 3) стрептококковом импетиго
- 4) фурункулезе

3. К ГРУППЕ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИЙ ОТНОСИТСЯ

- 1) псевдофурункулез
- 2) фурункулез
- 3) эксфолиативный дерматит Риттера
- 4) простой лишай лица

4. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ФУРУНКУЛЕЗОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ

- 1) кортикостероидные мази
- 2) антибиотики широкого спектра действия
- 3) диета с ограничением углеводов
- 4) витамины А, В, С
- 5) противовирусные препараты

5. ДЛЯ СТАФИЛОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) приуроченность пустул к складкам кожи
- 2) приуроченность пустул к волосяным фолликулам, сальным и потовым железам
- 3) коническая или шаровидная форма пустул
- 4) напряженная покрывка пустул

6. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИЙ – ЭТО

- 1) фурункул
- 2) остиофолликулит
- 3) гидраденит
- 4) карбункул

7. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ СЧИТАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ

- 1) пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой
- 2) рецидивирующих, осложненных пиодермиях
- 3) при локализации фурункула на лице
- 4) при одиночном фурункуле на спине

8. ГЛУБОКАЯ ФОРМА СТРЕПТОДЕРМИИ – ЭТО

- 1) эпидемическая пузырчатка новорожденных
- 2) стрептококковое импетиго
- 3) околоногтевая фликтена
- 4) вульгарная эктима

9. ФАКТОРЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КОЖИ К ПИОКОККАМ – ЭТО

- 1) целостность рогового слоя кожи
- 2) кислая среда кожной поверхности
- 3) отшелушивание верхних рядов рогового слоя
- 4) салоотделение

ТЕМА 5. ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

1. РАЗНОВИДНОСТИ БОРОДАВОК – ЭТО

- 1) обычные
- 2) кератоакантомы
- 3) плоские
- 4) подошвенные
- 5) гигантские

2. ПРИЗНАКИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА – ЭТО

- 1) сгруппированные пузырьки
- 2) пузырьки, эрозии, чувство боли по ходу нервных стволов
- 3) эрозии с плотным инфильтратом в основании, безболезненные
- 4) пузыри, эрозии, положительный симптом Никольского
- 5) узелки, волдыри, пузырьки, корки

3. ПРЕПАРАТЫ, ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИ ПРОСТОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ – ЭТО

- 1) пирогенал

- 2) противовирусные
- 3) иммунокорректоры
- 4) герпетическая поливакцина
- 5) витамины

4. ДЛЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ –

- 1) бугорки, язвы, геморрагические корки
- 2) узелки, чешуйки, гиперпигментация
- 3) папулы, пупковидное вдавление, творожистое содержимое
- 4) гнойнички, язвы, гнойные корки
- 5) пузырьки, эрозии, серозные корки

5. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ –

- 1) зуд
- 2) расположены на широком основании
- 3) плотные при пальпации
- 4) расположены на узкой ножке
- 5) расположены в виде петушиного гребешка

6. ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) бартолинитом
- 2) паховой эпидермофитией
- 3) геморроидальными узлами
- 4) широкими кондиломами
- 5) генитальным герпесом

7. К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) криотерапия
- 2) УФ-облучение
- 3) диатермокоагуляция
- 4) противовирусные препараты
- 5) антибиотики

8. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) резкая болезненность по ходу нервных стволов
- 2) волдыри

- 3) склонность к рецидивированию
- 4) бугорки
- 5) пузырьки на отечно-гиперемированном фоне

9. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

- 1) абортивная
- 2) геморрагическая
- 3) папуло-некротическая
- 4) гангренозная
- 5) буллезная

10. К ПРЕПАРАТАМ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА, ОТНОСЯТСЯ

- 1) оксолиновая мазь
- 2) линимент госсипола
- 3) ихтиоловая мазь
- 4) теброфеновая мазь
- 5) мазь зовиракс

ТЕМА 6. ПЕДИКУЛЕЗ

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕДИКУЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) флуцинар
- 2) шампунь «Ниттифор»
- 3) шампунь «Педилин»
- 4) краска Кастеллани

2. РАЗЛИЧАЮТ ПЕДИКУЛЕЗ

- 1) складок
- 2) головной
- 3) платяной
- 4) лобковый

3. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПЕРЕНОСЧИКОМ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАТЯНАЯ ВОШЬ, – ЭТО

- 1) чесотка
- 2) сыпной тиф

- 3) брюшной тиф
- 4) оспа натуральная

4. ПЛАТЯНАЯ ВОШЬ ОБИТАЕТ

- 1) в щетинистом волосе
- 2) в длинном волосе
- 3) в белье

5. НАИБОЛЕЕ КРУПНЫЕ ВШИ

- 1) лобковые
- 2) головные
- 3) платяные

6. НАИБОЛЕЕ МЕЛКИЕ ВШИ

- 1) лобковые
- 2) головные
- 3) платяные

7. ПРИЗНАКИ ГОЛОВНОЙ ВШИ

- 1) резко пигментирована по бокам тела
- 2) однообразно серого цвета
- 3) имеет короткое и очень широкое тело
- 4) спинка коричневатого цвета

8. ПРИЗНАКИ ПЛАТЯНОЙ ВШИ

- 1) резко пигментирована по бокам тела
- 2) однообразно серого цвета
- 3) имеет короткое и очень широкое тело
- 4) спинка коричневатого цвета

9. ПРИЗНАКИ ЛОБКОВОЙ ВШИ

- 1) резко пигментирована по бокам тела
- 2) однообразно серого цвета
- 3) имеет короткое и очень широкое тело
- 4) спинка коричневатого цвета

10. ПРИ ЛОБКОВОМ ПЕДИКУЛЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) аэрозоль «Пара-плюс»
- 2) аэрозоль «Спрей-плюс»
- 3) шампунь «Ниттифор»
- 4) мазь бензил-бензоата

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

К врачу обратился больной А., 24 лет. Жалобы на сухой ринит, носовые кровотечения, изменение кожи, особенно на лице. Считает себя больным около 2-х лет. Будучи ребенком (около 20 лет назад) проживал в Йемене. Как отмечает пациент, около 2-х лет назад стала беспокоить сухость в носу и периодические кровотечения. Затем на лице в области щек и надбровных дуг появились эритематозные пятна, постепенно инфильтрация нарастала, развились узлы. Естественные складки на лице стали глубже и рельефнее. Волосы в области бровей выпали.

Об-но: кожа лица и надбровных дуг сильно и неравномерно инфильтрирована. На этом фоне видны множественные узлы. Кожные складки лица глубокие. Брови отсутствуют. Слизистая носа сухая, кровоточащая. Инфильтраты в виде узлов обнаружены также в области кожи предплечий и голеней. Все лимфоузлы увеличены. При лабораторном исследовании в соскобе со слизистой носа обнаружены палочки Ганзены в большом количестве. Лепроминовая проба отрицательна.

Поставить диагноз.

Задача № 2.

На прием к врачу обратился больной Б., 25 лет. Жалобы на расстройство чувствительности. Болен около 3-х лет. В детском возрасте проживал на Северном Кавказе. Со слов больного, три года назад на туловище появились пятна, в пределах которых вначале исчезла температурная, затем болевая и после тактильная чувствительность. В семье выявлен больной лепроматозным типом лепры.

Об-но: на туловище имеются эритематозные и эритематозно-гипохромические пятна с гладкой поверхностью и четкими границами. В пределах этих пятен отсутствуют все виды чувствительности. Как показала проба Минора, потоотделение полностью отсутствует. Лепроминовая проба дала положительный результат. При гистологическом исследовании с большим трудом найдены палочки Ганзена в малом количестве.

Поставить диагноз.

Задача № 3.

На прием к врачу обратился больной Д., 30 лет. Жалобы на высыпания на коже и отсутствие пальцев рук и ног. Болен около 5 лет. В детские годы проживал в Поволжье.

Об-но: на туловище и конечностях имеются эритематозные, гипохромические, ахромические и эритематозно-гиперхромические пятна с четкими границами, самых причудливых очертаний. Поверхность пятен гладкая. Волосы в пределах очагов выпали полностью. В пределах очагов отсутствует температурная и болевая чувствительность, а тактильная чувствительность пострадала немного. Обнаружено утолщение нервных стволов кубитального, ушного и малоберцового нервов. Имеется мутиляция пальцев рук и ног. Лепроминовая проба положительна. В прошлом у больного обнаруживали узлы, и тогда лепроминовая проба была отрицательна. Тогда были найдены и палочки Ганзена.

Поставить диагноз.

Задача № 4.

На прием к врачу обратился больной А., 32 лет. Жалобы на появление язвы в области правой голени. Болен около двух месяцев. Не лечился. Больной в июле этого года был в Узбекистане. Там его кусали какие-то насекомые. Через 10 дней от начала отдыха в Узбекистане на голени появился небольшой инфильтрат, на месте которого затем образовалась болезненная язва.

Об-но: на наружной поверхности правой голени имеется язва неправильной формы, с подрытыми краями, диаметром 4 см. По периферии язвы имеется небольшой инфильтративный валик. Вокруг язвы видны узловатые лимфангиты. В соскобе с краев язвы обнаружены лейшмании.

Поставить диагноз.

Задача № 5.

На прием к врачу обратился больной Б., 42 лет. Жалобы на наличие язвы на щеке. Болен около 1,5 лет. Не лечился. Два года назад в июле месяце в течение недели больной был в Ашхабаде. Его кусали какие-то насекомые. Через 6 месяцев после пребывания в Ашхабаде на правой щеке появился небольшой инфильтрат, который очень медленно увеличивался и достиг до 2 см диаметром. Через 6 месяцев

на месте инфильтрата образовалась язва, которая не заживает уже много месяцев.

Об-но: на правой щеке имеется язва с неровными обрывистыми краями, диаметром около 2 см. Вокруг язвы имеется инфильтративный валик. В соскобе с краев язвы обнаружены лейшмании.

Поставить диагноз.

Задача № 6.

На прием к врачу обратилась больная К., 19 лет. Жалобы на уплотнение в области левой голени, сопровождающееся незначительными болями. Считает себя больной около 2-х лет. Не лечилась.

При осмотре установлено, что на задней поверхности нижней 1/3 левой голени имеется очаг диаметром около 5 см. В пределах очага кожа цвета застойной гиперемии. При пальпации определяются отдельные уплотненные узлы, спаянные с кожей, с нечеткими границами. В центральной части очага имеется поверхностная язва 1 см диаметром с подрытыми синюшными краями. Дно язвы зернистое.

Туберкулиновые пробы положительны. При рентгенологическом исследовании обнаружен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 7.

На прием к врачу обратился больной С., 10 лет. Жалобы на высыпания на конечностях. Болен около года. Не лечился. Субъективно высыпания не беспокоят.

Об-но: на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей имеются множественные узелки величиной от чечевицы до горошины. В центральной части отдельных узелков имеется геморрагическая корочка, по удалению которой обнаруживается небольшая язвочка. Кроме папул на коже имеются мелкие штампованные рубчики. Со слов больного, узелки держатся около 1,5 месяцев, затем оставляют рубчики. Туберкулиновые пробы положительны. При рентгенологическом исследовании установлен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 8.

На прием к врачу обратился больной П., 10 лет. Жалобы на какое-то заболевание в области шеи. Болен около года. Не лечился.

Об-но: под углом нижней челюсти слева имеется мягкий инфильтрат величиной с грецкий орех, конической формы, рельефно возвышающийся над общим уровнем. Кожа над инфильтратом гладкая, цвета застойной гиперемии. Рядом с инфильтратом имеется втянутый мостикообразный рубец с сосочковой поверхностью. Туберкулиновые пробы положительны. При рентгенологическом обследовании установлен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 9.

На прием к врачу обратилась больная У., 16 лет. Жалобы на высыпания в области лица. Болеет около 3-х лет. Не лечилась.

Об-но: пациентка имеет нездоровый внешний вид. Кожные покровы бледные. -Весьма заметен недостаток массы тела. Аппетит неудовлетворительный. В области левой щеки имеются бугорки величиной от чечевицы до горошины, местами слившиеся. Границы элементов четкие. Бугорки плоские, мягкие, цвета застойной гиперемии. В центре отдельных бугорков имеются поверхностные язвы с подрывными, нависающими краями, синюшного цвета. На отдельных участках очага имеются гладкие, непигментированные рубцы. Туберкулиновые пробы положительны. При рентгенологическом обследовании обнаружен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 10.

На прием к врачу обратился больной А., 46 лет. Жалобы на какое-то образование в области правой кисти. Болеет около 1,5 лет. Очаг медленно увеличивается в своих размерах. Субъективные явления отсутствуют. Не лечился. Работает бойцом скота на мясокомбинате.

Об-но: общее состояние удовлетворительное. На тыле правой кисти имеется очаг округлой формы, с четкими границами. В пределах очага кожа инфильтрирована, плотноватая при пальпации. Поверхность очага бородавчатая, покрыта сероватыми чешуйками. Под чешуйками кожа коричневатого цвета. По периферии очага имеется инфильтративный вал синюшно-красного цвета. Туберкулиновые пробы положительны. При рентгенологическом обследовании очаговых явлений в легких не обнаружено.

Поставить диагноз.

Задача № 11.

На прием к врачу обратился больной Д., 26 лет. Жалобы на боли во рту. Болен около года. Не лечился.

Об-но: в области твердого и мягкого нёба имеются множественные милиарные узелки, бледно-красного цвета и небольшие поверхностные язвы округлой формы с мягкими подрытыми краями, зернистым дном и серозно-гнойным отделяемым. Отдельные язвы слились в обширные язвенные поверхности с фестончатыми краями. Наблюдается увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. Туберкулиновые пробы отрицательны. При рентгенологическом обследовании установлен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 12.

На прием к врачу обратился больной В., 8 лет. Жалобы: после перенесенного ОРЗ появились какие-то высыпания на коже.

Об-но: кожные покровы бледные. Отмечается дефицит массы тела. На боковых поверхностях туловища имеются сгруппированные лихеноидные, фолликулярные и перифолликулярные элементы, конусовидной и плоской формы, округлых очертаний с роговыми чешуйками на верхушке. Цвет высыпаний бледно-розовый. Элементы сгруппированы и располагаются симметрично. Выявляются отдельные, мелкие поверхностные рубчики. Туберкулиновые пробы положительные. Рентгенологически обнаружен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 13.

На прием к врачу обратилась больная Г., 27 лет. Жалобы на высыпания на лице. Больна около года. Не лечилась.

Об-но: на лице множественные милиарные безболезненные папулы желтовато-красноватого цвета, мягкой консистенции с пустулоподобным центром. При витропрессии выявлен феномен яблочного желе. Имеются также отдельные мелкие рубчики. Туберкулиновые пробы слабо положительные. Рентгенологически установлен туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 14.

На прием к врачу обратился больной Д., 7 лет. Жалобы на высыпание в области правого плеча. Из анамнеза выяснилось, что больной

травмировал кожу плеча деревянной доской. Отец, чтобы дезинфицировать рану облизал ее языком. Недели через 3 после этого на месте травмы появился узелок красновато-коричневого цвета плотноватой консистенции, затем превратившийся в язву.

Об-но: в области правого плеча имеется язва 1,5 см диаметром, с зернистым дном и гнойным отделяемым. Края язвы мягкие, подрывные. Выявлен лимфангит и лимфаденит. Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны, спаяны между собой и с кожей. Туберкулиновые пробы положительны. Рентгенологически легкие без особенностей. У отца установлен активный туберкулез легких.

Поставить диагноз.

Задача № 15.

На прием к врачу обратился больной С., 26 лет. Жалобы на высыпания на лице, появившиеся 10 дней назад после бритья. Не лечился. При осмотре установлено, что в области бороды имеются множественные пустулы величиной от булавочной головки до чечевицы, располагающиеся в устьях волосяных фолликулов и пронизанные волосом. Вокруг пустул имеется легкая гиперемия. Рубцовых изменений на коже не найдено.

Поставить диагноз.

Задача № 16.

На прием к врачу обратился больной Г., 32 лет. Жалобы на появление на лице гнойничков, которые через 5–6 дней проходят, оставляя точечный рубчик. При осмотре установлено, что на лице имеются 4 элемента в виде небольших инфильтратов конической формы с пустулой на верхушке. Величина элементов от горошины и более. Кожа над элементами и вокруг них гиперемирована. Кроме этого на коже лица обнаружены точечные рубчики.

Поставить диагноз.

Задача № 17.

На прием к врачу обратился больной У., 24 лет. Жалобы на наличие болезненного образования на шее. Болен около 7 дней. Не лечился.

Об-но: на коже задней поверхности шеи имеется инфильтрат конической формы величиной с грецкий орех с пустулой на верхушке.

Кожа над инфильтратом и вокруг ярко гиперемирована. Отмечается резкая болезненность. Температура тела 37,5 °С.

Поставить диагноз.

Задача № 18.

На прием к врачу обратился больной К., 52 лет. Жалобы на появившиеся множественные болезненные образования на теле. Болен около месяца. К врачу не обращался.

Об-но: на коже шеи и тазового пояса имеется 7 элементов величиной от лесного до грецкого ореха, шаровидной и конической формы с пустулами на верхушках. Кожа над элементами и вокруг резко гиперемирована. Все инфильтраты болезненны. Кроме описанных элементов на коже обнаружены рубчики. Больной отмечает недомогание. Температура тела 38,3 °С.

Поставить диагноз.

Задача № 19.

На прием к врачу обратился больной А., 37 лет. Жалобы на недомогание и болезненное образование в области шеи. Болен около 2-х недель. К врачу не обращался.

Об-но: на задней поверхности шеи имеется массивный инфильтрат рельефно возвышающийся над общим уровнем 7 см. диаметром. Поверхность инфильтрата бугристая с множественными пустулами. Кожа над инфильтратом и вокруг резко гиперемирована. Отмечается резкая болезненность в очаге и общее недомогание. Температура тела 38,6 °С.

Поставить диагноз.

Задача № 20.

На прием к врачу обратился больной Б., 46 лет. Жалобы на постоянное нагноение в области бороды. Болен около 8 лет. Неоднократно лечился с временным улучшением.

Об-но: в области бороды и усов имеются множественные наслоения корок желтоватого цвета, после удаления которых обнаруживается гнойное отделяемое и гиперемия кожи. Кроме сплошных корковых образований, на других участках имеются изолированно расположенные остиофолликулиты.

Поставить диагноз.

Задача № 21.

На прием к врачу обратилась больная В., 26 лет. Жалобы на болезненные образования в подмышечной впадине. Больна около 3-х месяцев. За это время постоянно одни гнойники заживали, а другие появлялись.

Об-но: в области правой подмышечной впадины имеются множественные инфильтраты, величиной до лесного ореха, частично слившиеся, с бугристой поверхностью. Гнойно-некротические стержни не обнаружены. Отдельные гнойники вскрылись с выделением из них гнойного отделяемого. Кожа в области очага поражения цвета застойной гиперемии. Обнаружены также рубцовые изменения кожи.

Поставить диагноз.

Задача № 22.

На прием к врачу принесли ребенка Д., в возрасте 8 дней. Родился ребенок недоношенным, весом 2,5 кг. Через 4 дня после рождения на коже головы и туловища стали появляться мелкие гнойнички.

Об-но: на коже головы и туловища имеются множественные пустулы величиной от булавочной головки до чечевицы, расположенные в устье выводного протока эккринных потовых желез. Вокруг пустул воспалительная реакция кожи.

Поставить диагноз.

Задача № 23.

На прием к врачу принесли ребенка Е. периода новорожденности с высыпаниями на туловище. Болен около 10 дней.

Об-но: на коже туловища имеются множественные инфильтраты величиной от горошины до грецкого ореха. Кожа над элементами и вокруг резко гиперемирована. Крупные элементы мягкой консистенции. При этом три элемента вскрылись, и из них вытекает густое гнойное отделяемое зеленовато-желтого цвета. Гнойно-некротических стержней не обнаружено.

Поставить диагноз.

Задача № 24.

На прием к врачу принесли девочку Ж., в возрасте 10 дней. Со слов матери, через 4 дня после рождения на туловище девочки стали появляться гнойнички.

Об-но: температура 38,7 °С. Общее состояние тяжелое. На туловище и конечностях имеются множественные вялые пузыри величиной от горошины до вишни, с гнойным содержимым, расположенные на мягком основании. Вокруг пузырей разлитая гиперемия.

Поставить диагноз.

Задача № 25.

На прием к врачу принесли ребенка Л., в возрасте 12 дней, с множественными пузырями и эрозиями на коже. Заболевание началось на 6-й день после рождения с гиперемии и образования пузырей.

Об-но: температура 39,0 °С. Общее состояние тяжелое. На туловище и конечностях на фоне разлитой гиперемии имеются множественные крупные пузыри, наполненные гнойным содержимым, и множественные обширные эрозии. Симптом Никольского положительный.

Поставить диагноз.

Задача № 26.

На прием к врачу принесли ребенка Н., в возрасте 13 дней с единичными пузырями на туловище. Заболевание началось в начале второй недели жизни с появления пузыря.

Об-но: Температура тела 37,1 °С. Общее состояние удовлетворительное. На туловище имеются 4 пузыря величиной с вишню, наполненные гнойным содержимым. Вокруг пузырей воспалительная реакция.

Поставить диагноз.

Задача № 27. На прием к врачу обратился больной О., 13 лет. Жалобы на высыпания на лице. Заболевание началось с появления гнойничка около носа 7 дней назад. В последующие дни появлялись все новые и новые элементы. Не лечился.

Об-но: на щеках, около носа и рта имеются множественные фликтены, эрозии неправильной формы и тонкие желтоватые корочки.

Поставить диагноз.

Задача № 28.

На прием к врачу пришел больной П., 11 лет. Жалобы на пятно на щеке. Болен около 2-х недель. Не лечился.

Об-но: на коже левой щеки имеется очаг размером 3–4 см с четкими границами. В пределах очага кожа слегка гиперемирована с отрубевидными, грязноватыми чешуйками на поверхности.

Поставить диагноз.

Задача № 29.

На прием к врачу обратился больной Р., 17 лет. Жалобы на образование эрозии в углу рта. Болен в течение недели. Со слов пациента, в углу рта слева появился вялый гнойничок, после вскрытия которого образовалась эрозия.

Об-но: в углу рта слева имеется эрозия величиной с чечевицу с экссудацией и тонкими желтоватыми корочками на поверхности.

Поставить диагноз.

Задача № 30.

На прием к врачу обратился больной С., 32 лет. Жалобы на наличие пузырей на тыле кистей. Болен около 10 дней. Перед началом заболевания была травма кожи металлической стружкой. Не лечился.

Об-но: на тыле кистей имеются множественные пузыри величиной от вишни до грецкого ореха, наполненные серозно-гнойным содержимым. Вокруг пузырей имеется разлитая гиперемия.

Поставить диагноз.

Задача № 31.

На прием к врачу обратился больной Т., 20 лет. Жалобы на какое-то заболевание в области указательного пальца правой кисти. Заболевание началось неделю назад после травматизации кожи.

Об-но: в области ногтевого валика указательного пальца правой кисти имеется околоногтевая фликтена подковообразной формы с серозно-гнойным содержимым.

Поставить диагноз.

Задача № 32.

На прием к врачу принесли ребенка Ф., в возрасте 12 месяцев, с жалобами на высыпания в паховых складках. Болен около 2-х недель. Из анамнеза установлено, что за ребенком был плохой уход в виде несвоевременного подмывания и смены памперсов.

Об-но: В паховых складках на фоне разлитой гиперемии имеются множественные фликтены, эрозии, экссудация и экссудативного характера желтоватые корочки.

Поставить диагноз.

Задача № 33.

На прием к врачу принесли ребенка Ц., в возрасте 8 месяцев, с жалобами на высыпания на коже. Болен около 10 дней. Со слов родителей в области гениталий и ягодиц появились мелкие гнойнички, которые вскрылись, образовались эрозии.

Об-но: на коже гениталий и ягодиц имеются фликтены и эрозии с уплотнением в основании. Имеется также незначительная экссудация и тонкие экссудативного характера корочки.

Поставить диагноз.

Задача № 34.

На прием к врачу обратился больной Ш., 18 лет, Жалобы на некое образование в области кожи живота. Болен около 10 дней. Со слов больного, вначале образовался крупный пузырь с гнойным содержимым, затем на этом месте образовалась корка.

Об-но: на коже живота имеется массивная корка желтовато-грязноватого цвета, плотно сидящая. Вокруг корки разлитая гиперемия. После снятия корки, под ней обнаружилась глубокая язва.

Поставить диагноз.

Задача № 35.

На прием к врачу принесли ребенка Щ., в возрасте 7 месяцев с жалобами на незаживающую язву в области живота. Болен около трех недель. Вначале появился крупный пузырь, затем образовалась массивная корка с разлитой гиперемией по периферии. После отторжения корки открылась язва, которая в последующем увеличивалась в глубину и в ширину.

Об-но: в области живота имеется язва диаметром около 3 см с глубоким некротизированным дном. Посев содержимого язвы на питательные среды дал рост стрептококка и синегнойной палочки.

Поставить диагноз.

Задача № 36.

На прием к врачу обратился больной Ю., 30 лет. Жалобы на образование корок на правой голени. Болен около двух месяцев. Не лечился.

Об-но: кожа правой голени цвета застойной гиперемии, немного инфильтрирована и покрыта крупнопластинчатыми корками желтоватого цвета. Под корками мокнущая поверхность кожи. Границы очага четкие.

Поставить диагноз.

Задача № 37.

На прием к врачу обратился больной Ч., 15 лет. Жалобы на высыпания на лице. Болен около 10 дней. Не лечился.

Об-но: на коже лица имеется пузырь, наполненный гнойным содержимым, множественные массивные корки желтовато-зеленоватого цвета, эрозии и участки пигментации.

Поставить диагноз.

Задача № 38.

На прием к врачу обратилась больная Я., 56 лет. Жалобы на высыпания в области правой голени. Больна около 2-х лет. Заболевание началось с появления гнойничка, который затем трансформировался в язву, а последняя медленно увеличивалась в своих размерах.

Об-но: в области передней поверхности правой голени с переходом на тыл стопы имеется язва неправильной формы размерами 12 × 15 см. В пределах язвы полностью отсутствует кожа, подкожная клетчатка и частично глубже лежащие ткани. Дно язвы покрыто некротическими массами. На отдельных участках язвы имеются вегетации. По периферии язвы имеются пустулезные элементы и начинающиеся новые язвы.

Поставить диагноз.

Задача № 39.

На прием к врачу обратился больной А., 35 лет. Жалобы на появление язвы в области полового члена. Болен около двух недель. Вначале на половом члене появился гнойничок, а после его вскрытия сформировалась язва. Случайные половые связи и венерические болезни в прошлом больной отрицает.

Об-но: на коже полового члена имеется язва диаметром около 1 см с уплотненными краями, без гнойного отделяемого и массивным

уплотнением в основании. При этом инфильтрат в основании больше диаметра самой язвы. Выраженной болезненности язвы не отмечается. Регионарные лимфатические узлы увеличены до лесного ореха. При лабораторном исследовании бледные трепонемы не найдены. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицательный.

Поставить диагноз.

Задача № 40.

На прием к врачу обратился больной Б., 64 лет. Жалобы на появившееся новообразование в области правой стопы. Болен около года. Появление новообразования больной связывает с небольшой травмой.

Об-но: под концевой фалангой третьего пальца правой стопы имеется новообразование, округлой формы, диаметром 1 см, располагающееся на короткой ножке. Элемент коричнево-красного цвета, мягкой консистенции, легко кровоточит.

Поставить диагноз.

Задача № 41.

При осмотре учащихся школы установлено, что у половины учеников 1-го класса на кистях рук имеются папулы, от единичных до множественных, величиной от булавочной головки до горошины. При этом мелкие папулы имеют гладкую поверхность цвета нормальной кожи. Крупные папулы имеют неровную, зернистую поверхность темноватого или черноватого цвета. Все папулы плотные, имеют четкие границы и возвышаются над общим уровнем. Субъективно не беспокоят. У отдельных детей папулы были, но самопроизвольно без лечения исчезли.

Поставить диагноз.

Задача № 42.

На прием к врачу обратилась больная А., 17 лет. Жалобы на высыпания на лице. Больна около двух лет. Не лечилась.

Об-но: на коже лица и подбородка имеются множественные плоские, с блестящей поверхностью, почти не возвышающиеся узелки, величиной от булавочной головки и более, цвета нормальной кожи. Узелки округлой или полигональной формы, местами слившиеся. Субъективно узелки не беспокоят.

Поставить диагноз.

Задача № 43.

На прием к врачу обратился больной Б., 20 лет. Жалобы на болезненность в области подошвы при ходьбе. Болен около двух лет. К врачу не обращался.

Об-но: на подошве левой стопы имеются 3 ограниченных утолщения рогового слоя размером около крупной горошины каждое. При надавливании на эти рельефно возвышающиеся утолщения отмечается болезненность. После механического удаления центральной части одной омололелости обнаружена влажная сосочковая поверхность мягкой консистенции, окруженная плотными роговыми наслоениями.

Поставить диагноз.

Задача № 44.

На прием к врачу обратился больной В., 27 лет. Жалобы на какие-то разрастания на половом члене. Болен около двух лет. В прошлом были случайные половые связи.

Об-но: в области внутреннего листка крайней плоти и венечной борозды полового члена имеются сгруппированные узелки на тонких ножках, мягкой консистенции.

Поставить диагноз.

Задача № 45.

На прием к врачу обратился больной Г., 6 лет. Жалобы на высыпания на коже. Болен около месяца.

Об-но: на коже туловища имеются множественные узелки величиной от булавочной головки до чечевицы, округлой формы, выступающие над общим уровнем, несколько плотноватой консистенции. Узелки цвета нормальной кожи, с восковидным блеском и пупкообразным вдавлением на верхушке. При раздавливании элемента пинцетом выделилась сероватая кашицеобразная масса. Субъективно не беспокоят. Постоянно появляются новые мелкие элементы, увеличивающиеся в своих размерах.

Поставить диагноз.

Задача № 46.

На прием к врачу обратился больной Д., 17 лет. Жалобы на высыпания в области нижней губы, которое периодически возникает, а затем проходит. Отмечается связь рецидивов с переохлаждением. За-

болевание рецидивирует в течение 5 лет. Последний рецидив начался 4 дня назад.

Об-но: на гиперемированном и отежном основании красной каймы нижней губы имеются сгруппированные пузырьки величиной с конопляное зерно, напряженные, наполненные желтоватым прозрачным содержимым.

Поставить диагноз.

Задача № 47.

На прием к врачу обратилась больная И., 57 лет. Жалобы на боли в области спины слева. Считает себя больной около недели, когда появились довольно сильные боли по ходу ребер слева. Затем появились высыпания. В прошлом такого заболевания не наблюдалось.

Об-но: по ходу 7 и 8 ребер слева имеются в большом количестве сгруппированные узелки, пузырьки и эрозии на розово-красном основании. Процесс начинается от позвоночного столба и в виде широкой полосы распространяется до передней части грудной клетки. С правой стороны кожа в пределах нормы.

Поставить диагноз.

Задача № 48.

На прием к врачу обратился больной К., 42 лет. Жалобы на боли в области правого плеча. Болен около 10 лет. Заболевание постоянно рецидивирует. Последний рецидив начался 7 дней назад.

Об-но: в области правого плеча имеются в большом количестве сгруппированные мелкие пузырьки и мелкие эрозии с полициклическими краями, располагающиеся по ходу нерва.

Поставить диагноз.

Задача № 49.

При осмотре населения выявлен больной, у которого на волосистой части головы обилие гнид, пиодермических элементов и серозно-гнойного отделяемого. При этом волосы склеены в толстые пучки, напоминающие войлокообразную массу.

Поставить диагноз.

Задача № 50.

Больной без определенного места жительства страдает платяным педикулезом многие года. При осмотре установлено, что в области лопаток, плеч, поясницы и внутренней поверхности бедер кожа су-

хая, шелушится, грязно-коричневого цвета, резко утолщена, покрыта свежими и старыми рубцами. В складках белья обнаружены платяные вши и гниды.

Поставить диагноз.

Задача № 51.

К врачу обратился больной с жалобами на зуд в области лобка и промежности, который начался 1,5 месяца назад после случайной половой связи. При осмотре установлено, что на коже лобка имеются пятна и папулы голубоватого цвета и единичные расчесы. Обнаружены также насекомые с коротким и широким телом, плотно прикрепленные к коже.

Поставить диагноз.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Тема 1. Лепра

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	2	7	2
2	4	8	2
3	1	9	2
4	2	10	4
5	2	11	2, 4
6	2, 4	12	1

Тема 2. Лейшманиоз

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	4	6	1
2	1, 4	7	4
3	3, 4	8	2, 4
4	3	9	3
5	2	10	1, 2

Тема 3. Туберкулез кожи

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	1, 2, 5	6	1, 3, 4
2	1, 2, 3	7	2
3	2, 5	8	2, 3, 5
4	1, 3, 4, 5	9	2
5	1, 2, 3	10	2, 4, 5

Тема 4. Пиодермиты

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	2, 3, 4	6	2
2	1, 3	7	1, 2, 3
3	1, 2, 3	8	4
4	2, 3, 4	9	1, 2, 3, 4
5	2, 3, 4		

Тема 5. Вирусные дерматозы

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	1, 3, 4	6	3, 4
2	2	7	1, 3, 4
3	2, 3, 4	8	1, 5
4	3	9	1, 2, 4, 5
5	4, 5	10	1,2,4,5

Тема 6. Педикулез

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	2, 3	6	1
2	2, 3, 4	7	1
3	2	8	2
4	3	9	3
5	3	10	1, 2, 3, 4

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

№1.

Диагноз: лепроматозный тип лепры.

№2.

Диагноз: туберкулоидный тип лепры.

№ 3.

Диагноз: недифференцированный тип лепры.

№ 4.

Диагноз: зоонозный тип кожного лейшманиоза.

№ 5.

Диагноз: антропонозный тип кожного лейшманиоза.

№ 6.

Диагноз: индуративная эритема Базена.

№ 7.

Диагноз: папулонекротический туберкулез.

№ 8.

Диагноз: колликвативный туберкулез.

№ 9.

Диагноз: туберкулезная волчанка.

№ 10.

Диагноз: бородавчатый туберкулез кожи.

№ 11.

Диагноз: язвенный туберкулез слизистых рта.

№ 12.

Диагноз: лихеноидный туберкулез кожи.

№ 13.

Диагноз: туберкулез кожи лица милиарный диссеминированный.

№ 14.

Диагноз: первичный туберкулез кожи.

№ 15.

Диагноз: остифолликулит.

№ 16.

Диагноз: глубокий фолликулит.

№ 17.

Диагноз: фурункул.

№ 18.

Диагноз: фурункулез.

№ 19.

Диагноз: карбункул.

№ 20.

Диагноз: стафилококковый сикоз.

№ 21.

Диагноз: гидраденит.

№ 22.

Диагноз: везикулопустулез.

№ 23.

Диагноз: псевдофурункулез Фингера.

№ 24.

Диагноз: эпидемическая пузырчатка новорожденных.

№ 25.

Диагноз: эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера.

№ 26.

Диагноз: буллезное импетиго новорожденных.

№ 27.

Диагноз: стрептококковое импетиго.

№ 28.

Диагноз: простой лишай или сухая пиодермия.

№ 29.

Диагноз: стрептококковая заеда.

№ 30.

Диагноз: пузырьное импетиго.

№ 31.

Диагноз: околоногтевая фликтена или турниоль.

№ 32.

Диагноз: стрептококковая опрелость или интертригинозная стрептодермия.

№ 33.

Диагноз: сифилоподобное папулезное импетиго.

№ 34.

Диагноз: эктима вульгарная.

№ 35.

Диагноз: пронизывающая эктима.

№ 36.

Диагноз: хроническая поверхностная диффузная стрептодермия.

№ 37.

Диагноз: вульгарное или стрепто-стафилококковое импетиго.

№ 38.

Диагноз: хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия.

№ 39.

Диагноз: шанкриформная пиодермия.

№ 40.

Диагноз: ботриомикома или пиогенная гранулема.

№ 41.

Диагноз: обыкновенные бородавки.

№ 42.

Диагноз: плоские юношеские бородавки.

№ 43.

Диагноз: подошвенные бородавки.

№ 44.

Диагноз: остроконечные кондиломы.

№ 45.

Диагноз: контагиозный моллюск.

№ 46.

Диагноз: простой пузырьковый лишай.

№ 47.

Диагноз: опоясывающий лишай.

№ 48.

Диагноз: простой пузырьковый лишай.

№ 49.

Диагноз: колтун.

№ 50.

Диагноз: платяной педикулез. Болезнь бродяг.

№ 51.

Диагноз: лобковый педикулез.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни: учебник для студентов мед. вузов / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2011. – 544 с.

Дополнительная литература

1. Уайт, Г. Атлас по дерматологии / Г. Уайт; пер. с англ. под ред. проф. О.Л. Иванова, проф. Н.Г. Кочергина. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. – 384 с.
2. Кэйн Кей Шу Мей. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник / Кей Шу Мей Кэйн. – М.: Панфилова, 2011. – 496 с.
3. Короткий, Н.Г. Практическое руководство по детским болезням / Н.Г. Короткий, Н.М. Шарова. – М. : Медпрактика, Т.12 : Детская дерматовенерология. – 2009. – 284 с.
4. Скрипкин, Ю.К. Клиническая дерматовенерология: рук-во в 2-х томах / Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С.– М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. – 1648 с.



Рис. 1. Опоясывающий лишай: глазная форма. На правой половине лба и правом верхнем веке – в зоне иннервации глазного нерва (первой ветки тройничного нерва) – видны язвы, покрытые кровянистыми корками, и везикулы. Лицо отечно и гиперемировано. Все туловище усеяно везикулами и красными папулами – это признак диссеминации. Диссеминированная инфекция возникает при распространении возбудителя гематогенным путем. У этого больного иммунитет не нарушен и, несмотря на тяжелое поражение кожи, сильных болей нет



Рис. 2. Герпес: рецидив – поражение губ. Губы покрыты везикулами, вокруг которых виден красный ободок. Везикулы сгруппированы и местами

сливаются



Рис. 3. Колликативный туберкулез кожи



Рис. 4. Туберкулезная волчанка. Крупная красно-коричневая бляшка, которая при диаскопии стала желтовато-бурой (симптом яблочного желе). Ушная раковина покрыта чешуйками, в мочке уха пальпируется узел, в центре бляшки отчетливо выделяется атрофический рубец



Рис. 5. Контагиозный моллюск. На груди у девушки видны обособленные розовые папулы диаметром 1-2 мм с пупковидным вдавлением в центре



Рис. 6. Простой герпес



Рис. 7. Опоясывающий герпес



Рис. 8. Вульганный сикоз



Рис. 9. Фурункулез



Рис. 10. Фурункулез

Учебное издание

Петр Николаевич Пестерев
Светлана Александровна Хардикова

Социально-значимые дерматозы

Учебное пособие

Редактор Е.М. Харитонова
Обложка С.Б. Гончаров
Технический редактор О.В. Коломийцева

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8 (3822) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 22.12.2017 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. лист. 7,7. Авт. лист. 5.
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru