

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО

"УТВЕРЖДАЮ"

Проректор по учебной работе

Г.Ж. Жарилкасинова _____

« _____ » _____ 2021 г.

Кафедра дерматовенерологии и детской дерматовенерологии

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ НАБОР ПО ПРЕДМЕТУ КОЖНО-
ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И СПИД**

**3 КУРСА ДЛЯ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ**

Область знаний: 500000 - Здоровье и социальное обеспечение.

Направление обучения: 510000 - Здоровье

Направление подготовки: 5510300 - Лечебная профилактика.

БУХАРА - 2021 г.

Учебная программа по естествознанию утверждена приложением 1 к приказу Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан от 2019 года «12« 09 »231».

Разработчики:

Рахматов О.Б. -Бухарский государственный медицинский институт, кафедра туберкулеза, пульмонологии и дерматовенерологии доценты

Махмудов Ф.А.-Ассистент кафедры туберкулеза, пульмонологии и дерматовенерологии Бухарского государственного медицинского института.

Хушвактова М.Ф. - ассистент кафедры туберкулеза, пульмонологии и дерматовенерологии Бухарского государственного медицинского института.

Рецензенты:

Усмонов И Х - Декан факультета медицинской педагогики и высшего сестринского дела Бухарского государственного медицинского института, тфн

Муаззамов Б Р - Заведующий отделением фтизиатрии, пульмонологии и дерматовенерологии тфн

Рассмотрен и утвержден протоколом заседания Ученого совета Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино «__ __» от 201__ года «__» _____.

1. Учебные материалы	стр
2. Теоретический учебный материал	стр
3. Практические учебные материалы	стр
4. Темы самостоятельной работы	стр
5. Глоссарий	стр
6. Приложения	стр
6.1. Учебная программа	стр
6.2. Рабочая программа	стр
6.3. Раздаточные материалы	стр
6.4. тесты	стр
6.5. Оценка	стр

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

№БД – 3.11

2019 йил « 1 » *08*

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

d.31-

2019 йил



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500 000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510 000	– Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510300	– Тиббий-профилактика

Тошкент – 2019

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил
- 12 - 09 даги 231 - сонли буйруғининг 1 - иловаси билан фан
дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
хузуридаги тиббиёт олий ва ўрта махсус касб-хунар таълим муассасалари
фаолиятини Мувофиқлаштирувчи кенгашининг 2019 йил "1" 08 даги
2 - сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Ташкенбаева У.А. -ТГА "Дерматовенерология" кафедраси мудири,
т.ф.д., доцент

Хашимов Ф.Ф. -ТГА "Дерматовенерология" кафедраси катта
уқитувчиси

Умаров Ж.М. -ТГА "Дерматовенерология" кафедраси ассистенти

Тасригчилар:

Вансов А.Ш. -ТГА "Дерматовенерология" кафедраси профессори

Азиев Б.С. -ТДСИ "1-сон терапевтик йўналиши" кафедраси
мудири, т.ф.д., доцент

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва
таъсир қилинган (2019 йил "26 сент" даги "11"-сонли
баённома).

I. Актуальность предмета и его роль в высшем образовании

Данная предметная программа основана на Государственном образовательном стандарте Республики Узбекистан и квалификационных требованиях для получения высшего образования. Эта программа дерматовенерологии, которая играет важную роль в подготовке гигиенистов, эпидемиологов, формировании их научного мировоззрения, использует современные педагогические технологии в учебном процессе, обучая студентов выполнять базовые практические навыки из теоретических знаний и совмещая приобретенные навыки с клиническими. Практика через современные медицинские технологии, создает основу для развития клинического мышления, профилактики заболеваний, профилактических мероприятий у будущих врачей-гигиенистов, эпидемиологов. Программа бакалавриата - выявление распространенных дерматозов и заболеваний, передающихся половым путем,

II. Цель и задачи предмета

Целью обучения дерматовенерологии является подготовка студентов дерматовенерологии, гигиенистов, эпидемиологов с определенным объемом знаний, навыков и практических навыков, необходимых в практике эпидемиологии, высококвалифицированных специалистов по дерматологии и генитальным заболеваниям - гигиенистов, эпидемиологов.

Задача науки:

- дерматовенерология дать представление о науке;
- поэтапное обучение теоретических знаний студентов до уровня реализации основных практических навыков;
- повысить уровень клинического мышления и удержания знаний студентов за счет применения современных педагогических технологий в учебном процессе;
- дерматологические и венерологические иметь представление о современных методах контроля;
- формирование знаний о клинической анатомии кожи и слизистых оболочек полости рта, этиопатогенезе заболеваний, передающихся половым путем, клиническом течении, методах обследования;
- врач-гигиенист, эпидемиолог уметь самостоятельно работать с профессиональной подготовкой, научной литературой и справочниками, самостоятельно диагностировать врожденные и приобретенные заболевания кожи, кожных продуктов, слизистых оболочек, грибковые и опухолевые заболевания и заболевания, передающиеся половым путем (ИППП) у детей и взрослых, первичную профилактику ИППП и дерматозы принять меры и научить пропагандировать здоровый образ жизни среди населения.

Требования к знаниям, умениям и умениям студентов по естествознанию.

Студент:

- методы исследования кожи и слизистых оболочек полости рта;
- уметь определять первичные и вторичные морфологические элементы;
- основные явления в диагностике и методы тестирования;

- Методы получения патологических материалов для серологических тестов для диагностики ВИЧ / СПИДа и травм, а также микроскопические тесты для выявления грибов, гонококков и трихомонад;
- факторы, приводящие к передаче инфекции от матери к ребенку;
- иметь фантазию, чтобы освоить и оценить выполнение самостоятельной практической деятельности в качестве высококвалифицированного специалиста, обладающего полным комплексом необходимых навыков в организации профилактических мероприятий в области гигиены;
- уметь выявить особенности клинического течения основного заболевания;
- уметь диагностировать осложнения и сопутствующие заболевания;
- Описание и обоснование клинического диагноза в соответствии с принятой в Республике Узбекистан классификацией болезней;
- определение комплексной тактики с учетом индивидуальных и патологических особенностей заболевания;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- уметь разрабатывать план реабилитационных, профилактических, санитарных и противоэпидемических мероприятий, проводить и использовать диспансерный надзор;
- профессиональный осмотр пациента (Status localis);
- определение дермографизма;
- диаскопия;
- Определите феномен Кебнера;
- Определите сети Уикхем;
- Взятие мазка из уретры;
- Определение антолитических клеток Тцанка;
- Проба Бальцера;
- Определение белой трепонемы
- Идентификация Кериона Целеля;
- Определение симптома Асбо-Гансена;
- Проба Минора ;
- Проба Мицуды;
- определение симптома желе яблоки;
- Обнаружение симптома Поспелова (зондового симптома);
- Взятие мазка на палочках Ганзена;
- как определяется тельца Боровского;
- Выявление симптома Бене-Мещерского;
- Проба Ядоссона;
- Уметь проводить и использовать тесты Томсона;
- Определение дермографизма;
- Местное лечение - увлажнение - техника смачивания (примочка).
- Определение чесоточного клеща
- Определение диагностической триады псориаза
- Определите сеть Уикхема
- Определение пробы Бальцера
- Тест на чувствительность при лепры;

- Определение симптома Никольского должен обладать практическими навыками (в том числе клиническими практическими навыками), такими как обнаружение симптомов.

III. Базовая теоретическая часть (лекции)

Тема 1. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов, первичных и вторичных морфологических высыпаний. Понятие первичной, вторичной и третичной профилактики.

Дать представление об общих симптомах и патоморфологии дерматозов. Обучите основам диагностики. Научить первичным и вторичным морфологическим элементам и формированию знаний об основах лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. Дать понимание основ местного и общего лечения детей раннего возраста. Дать знания о первичных и вторичных морфологических элементах, диагностике и сравнительной диагностике. Обучение школьников первичной, вторичной и третичной профилактике заболеваний. Формирование знаний об особенностях детства. Описание локализации статуса.

Тема 2. Пиодермия, дерматозоозы, кожные покровы грибковая инфекция.

Чтобы получить представление об общих симптомах и патоморфологии дерматозоозов и пиодермии. Обучите основам диагностики. Учение об укусе жуков. Формирование знаний об основах лечения этих дерматозов. Дать понимание основ местного и общего лечения маленьких детей и различий между ними. Дать знания о первичных и вторичных морфологических элементах, диагностике и сравнительной диагностике дерматозоозов и пиодермии. Формирование знаний об особенностях детства. Описание локализации статуса

Тема 3. Инфекции, передающиеся половым путем. Общий курс травмы, современная классификация, микробиология и эпидемиология травм.

Первичная, вторичная, третичная, врожденная травма. Меры по профилактике ИППП

Студенты смогут классифицировать ИППП, этиопатогенез заболеваний, роль экзогенных и эндогенных факторов в их развитии, основы закономерностей и механизмов развития и структуры заболеваний. Организация и проведение «предболезненности» и понятие заболеваемости, значение социально-экологических факторов, этиология, патогенез, эпидемиология, профилактика и эпидемиологический контроль ВИЧ-инфекции и СПИДа. Организация и проведение СПИДа по этиологии, патогенезу, эпидемиологии, профилактике и эпидемиологическому контролю, тренинги по определению трудоспособности.

IV. Методические указания и рекомендации для практических занятий

На уроках естествознания 50% теоретические и 50% практические.

Для практических занятий рекомендуются следующие темы:

1. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Анатомия и

гистология кожи и слизистых оболочек.

2. Пиодермия. Угри. Дерматозоозы.
3. Аллергодерматозы. Дерматит. Токсикодермы.
4. Экзема. Нейродерматозы.
5. Папулезные дерматозы. Псориаз, красный плоский лишай.
6. Вирусные инфекции кожи. СПИД. Пузырные дерматозы.
7. Грибковые поражения кожи.
8. Лепра, кожный лейшманиоз, кожный туберкулез.
9. Коллагенозы. Основы онкодерматологии.
10. Инфекции передающиеся половым путем. Первичная сифилис. Вторичный сифилис. Скрытый сифилис.
11. Инфекции передающиеся половым путем. Третичная сифилис. Врожденный сифилис.
12. Инфекции передающиеся половым путем. Гоннокок и негоннококковый уретриты.

Практические занятия проводятся одним преподавателем на академическую группу в аудитории, оснащенной мультимедийной техникой.

Во время практических занятий проводится углубленное теоретическое изучение конкретных тем, углубленный анализ методологически актуальных тем, обсуждение вопросов и ответов, беседы, отчеты и тезисы, письменные тесты, обсуждение ситуационных вопросов и приобретается путем ответов на вопросы теста. При этом необходимо закрепить теоретические знания во время обучения с использованием интерактивных методов и компьютерных, инновационных технологий.

При проведении практических занятий соблюдаются следующие дидактические принципы:

- Четко определить цель практических занятий;
- Пробудить интерес студентов к возможностям углубления знаний об инновационной педагогической деятельности учителя;
- Предоставить студенту возможность добиться результата самостоятельно;
- Теоретическая и методическая подготовка студентов.

В ходе клинической практики по дисциплине «Дерматовенерология» студенты приобретут практические навыки.

Список практических навыков:

1. Определение дермографизма;
2. Местное лечение - увлажнение - техника смачивания (примочка).
3. Поиск чесотки
4. Определение диагностической триады псориаза
5. Определение сеть Уикхема
6. Определение пробы Бальцера
7. Тест на чувствительность при Лепры;
8. Выявление симптома Никольского

Методические указания и рекомендации по организации учебной клинической практики

Клиническая практика студентов по предмету «Дерматовенерология» составляет 50% учебного процесса, а практические занятия проводятся в кабинете дерматовенерологии и стационаре Республиканской дерматовенерологической клинической больницы и Ташкентского областного дерматовенерологического диспансера.

На практических занятиях процесс обучения практическим навыкам детально спланирован и включает несколько этапов:

1. Первый этап - исходя из целей и задач обучения определяется мотивационная основа изучения практических навыков, обсуждаются ее теоретические аспекты. Студент знакомится с механизмом работы оборудования, необходимого для реализации практических навыков, правилами использования.

Для проведения первого этапа в отделении есть все инструменты и он должен быть в рабочем состоянии.

2. Второй этап - многократная демонстрация практических навыков и практика. Пошаговый алгоритм практических навыков для реализации этого шага демонстрируется преподавателем и в видеороликах, с особым акцентом на правильное выполнение пошагового алгоритма. Студент осваивает практические навыки самостоятельно, но под наблюдением учителя, на макетах, тренажерах, фантомах и манекенах, часто практикуясь. Вначале разрешается применять к пациенту после полного и правильного прохождения всех этапов в отдельности, затем обобщенно (имитационное обучение).

Для реализации второго этапа практические навыки, выработанные кафедрой, должны быть разработаны пошаговым алгоритмом и видео, учебным пособием, схемой или методикой реализации и т. Д., Критериями оценки. Там должны быть тренажеры, имитаторы, фантомы и манекены, имитаторы, инструменты и должны быть созданы необходимые условия (смоделированные как можно ближе к рабочим условиям). На этом этапе педагог отслеживает и исправляет ошибки в работе учащихся по мере необходимости. В этом процессе действия учащихся можно записывать на видео, демонстрировать и критически обсуждать. Ученик объясняет учителю и другим ученикам, в чем его ошибка, а затем повторяет процедуру. Интерактивность проявляется, когда, в котором другие студенты участвуют в качестве экспертов и оценивают, правильно ли студент усвоил практические навыки. Желательно довести практические навыки до уровня автоматизма.

3. Третий этап - применение полученных знаний и практических навыков к пациенту. На этом этапе под педагогическим руководством студента обучают применять полученные знания и практические навыки в различных клинических ситуациях (в том числе и в чрезвычайных ситуациях), анализировать полученные результаты и определять тактику действий на основе этой информации.

Для реализации третьего этапа на кафедре разработан комплект учебников, учебных пособий, фотографий, ситуационных задач и тестов, клинических случаев, клинических протоколов, стандартов диагностики и лечения, учебных историй болезни и амбулаторных карт и т. Д. должен быть использован. Интерактивность

проявляется в том, что другие учащиеся участвуют не только в качестве экспертов и оценивают правильность усвоения обучаемым практических навыков, но и в командной работе.

4. Четвертый этап - заключение. На этом этапе педагог должен убедиться, что полученные студентом знания и навыки могут быть правильно и полностью применены у пациентов, в различных ситуациях, в процессе деятельности, и тогда практический навык считается усвоенным.

Для реализации четвертого этапа самостоятельная работа студента с пациентом контролируется педагогом, оценивается при написании и защите медицинских карт, истории болезни.

В конце урока учитель подтверждает, что каждый ученик усвоил практический навык. В тех случаях, когда ученик не может овладеть практическим навыком, рекомендуется овладеть им самостоятельно вне уроков и перепоручить преподавателю. Считается, что студент освоил науку, овладев всеми практическими навыками.

Инструкция по организации лабораторных работ

Лабораторные работы по естествознанию в общепринятом учебном плане не предусмотрены.

V. Самостоятельная учеба и самостоятельная работа

Рекомендуемые темы для самостоятельного изучения:

1. Себорея. Розовая угри. Гнойничковые болезни младенцев.
2. Синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона.
3. Профессиональные дерматозы.
4. Параспориоз. Современные основы квантовой терапии (ПУВА, лазеротерапия) в лечении псориаза и других дерматозов. Дегельминтизация. Псориаз и КПЛ - атипичные типы.
5. Розовые лишай Жибера. Саркома Капоши. Экзема Капоши. ИФА и ПЦР.
6. Буллезный эпидермолиз,
7. Глубокие микозы, алопеция.
8. Лейшманиоз - туберкулоидный тип, висцеральный лейшманиоз.
9. Невус. Генодерматозы.
10. Ксантелазмы, липомы, гигромы.
11. Мягкий шанкр. Венозная лимфогранулема. Donovanоз
12. Понятие о некачественном течении сифилиса. Патогенез, специфика клинических проявлений.
13. Гонорея у девочек. Гонобленорея и ее профилактика, гонококковый проктит. Бактериальный вагиноз. Микоплазмоз, уреаплазмоз.

Самостоятельная работа по науке осуществляется на уроках и вне их.

При организации самостоятельной работы студентов используются следующие формы:

При подготовке самостоятельной работы рекомендуется использовать следующие формы с учетом особенностей науки:

- Участвовать в наблюдении за пациентом под наблюдением лечащего или дежурного врача;
- Изучение научных разделов и тем в учебниках и учебных пособиях;
- Работа с клиническими компьютерными программами имитационного обучения;
- Самостоятельное изучение некоторых теоретических тем с помощью учебников;
- Подготовка информации (аннотации) по заданной теме;
- Работать и читать лекции по специальной или научной литературе (монографии, статьи) по разделам или темам науки;
- Научная статья, подготовка тезисов к конференции;
- Решать ситуационные задачи, ориентированные на ситуационные и клинические задачи;
- Ключи (тематическое исследование, основанное на реальных клинических ситуациях и клинических ситуационных проблемах);
- разработка и доработка графических органайзеров;
- составлять и разгадывать кроссворды;
- подготовка презентаций и видеороликов и их широкое использование в самостоятельной работе и др.
- освоение части отчетов по раздаточным материалам;
- работа с автоматизированными системами обучения и контроля;
- изучение новой техники, оборудования, процессов и технологий;
- углубленное изучение дисциплин и тем, связанных с выполнением учебно-исследовательской работы студента;
- тренинги с использованием активных и проблемных методов обучения;
- участие школьников в олимпиадах, конкурсах, выставках, конференциях и других мероприятиях при активном изучении предмета дистанционного образования.

Курсовая работа по науке (проект)

Курсовая работа по теме не предусмотрена учебным планом.

VI. Основная и дополнительная учебная литература и источники информации

Основная литература

1. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдилов А.А. Дерматология. Иллюстрированное руководство по клинической диагностике. - Г. Москва. "Граница". 2018 г.
2. Эшбоев Е.Х., Ташкенбаева Ю.А., Кожно-половые заболевания и их лабораторная диагностика. Учебник. Ташкент. - «Навруз». 2018 г.
3. Вайсов А.Ш. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент, «Новое поколение». 2009 г.

4. Арифов С.С., Эшбаев Э.Х. Кожно-половые заболевания. Учебник. - Ташкент. "Энциклопедия". 1997 г.

Дополнительная литература

1. Атиф Хаснаин Казми. Цветной атлас клинической дерматологии. Нью-Дели, Индия. Медицинский паб Jauree Brothers 2015
2. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Г. Москва. «Практическая медицина». 2015 г.
3. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., Одинец СРЕДНИЙ., Дерматовенерология. Учебник. - Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2013г.
4. Пасрича JS, Рамджи Гупта. Иллюстрированный учебник дерматологии. Нью-Дели, Индия. «JP Medical Ltd.». 2013г.
5. Короткий Н.Г. Кожные и венерические заболевания. Учебник. -Г. Москва. "Медицинское информационное агентство". 2011 г.
6. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Дерматовенерология. Национальное руководство. -Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2009 г.
7. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.В., Акимов В.Г. Кожные и венерические заболевания. Учебник. -Москва, ГЭОТАР Медиа 2009г.
8. Ананьев О.Л., Анисимова Е.В. Кожно-венерические заболевания. Учебник. ЭКСМО, 2006 г.
9. Пол К. Бакстон дерматовенерология. Учебник. -Россия. «Бином». 2005 г.
10. Элинон Э. Сан. Дерматология. 100 случаев из практики. Учебник. Россия. Бином, 2001
11. Мирзиёев Ш.М. Вместе с нашим смелым и благородным народом мы построим наше великое будущее. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
12. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, строгая дисциплина и личная ответственность должны быть повседневным правилом каждого лидера. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
13. Мирзиёев Ш.М. Вместе мы построим свободное и процветающее демократическое государство Узбекистан. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2016 г.

Сайты:

1. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
2. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;

3. [www.cc.emory.edu // WHSCIV / medweb. dermatology.html](http://www.cc.emory.edu/WHSCIV/medweb/dermatology.html) .;
4. www.Mosbycom // Mosby // Журналы // медицинские // CPDM // dm / html;
5. www.skindex.com .;
6. [www.ama-assn / org](http://www.ama-assn.org) // журналы // постоянный // derm // dennhome.htm.;
7. [www.Crawford.com//epo//mm wz // wor ld. html](http://www.Crawford.com/epo/mm wz // wor ld. html).
8. www.ziyonet.uz;
9. [www. info @ minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
10. www.info@tma.uz

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО

Кафедра дерматовенерологии и детской дерматовенерологии

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Область знаний: 500000 - Здоровье и социальное обеспечение.

Направление обучения: 510000 - Здоровье

Направление подготовки: 5510300 - Лечебная профилактика.

Курс 3	
Размер часов	92
Включая:	
Лекция	6
Практические занятия	48
Независимая работа	38

Вухого-2021

Введение

Дерматовенерология, наука о СПИДе, клинически изучает изменения функции и структуры кожи в норме и патологии, внутренних органов и изучает патологию систем, их органическую связь с кожей, различные кожные заболевания, инфекции, передающиеся половым путем. Программа бакалавриата - изучение методов выявления, лечения и профилактики распространенных дерматозов и заболеваний, передающихся половым путем, этиопатогенеза кожи и слизистой оболочки полости рта, заболеваний, передающихся половым путем, формирование знаний о клиническом течении, методах обследования и сравнительной диагностики. Срочное обучение правилам оказания первой помощи в дерматологических случаях, определение рекомендаций по доставке в дерматовенерологический диспансер для лечения воспалений кожи и слизистой оболочки полости рта взрослых и детей, правил лечения аллергических и грибковых заболеваний, обучает правилам профилактики и диспансерным мерам профилактики заболеваний кожи и половых органов. Данная программа основана на квалификационных характеристиках указанных направлений, Государственных образовательных стандартах.

Цели и задачи предмета

Целью преподавания предмета является подготовка врачей общей практики - высококвалифицированных специалистов, обладающих определенным объемом знаний, навыков и практических навыков, необходимых для практики дерматовенерологии, методик обучения кожным и генитальным заболеваниям.

Функции науки:

Формирование знаний об этиопатогенезе, клиническом течении, методах обследования и сравнительной диагностики кожных и слизистых оболочек, венерических заболеваний.

Срочное обучение правилам оказания первой помощи в дерматологических случаях, выявление показаний к доставке в дерматовенерологический диспансер, воспаление кожи и слизистой оболочки полости рта взрослых и детей, правила лечения аллергических и грибковых заболеваний, обучение кожным и генитальным заболеваниям правила профилактики и диспансер

1.2 Требования к знаниям, умениям и квалификации обучающихся по предмету

Бакалавриат в области кожных и венерических болезней, СПИД:

Цели и задачи науки и их суть в профессиональной деятельности врачей общей практики, анатомофизиологические свойства кожи и слизистой оболочки полости рта детей и взрослых, их возрастное развитие, процессы дермы и эпидермиса, знать общие патологические изменения, клиническое течение приобретенных и врожденных, грибковых и опухолевых заболеваний кожи и слизистой оболочки полости рта у взрослых и детей

Умение самостоятельно работать с учебной, научной литературой и справочниками, кожей и кожными изделиями, врожденными и приобретенными заболеваниями слизистых оболочек, грибковыми и опухолевыми заболеваниями и заболеваниями, передающимися половым путем у детей и взрослых (ДЖИБЮК), самостоятельно выявлять, оказывать первую помощь при патологических заболеваниях. чрезвычайные ситуации на коже и слизистых оболочках

Овладеть методами исследования кожи и слизистых оболочек полости рта, выявить первичные и вторичные морфологические высыпания, знать основные явления в диагностике и методы тестирования, серологические тесты на ВИЧ / СПИД и травмы, грибковые инфекции. Освоить методы получения патологических материалов для микроскопического исследования при обнаружении гонококков и трихомонад.

Факторы, приводящие к передаче инфекции от матери ребенку. Особенности передачи ВИЧ / СПИДа у детей

Интеграция служб поддержки в профилактику и лечение ВИЧ / СПИДа у беременных. , Основы диагностики ВИЧ у детей. Оцените состояние ребенка с ВИЧ на ранней стадии.

Задачи по усвоению принципов местного лечения кожных заболеваний, анафилактического шока, острой экземы, неотложной помощи при опухоли Квинке, а также принципов ведения медицинской документации и анализа результатов лабораторных исследований с использованием клинических и инструментальных методов обследования.

Уметь выявить особенности клинического течения основного заболевания

Уметь диагностировать осложнения и сопутствующие заболевания

Описание и обоснование клинического диагноза согласно принятой в Республике Узбекистан классификации болезней.

Выявление комплексной тактики с учетом индивидуальных и патологических особенностей развития болезни;

Рассмотрение временной нетрудоспособности

Должен уметь разрабатывать план реабилитационных, профилактических, санитарных и противоэпидемических мероприятий, проводить диспансерный мониторинг.

Должен иметь навыки написания истории болезни.

1. Профессиональное обследование пациента (Status localis)
2. Определение диагностической триады при псориазе
3. Удаление жира из уретры
4. Акантолитическое (Tstank клетки) обследование
5. Тест Балстера
6. Способ смазывания раневой поверхности от бесцветной трепомемы.
7. Выявление возбудителей чесотки
8. Определение дерматографии
9. Местное лечение - примочка

1.3 Взаимозависимость предмета с другими дисциплинами учебного плана и методически целостная последовательность и его роль в системе здравоохранения:

Заболевания кожи и половых органов, СПИД - это клиническая наука, которая преподается в 7, 8, 11 и 12 семестрах. Реализация программы запланирована в рамках учебной программы естественных наук (нормальная и патологическая физиология, гистология, внутренняя медицина, эндокринология, неврология, акушерство и гинекология, психиатрия, туберкулез, инфекционные болезни, профессиональные заболевания, социальная гигиена и здоровье)

Обязательный минимум заданий по видам практических работ

Предмет практического обучения требует достаточных знаний и навыков в дисциплинах внутренней медицины, неврологии, акушерства и гинекологии, инфекционных болезней, профессиональных заболеваний, нормальной и патологической физиологии, нормальной и патологической анатомии.

Роль в системе здравоохранения

Он играет важную роль в науке и практике кожных и половых заболеваний. Хронические кожные заболевания приводят к снижению качества жизни пациентов. Псориаз, язвенная болезнь, лимфомы кожи, фотодерматозы могут привести к серьезным долгосрочным осложнениям. Для врачей БАС важны правильная диагностика, профилактика и рациональное лечение этих и других кожных заболеваний. Профилактика и лечение заболеваний, передающихся половым путем, - это ответственность врача БАС. Дерматовенерология - часть системы здравоохранения, изучающая эти и другие актуальные вопросы.

Современные информационно-педагогические технологии в преподавании естественных наук

Использование передовых и современных методов обучения, внедрение новых информационных и педагогических технологий важны для овладения студентами наукой о кожных и половых заболеваниях, СПИДе. При изучении предмета используются учебники, учебно-методические пособия, конспекты лекций, раздаточные материалы, компьютерные программы, электронные материалы и современные видеосистемы. Используются передовые педагогические технологии в соответствии с лекциями и практическими занятиями.

Факторами, определяющими качество обучения в образовательном процессе, являются: обучение на высоком научно-педагогическом уровне, чтение проблемных лекций, интересные уроки в форме вопросов и ответов, передовые педагогические технологии и мультимедиа и современное использование видеосистем, проблемные -решение, мотивация, индивидуальная работа со слушателями, свободное общение, участие в научных исследованиях.

При разработке темы «Кожные и генитальные болезни» используются следующие основные концептуальные подходы:

Личностно-ориентированное образование. Это образование по самой своей природе предполагает всестороннее развитие всех участников учебного процесса. Это означает, что при разработке образования, конечно, подход должен основываться не на личности конкретного учащегося, а в первую очередь на целях обучения, связанных с будущей профессиональной деятельностью.

Системный подход. Образовательная технология должна воплощать в себе все особенности системы: логику процесса, взаимосвязанность всех его звеньев, целостность.

Ориентированный на деятельность подход. Представляет собой обучение, направленное на формирование процессных качеств личности, активизацию и интенсификацию деятельности обучаемого, раскрытие всех его способностей и возможностей, инициативу в процессе обучения.

Диалогический подход. Этот подход подчеркивает необходимость построения обучающих отношений. В результате улучшается творческая деятельность человека, такая как самоактивация и самовыражение.

Организация совместного обучения. В нем подчеркивается необходимость сосредоточиться на внедрении сотрудничества в формировании содержания демократических, равноправных, образовательных и обучающих мероприятий и оценке достигнутых результатов.

Проблемно-ориентированное обучение. Проблемный способ подачи образовательного контента активизирует активность учащегося. В то же время объективное противоречие научного знания

и творческое использование методов его решения формируют и развивают диалектическую наблюдательность, в результате чего студенту предоставляется самостоятельная творческая деятельность.

Использование современных средств и методов подачи информации - внедрение новых компьютерных и информационных технологий в учебный процесс.

Методы и приемы обучения. Лекция (вводная, тематическая, наглядная), проблемное обучение, кейс-стади, доска, парадокс и методы проектирования, практическая работа.

Формы организации обучения: фронтальная, коллективная и групповая на основе диалога, полилога, общения, сотрудничества и взаимного обучения.

Учебные пособия, наряду с традиционными формами обучения (учебник, текст лекций) - компьютерные и информационные технологии.

Способы коммуникации: прямое взаимодействие с аудиторией на основе оперативной обратной связи.

Методы и средства обратной связи: диагностика обучения на основе анализа результатов наблюдения, блаженство-анкетирование, промежуточный, текущий и итоговый контроль.

Методы и инструменты управления: планирование уроков в виде технологической карты, которая определяет этапы обучения, взаимодействие преподавателя и ученика в достижении цели не только на уроках, но и самостоятельно вне класса, контроль дел. .

Мониторинг и оценка: систематически контролировать результаты обучения как в классе, так и на протяжении всего урока. Оценка знаний слушателей с помощью ОСКИ в конце цикла. В процессе преподавания предмета «Дерматовенерология и СПИД» используются компьютерные технологии, обучающие компьютерные программы, готовятся раздаточные материалы по темам. Оценка знаний студентов проводится в форме устных компьютерных тестов.

"Я заслуживаю этого"

Во время лекций студенты имеют возможность напрямую проверить практические знания, полученные во время внеклассных занятий. Следующий метод оценки, проверенный на практике, - «Я это заслуживаю», чтобы быстро оценить знания, полученные в ходе выполнения данного задания. технология.

Бунда:

- студенты делятся на группы на основе заранее подготовленных и распределенных вопросов. Тот, кто сочтет себя достойным такой цены, присоединится к этой группе. «Отлично», «Хорошо», «Удовлетворительно». Если ученику требуется текущая оценка 3 по критериям оценивания на сегодняшнем уроке, он будет оценен как отлично - 2,6–3 балла, хорошо - 2,2–2,5 балла, удовлетворительно - 1,7–2,1 балла;
- Для каждой группы имеется заранее подготовленная система вопросов, которые изначально рассматриваются оценочной группой «Отлично»;
- ученик, нашедший ответ на вопрос для этой группы, обязательно выйдет из игры с оценкой «отлично»;
- после того, как все вопросы в группе будут заданы, ученик, который не ответил ни на один из вопросов, но показал отличные результаты, будет вынужден присоединиться к нижней группе;
- процесс продолжается в этом анализе, и студент, который не находит ответа на вопросы всех групп, считается не справившимся с заданием.

Ожидаемые результаты использования метода:

- у студента есть возможность «оценить» свои возможности, т.е. самооценку;
- Для того, чтобы быть достойным «этого сорта,» студент будет работать, отвечая на более сложные вопросы, которые заставят его собрать больше информации и обосновать свои идеи;
- студент стремится максимально быть частью «высшей» группы, что заставляет его постоянно работать над собой;
- каждый ученик должен действовать за себя, что дает ему чувство ответственности;
- на оценку уходит не так много времени.

В целом, в результате использования метода каждый ученик имеет возможность «расти», что обеспечивает объективную реализацию оценивания, то есть заставляет учителя делиться идеей, что «эти 3 ученика получают оценку».

«Креативное мышление и клиническое наблюдение»

Цель: Изучить и оценить творческое мышление и клиническое наблюдение студентов в соответствии с контекстом ситуационной проблемы.

Студентам будет предоставлен список ситуационных вопросов и температурные кривые. Студент досконально изучает содержание случая, выводит на листе бумаги клинические признаки и лабораторные данные в соответствии с днем, ставит диагноз и назначает лечебные мероприятия.

Наблюдательная мысль

С целью усиления содержания темы данная педагогическая технология используется для определения уровня владения аудиторией. Анализируется обратная связь аудитории. Слушатель, наблюдающий за наблюдением, поощряется.

Метод кейс (ПРИМЕР)

Основная цель кейса: Углубленное изучение содержания темы, полное знание стандартов диагностики и лечения, умение самостоятельно мыслить, углубленное изучение проблемы, показать и проанализировать недостатки врача, предотвратить их. меры для Для успешного завершения этого тематического исследования студенты должны сначала обладать следующими знаниями и навыками:

Студент должен знать: этиология, клиника вирусных гепатитов, ведение и профилактика больных на основе общепринятых стандартов диагностики и лечения.

Студент должен: самостоятельно изучает тему; определяет характер проблемы; учится принимать независимые решения, критически анализируя данные; имеет свою точку зрения и делает логические выводы; самостоятельно работает с учебными данными; сравнивает, анализирует и обобщает данные;

Студент должен иметь: навыки коммуникации; презентация навыки и умения; навыки сотрудничества; проблемные ситуации аналитические навыки.

Технологическая схема кейсового обучения:

1. Введение в рассмотрение дела
2. Введение в тематическое исследование
3. Организация индивидуальной работы с кейсом (раздача заданий, инструкции).
4. Решить этап кейса коллективно (группа разбита на малые группы) (обсуждение - его структура определяется вопросами в конце кейса - анализ и решение проблемной ситуации, направленная на выработку рекомендаций к действию. в такой практической ситуации).
5. Резюме учителя.
6. Оценка успеваемости учащихся

Трехэтапный метод собеседования

Цель: Научить пациента правильному психологическому подходу к выявлению и решению проблем.

Основные принципы: Группа делится на 2-3 небольшие группы, и студентам дается роль: врач, пациент, эксперт. Диагноз ставится анонимно студенту, выступающему в роли пациента. Пациент должен досконально знать жалобы на заболевание, развитие заболевания, эпидемиологический анамнез, а врач должен знать пациента и возможные изменения в нем в связи с заболеванием. Каждый врач консультируется с пациентом в течение 10-15 минут. Эксперт оценивает деятельность участников (пациента и врача) в следующих 3 разделах:

1. Что было сделано правильно?
2. Что было сделано не так?
3. Как это нужно было сделать?

Использование передовых и современных методов обучения, внедрение новых информационных и педагогических технологий важны для освоения студентами науки об инфекционных болезнях, эпидемиологии. При изучении науки используются учебники, учебно-

методические пособия, тексты лекций, раздаточные материалы, компьютерные программы, электронные материалы и современная световая микроскопия, видеосистемы. В лекциях и практических занятиях используются соответствующие передовые педагогические технологии. «Современные педагогические методы», используемые в преподавании науки.

Диаграмма Венна



Кружки 1 и 3 показывают свойства объектов с общими символами посередине; 1,2,3, .. Этот метод позволяет студентам обосновывать свое мнение, отстаивать, повышать способность мыслить самостоятельно.

2. Использует рекламные плакаты.

3. Слайды, использует мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

Метод "снежок"

В этом стиле ученики делятся на группы по 2, 4 и 8 человек и медитируют. Этот стиль хорош тем, что с меньшими усилиями преодолевает разрыв между группами. Педагог предлагает ученикам самостоятельно решить задачу. Маленькие группы исключаются из обсуждения, то есть, если они разделены на 4 группы, группы из обсуждения делятся на 2 группы, повторно обсуждают и присоединяются к большой группе. В результате получилась хорошо обсуждаемая общая идея. В этом стиле каждый ученик старается дать фидбек во время работы.

Преимущества сути стиля:

- Каждый ученик решает задачу самостоятельно.

- Во время обзора каждая малая группа пытается обосновать свой ответ.

Методика «Ротастуа-метод выражения мнения».

Цель: Повысьте уровень участия всех учеников в группе, позвольте им учиться друг у друга.

Основные принципы: Этот метод основан на анализе темы индивидуально с небольшими группами и с целыми группами, при этом каждая подгруппа анализирует три задачи в течение 30 минут, а следующие 15 минут анализируют их все вместе. Для одитора будет повешено несколько заданий. Каждая небольшая группа (2–3 человека) обсуждает в течение 19 минут и записывает ответы на свои варианты, затем переходит к другому заданию и так далее. Каждая группа получает свой цветной фломастер. 1-я группа - синий, 2-я группа - черная, 3-я группа - зеленая. Каждый лист бумаги должен быть помечен тремя маркерами. Через 10 минут задания выполняются поочередно. Группа зачитывает ответы предыдущей группы и добавляет. Не должно быть повторяющихся ответов. Уана перейдет к следующему заданию через 10 минут, прочтите газету и заполните ее своими ответами. Проанализировано через 15 минут. Оптимальный ответ находится и записывается в тетрадь. Этот метод ориентирован на групповой анализ темы.

Метод мозгового штурма

Основные правила метода:

- Нет предупреждений или критических замечаний, которые мешают формированию мнения

- учитите, что чем неестественнее идея, тем лучше

- попытайтесь получить больше предложений

- комбинация и развитие идей

- Дайте краткое описание без подробного обоснования

- быть разделенным на тех, кто разделяет идеи группы и переделывает

Этот метод помогает студентам оправдываться, защищаться и мыслить независимо.

2. Использует рекламные плакаты.

3. Использует слайды, мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

Метод «слабого кольца»

Учащиеся в группе садятся в круг. Студентам по очереди будут задаваться вопросы, требующие быстрых и лаконичных ответов по теме. Студент, который не может ответить на вопрос, покидает дом. В конце концов, оставшийся ученик сможет правильно ответить на многие вопросы.

2. Использует рекламные плакаты.

3. Использует слайды, мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

Метод «пчелиного гнезда»

Цель: Вовлеките всех учащихся в группу и научите их отвечать сейчас, быстро принимать решения и делать выводы.

Основные принципы: Проблема анализируется со всей группой или двумя подгруппами. Задание может быть разным или в одной группе, в течение 10-15 минут группы решают задачу и рассказывают своим партнерам. Подбирается лучший вариант.

Метод «скорость, точность, полнота».

Цель: Научить студентов быстро, точно и полностью определять свои знания по данной проблеме.

Основные принципы: Группа делится на две подгруппы по уровню знаний. Подготовленные преподавателем вопросы складываются в конверты и нумеруются. Лидер каждой группы выбирает вопрос, по очереди произнося номер. В течение трех минут после прочтения вопроса группа поднимает табличку в руках, пока ученики готовят ответ. Если ответ неполный, его заполняет вторая группа студентов.

Игра "Кот в сумке"

Предоставить учащимся глубокие знания по этой теме.

Учитель готовит ученикам вопросы по теме. Во время урока ученик получает один из вопросов из сумки в списке. Это будет особая карта. Студенты тянут карты. Дает письменные ответы на вопросы. После проверки задания консультанты объявляют количество баллов и указывают наибольшее количество набранных баллов.

Метод «ручка на столе»

Всей группе дается задание. Каждый ученик пишет версию для Facebook и передает ее соседнему ученику, кладя ручку в центр стола. Помощник проверяет учеников, и ученики записывают правильные ответы в свои тетради. В этом случае проверяются теоретические знания студентов.

2. Использует рекламные плакаты.

3. Использует слайды, мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

«Путешествие по галерее»

Научить студентов критически оценивать данные и определять их полноту по данному вопросу. Каждой группе предлагается одна задача, и они решают ее письменно в течение 10 минут, а затем делятся заданиями. Чтобы выявить ошибки предыдущей группы и дополнить ответы, вопросы обсуждаются со всеми участниками, и окончательный ответ принимается.

Методика «Путешествие по галерее» требует от студентов пристального внимания и хорошей теоретической подготовки в этой области.

Преимущества этого метода - позволяет студентам продемонстрировать аналитические способности и навыки клинического мышления.

Недостатки:

Обсуждение ответов может привести к негативной реакции на выговор.

При разделении учеников на группы важно иметь в виду, что среди них есть лидеры. Это учитывается при подготовке к тренировкам.

Метод «Аквариум»

Научить студентов быстро и точно выражать свои знания по теме.

Преимущества этого метода:

- Тема будет обсуждаться посередине.
- Разъясняет тему.
- Проверяет знания студентов.
- Опыт обсуждения увеличивается.
- Играется.
- Участвуют все студенты.

Основные принципы: В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, и если они «рыбки», то остальные ученики будут наблюдателями. Студенты посередине находят ответ за 1 минуту, их заменяет еще одна тройка.

Метод «круглого стола»

В этом методе письменные вопросы по теме распределяются письменно, каждый ученик пишет свой ответ и передает его следующему ученику, таким образом каждый пишет ответ, затем ответы проверяются ассистентом, неправильные ответы удаляются и Подсчитываются ответы и оценивается ученик

2. Использует рекламные плакаты.

3. Использует слайды, мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

Количество учебных часов

Размер часов	Распределение объема учебной нагрузки по учебным часам (часам)				Независимая работа
	Джами	Лекция	Практическая подготовка	Клиническая подготовка	
92	54	6	48		38

Тема лекции

№	Номи	Час
1	Введение. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Дерматозоозы. Грибковые поражения кожи.	2
2	Аллергические кожные заболевания: дерматит. Токсикодермы. Экзема. Узловые дерматозы: Псориаз. Нейродерматозы.	2
3	Инфекции, передающиеся половым путем. Общее течение травмы, современная классификация. Вербальный и невербальный уретрит.	2
	Общее:	6

Содержание текстов лекций

Лекция №1. Введение. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Дерматозоозы. Грибковые поражения кожи.

Анатомия и гистология кожи и слизистых оболочек. Эндогенные и экзогенные факторы развития дерматозов. Патоморфология кожных покровов, первичные и вторичные морфологические высыпания. Научить студентов диагностировать кожные заболевания, определять истинный и ложный полиморфизм первичных высыпаний. Давать общие сведения о патогенезе и этиологии кожных заболеваний. Принципы общего и местного лечения кожных заболеваний, ДЖАЙБЮК.

В работе врача большое значение имеют диагностика дерматозов, разработка мер профилактики, благодаря лекции можно получить полное и доскональное знание диагностики дерматозов. получить представление о профилактике заболеваний.

Пиодермия. Дерматозоозы

Стрепто-стафилодермия, смешанная пиодермия. Заболевания кожи и сальных желез, принципы лечения. Чесотка, вши-эпидемиология, клинические проявления, современные особенности лечения.

Научить студентов диагностировать пиодермию, паразитарные заболевания. Дать общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, клинике, профилактике.

В медицинской практике важно диагностировать дерматозы и разработать меры профилактики.

Лекция №2. Грибковые инфекции кожи

Грибковые заболевания кожи клиническая классификация и эпидемиология. Ранг-баранг темирлатки. Эритразма, дерматомикозы, поверхностная и глубокая трихофития. Микроспория. Каллик.Кандидозлар, поражение слизистой оболочки рта. Онихомикоз.Методы лабораторных исследований. Основы лечения, диспансерный контроль.

Научить студентов диагностировать и предотвращать грибковые заболевания. Дать общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, клинике, основах диагностики.

Диагностика дерматозов, разработка мер профилактики имеют большое значение в медицинской практике.

Лекция №3.Аллергические кожные заболевания: дерматит. Токсикодермы. Экзема. Узловые дерматозы: Псориаз.Нейродерматозы.

У школьников псориаз, красный утюг. Нейродерматозы. Эшакеми. Аллергические заболевания кожи. Дерматит. Токсикодермия. Синдром Лайелла. Профессиональные дерматозы. Обучить диагностике и профилактике экземы. Дать общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, клинике, основаниях для постановки диагноза.

Диагностика дерматозов, разработка мер профилактики имеют большое значение в медицинской практике.

Лекция №4. Вирусные заболевания кожи. СПИД.

Научите студентов ставить диагноз ДЖЕБЮК. Предоставить общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Во время лекции студенты предоставляют информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, основах диагностики и профилактических мерах. Предоставьте информацию об основах диагностики и профилактических мерах.

Важно диагностировать инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ и СПИД, а также разработать профилактические меры.

Научите студентов ставить диагноз ДЖЕБЮК. Предоставить общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Во время лекции студенты предоставляют информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, основах диагностики и профилактики. Предоставьте информацию об основах диагностики и профилактических мерах.

Важно диагностировать инфекции, передающиеся половым путем, и разработать меры профилактики.

Лекция №5. Инфекции, передающиеся половым путем. Общее течение травмы, современная классификация. Вербальный и невербальный уретрит

Научите студентов ставить диагноз ДЖЕБЮК. Предоставить общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Во время лекции студенты предоставляют информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, основах диагностики и профилактических мерах. Предоставьте информацию об основах диагностики и профилактических мерах.

Важно диагностировать инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ и СПИД, а также разработать профилактические меры.

Научите студентов ставить диагноз ДЖЕБЮК. Предоставить общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Во время лекции студенты предоставляют информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, основах диагностики и профилактики. Предоставьте информацию об основах диагностики и профилактических мерах.

Важно диагностировать инфекции, передающиеся половым путем, и разработать меры профилактики.

Темы практических занятий

Т г	Предмет практических занятий	Практические	все го
-------	------------------------------	--------------	--------

		часы	
1	Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Анатомия и гистология кожи и слизистых оболочек.	4	6
2	Пиодермия. Дерматозоозы. Угри.	4	6
3	Кожные и грибковые инфекции. Дерматомикозы. Кандидоз.	4	6
4	Дерматит. Токсикодермы. Экзема. Профессиональные заболевания.	6	6
5	Нейродерматозы. Псориаз. Красный плоский лишай. Хелиты.	6	6
6	Пузырные дерматозы: Акантолитическая яблезнь. Дерматита Дюринга.	6	6
7	Вирусные заболевания кожи. ВИЧ/СПИД.	6	6
8	Инфекции, передающиеся половым путем. Сифилис. Первичная и вторичная Сифилис. Первичные, вторичные и врожденный сифилис.	6	6
9	Гонорея (гонорея). Негонококковый уретрит	6	6
всего		48	54

Т / р	Название темы практических товаров и ее содержание.
1	Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Анатомия и гистология кожи и слизистых оболочек. Методы обследования больных кожными заболеваниями и ДЖЁЮЙ. Эндогенные и экзогенные факторы развития дерматозов. Патоморфология кожных покровов, первичные и вторичные морфологические высыпания. Диагностика кожных заболеваний, общие и местные принципы лечения. А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивная методика «Мозговой штурм», «Вращение». Метод ключей)
2	Пиодермия. Дерматозоозы. Клиническая классификация гнойных заболеваний кожи. Стрепто-, стафилодермия, смешанная пиодермия. Заболевания потовых и сальных желез. Хуснбузар. Себорея, язвочки. Гнездная алопеция. Принципы диагностики и лечения пиодермии. Чесотка, вши: эпидемиология, клинические проявления и современные особенности лечения. А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («Вращение», «мозговой штурм», интерактивный метод. Метод ключей)
3	Кожные и грибковые инфекции. Дерматомикозы. Клиническая классификация и эпидемиология микозов. Звонил - баранг темиратки. Эритема. Поверхностная и глубокая трихофития. Микроспория. Каллик. Кандидоз. Травма слизистой оболочки рта. Онихомикоз. Методы лабораторных испытаний. Основы лечения, диспансерное наблюдение А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивный метод «Ловкость, точность, полнота», «мозговой штурм». Метод ключей)
4	Дерматит. Токсикодермы. Экзема. Профессиональные заболевания Нормальный и аллергический контактный дерматит. Токсикодермы. Сульфаниламидная эритема. Синдром Лайелла. Инфекционная эритема: розовая лихорадка Джибера, мультиформная экссудативная эритема, узловатая эритема. Синдром Стивенса-Джонсона. Клиническая классификация экземы. Экзема голени. Микробная экзема. Себорейная и детская экзема. Профессиональная экзема. А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивный метод «мозговой штурм», «скорость, точность, полнота». Метод ключей)

5	<p>Нейродерматозы. Псориаз. Красный плоский лишай. Нейродермит: ограниченные и диффузные клинические типы. Кожный зуд. Строфулюс. Кожный зуд. Опухоль Квинке. Синдром Россолимо - Меркельсона - Розенталя. Читы. Лейкоплакия. Предраковые заболевания губы.</p> <p>А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивный метод «Перо в середине стола».) Ключи метод)</p>
6	<p>Пузырные дерматозы. Акантолитическая язвенная болезнь: этиопатогенез, клиническая классификация, поражения слизистой оболочки полости рта. Диагностика, лечение, дезанцеризация. Этиопатогенез гепретиформного дерматоза, диета, клиника, диагностика, лечение. Травма слизистой оболочки рта. Сравнительная диагностика везикулярных дерматозов.</p> <p>А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивный метод мозгового штурма. Метод ключей)</p>
7	<p>Вирусные инфекции кожи. ВИЧ / СПИД. Простой герпес, окружающий железо. Инфекционный моллюск, кондиломы острого кончика. Согал. Диагностика и лечение вирусных заболеваний. Вирусные дерматозы в детстве. Меры по профилактике СПИДа у беременных. Факторы, приводящие к передаче инфекции от матери ребенку. Особенности передачи ВИЧ / СПИДа у детей.</p> <p>А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 (интерактивный метод «Трехэтапное интервью».) Ключи метод)</p>
8	<p>Инфекции, передающиеся половым путем. Судороги и врожденные травмы. Общее течение травмы. Современный диагноз ДЖУБЮИ. Микробиология травм эпидемиология. Невосприимчивость к травмам. Клинические признаки первичной и вторичной травмы. Травма слизистой оболочки рта. Сравнительный диагноз. Скрытая травма. Патогенез, серологическая диагностика, сравнительный диагноз, лечение. Гуммалы и выпуклая рана. Повреждение внутренних органов и нервной системы при травме. Клинические признаки врожденных образований. Основы лечения травматологических больных, диспансер. Активная идентификация пациентов. Клинико-серологический контроль. Меры по профилактике врожденных пороков развития.</p> <p>А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивный метод «Трехэтапное интервью».) Ключи метод)</p>
9	<p>Гонорея (гонорея). Ногонококковый уретрит. Сложная и незамысловатая лексика. Клиника. Диагностика. Принципы профилактики и лечения. Трихомониаз. Хламидиоз. Урогенитальный кандидоз. Бактериальный вагиноз. Принципы профилактики и лечения.</p> <p>А (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (Интерактивная методика «Аквариум».) Ключи метод.)</p>

Методические указания и рекомендации по организации учебной клинической практики

Во время клинической практики пациент должен иметь возможность лично осмотреть пациента, поговорить с ним и оказать коммуникативную помощь. В этот период студент должен жить жизнью и настроением клиники. Осматривая пациента, он оценивает внутренние и внешние органы на основе пропедевтики внутренних заболеваний, оценивает состояние пациента и помогает улучшить его состояние. Студент должен вести себя как врач рядом с пациентом.

Уаш должен знать следующие навыки:

1. Проведение комплексных мероприятий по обеспечению налога прикрепленного населения.
2. Оказание качественной медицинской помощи населению, диагностика распространенных заболеваний, проведение лечебных мероприятий и мониторинг динамики.

3. Уметь проводить неотложную и неотложную помощь и манипуляции на догоспитальном этапе.
4. Постоянное совершенствование знаний и навыков, сертификация и лицензирование медицинского права.
5. Меры по пропаганде здорового образа жизни - организация и проведение мероприятий: рациональное питание, борьба с курением и злоупотреблением алкоголем, содействие активному отдыху, физическому воспитанию и спорту.
6. Предотвратить осложнения распространенных заболеваний и ввести первичную, вторичную, третичную профилактику у больных с ограниченными возможностями.
7. Обеспечение населения современными прививками.
8. Меры по предотвращению травм, несчастных случаев, отравлений - принять меры.
9. Скрининг на раннее выявление и своевременное лечение заболеваний среди населения.
10. Организация и обследование населения по разным группам: дети дошкольного возраста, женщины детородного возраста, пожилые люди.
Организация и профилактический осмотр сельскохозяйственных рабочих.
11. Диспансерный контроль больных хроническими заболеваниями, организация различных групп - астматических школ, гипертоников и др.
12. Проведение мероприятий по борьбе с распространенными заболеваниями: туберкулезом, заболеваниями кожи и половых органов, опасными заболеваниями.
13. Проведение профилактических мероприятий при инфекционных заболеваниях совместно с районными ГЭС.
14. Меры, направленные на соблюдение налоговых требований - привлечение общественных организаций к проверке деятельности.
15. Ознакомление населения с медицинскими знаниями, обучение прав пациентов.
16. Проводить ежегодные аудиты (инспекции и анализы) для улучшения предоставления качественной медицинской помощи врачам, медсестрам и медсестрам.

Информация о программном обеспечении - поддержка стиля

1. Использование современных методов обучения, педагогических и информационно-коммуникационных технологий в обучении кожи и половых органов:
 1. Лекции по всем темам с помощью современных компьютерных технологий, презентационных и электронных дидактических технологий:
 - Современные световые микроскопы;
 - использование видеороликов и фильмов, современных электронных учебников и компьютерных программ по предмету;
 - Демонстрация этиопатогенеза, клиники, лечения заболеваний с помощью видеосистем.
 2. Мозговой штурм, черный ящик, кто быстрее - кто больше, почему на практических занятиях по общим и частным разделам науки? , использование педагогических технологий, таких как скелет рыбы, групповое мышление, самооценка, ассистанс.

Список использованной литературы

Основная литература

1. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдинов А.А. Дерматология. Иллюстрированное руководство по клинической диагностике. - Г. Москва. "Граница". 2018 г.
2. Эшбоев Э.С., Ташкенбаева Ю.А. Кожно-половые заболевания и их лабораторная диагностика. Учебник. Ташкент. - «Навро«z». 2018 г.

3. Вайсов А.Ш. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент, «Новое поколение». 2009 г.
4. Арифов С.С., Эшбаев Э.С. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент. "Энциклопедия". 1997 г.

Дополнительная литература

1. Атиф Хаснаин Казми. Цветной атлас клинической дерматологии. Нью-Дели, Индия. Медицинский паб Жаурее Brothers 2015
2. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Г. Москва. «Практическая медицина». 2015 г.
3. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., Одинец А.В., Дерматовенерология. Учебник. - Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2013г.
4. Пасрича Дж.С., Рамджи Гупта. Иллюстрированный учебник дерматологии. Нью-Дели, Индия. JP Medical Ltd. 2013г.
5. Краткая Н.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. -Г. Москва. "Медицинское информационное агентство". 2011 г.
6. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Дерматовенерология. Национальное руководство. -Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2009 г.
7. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.В., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Москва, ГЭОТАР Медиа 2009г.
8. Ананьев О.Л., Анисимова Е.В. Кожно-венерические заболевания. Учебник. ЭКСМО, 2006 г.
9. Пол К. Бакстон Дерматовенерология. Учебник. -Россия. «Бином». 2005 г.
10. Элинон Е. Сан. Дерматология. 100 случаев из практики. Учебник. Россия. Бином, 2001
11. Мирзиёв Ш.М. Вместе с нашим смелым и благородным народом мы построим наше великое будущее. ОУзбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
12. Мирзиёв Ш.М. Критический анализ, кратДисциплина и личная ответственность должны быть повседневным правилом каждого лидера. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
13. Мирзиёв Ш.М. Свободный и процветающий, демократический ОВместе мы построим государство Узбекистан. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2016 г.

Сайты:

1. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
2. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
3. www.cc.emory.edu // WHSCIV / medweb. dermatology.html .;
4. www.Mosbycom // Mosby // Периодические издания // медицинские // CPDM // dm / html;
5. www.skindex.com .;
6. www.ama-assn / org // журналы // постоянный // derm // dennhome.htm.;
7. www.Crawford.com//epo//mm wz // wor ld. html.
8. www.ziyonet.uz;
9. www.info @ minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

НА КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ О РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

I. Общие правила

1. Целью мониторинга и оценки знаний студентов с помощью рейтинговой системы является достижение подготовки конкурентоспособных кадров посредством управления качеством образования, предотвращение, выявление и устранение пробелов в обучении студентов.

2. Система оценок Основные функции:

а) у студентов Государственное образование стандарты отслеживать и анализировать уровень сформированности актуальных актуальных знаний, навыков и компетенций;

б) студенты Основные принципы оценки знаний, навыков и умений:

Государственное образование стандарты обеспечение достоверности, точности, справедливости, надежности и удобной оценки;

в) систематическая и своевременная организация и анализ усвоения студентами дисциплин;

г) развитие у студентов навыков самостоятельной работы, организация эффективного использования информационных ресурсов;

г) беспристрастная и справедливая оценка знаний студентов и своевременное сообщение ее результатов;

д) студенты обеспечение всестороннего и непрерывного обучения в науке;

к) создание условий для компьютеризации организационной работы учебного процесса.

3. Оценка знаний студентов в семестре осуществляется на основании рейтинговых контрольных таблиц и критериев оценивания.

II. Виды контроля порядок его проведения

4. Виды контроля, порядок и критерии его проведения обсуждаются и утверждаются учебно-методическим советом факультета по представлению заведующего кафедрой и указываются в рабочем учебном плане каждой дисциплины вместе с видами обучения.

5. Информация о таблицах рейтинговых элементов управления, типе, форме, количестве элементов управления и максимальном количестве баллов, выделенных для каждого элемента управления, а также квалификационных баллах текущего и промежуточного элементов управления будет объявлена студентам на первом занятии по данному предмету.

6. Государственное образование уровня знаний и мастерства студентов стандарты Для обеспечения соблюдения предусмотрены следующие виды контроля:

текущий контроль- Методика определения и оценки уровня знаний и практических навыков студентов по научной тематике. В зависимости от характера науки текущий контроль может осуществляться на семинарах, лабораториях и практических занятиях в форме устного опроса, тестирования, собеседования, контрольной работы, проверки домашних заданий и т. Д. ;

Самостоятельная работа студента является неотъемлемой частью учебной программы по изучению того или иного предмета, которая предусмотрена методическими и информационными ресурсами, а ее выполнение контролируется в соответствии с требованиями рейтинговой системы.

промежуточный контроль- Метод определения и оценки уровня знаний и практических навыков студента после завершения соответствующего раздела учебной программы (охватывающего несколько тем предмета) в течение семестра. Количество и форма промежуточного контроля (не более 2-х раз в семестр) (письменный, устный, зачетный и др.) Определяется кафедрой исходя из общего количества часов, отведенных на предмет.

окончательный контроль- Методика оценки уровня теоретических знаний и практических навыков студентов по тому или иному предмету в конце семестра. Итоговый контроль осуществляется преимущественно в форме «Письменной работы» или ОТКС (объективно структурированное клиническое исследование) на основе основных понятий и фраз.

В зависимости от характера отдельных дисциплин и специальностей обучения на основании решения Ученого совета факультета или совета института выпускные экзамены по более чем 40% дисциплин могут проводиться в других формах (устная, тест и др.).

7. Для обеспечения объективности при проведении различных видов контроля информация о студентах может быть зашифрована институтом путем присвоения идентификационного кода их контрольной работе.

8. Процесс промежуточного контроля периодически проверяется комиссией, формируемой руководителем отдела, и в случае нарушения порядка его проведения результаты промежуточного контроля могут быть аннулированы. В таких случаях промежуточный контроль повторяется.

9. Процесс итогового контроля периодически пересматривается с участием комиссии, сформированной приказом руководителя института под руководством отдела внутреннего контроля и мониторинга, а в случае нарушения процедуры - результаты итогового контроля можно отменить. В таких случаях финальный контроль повторяется.

10. По окончании учебного года по результатам рейтингового контроля в установленном порядке принимается решение о переводе студентов на следующий курс.

III. Критерии оценки

11. На основе рейтинговой системы контроля уровня знаний, навыков и умений обучающихся уровень усвоения студентом по каждому предмету выражается в баллах.

12. Уровень успеваемости студента в течение каждого семестра по каждому предмету оценивается целыми числами по 100-балльной шкале.

Эти 100 баллов распределяются по типам контроля следующим образом:

текущая оценка - 45 баллов;

промежуточная оценка - 20 баллов;

самостоятельная работа - 5 баллов;

итоговая оценка - 30 баллов;

Коэффициент DB, TMI, OB и DV используется для учета значения при оценке предшествующих знаний студентов-медиков с учетом специфики методики обучения.

№	Тип оценки	Максимальный балл	Оценка сортировки	Коэффициент
1.	Текущая оценка	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2,75	0,05
3.	Промежуточная оценка	20	11,0	0,2
4.	Окончательная оценка	30	16,5	0,3
	ОБЩЕЕ	100	55,0	1

Промежуточный контроль не проводится в случае часов занятий менее 72 часов по предметам, преподаваемым в системе цикл-блок, и эти 100 баллов распределяются в соответствии с типами контроля следующим образом.

текущая оценка - 45 баллов;

самостоятельная работа - 5 баллов;

Промежуточная оценка - 20 баллов;

итоговая оценка - 30 баллов;

№	Тип оценки	Максимальный балл	Оценка сортировки	Коэффициент
1.	Текущая оценка	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2,75	0,05
3.	Промежуточная оценка	20	11,0	0,2
4.	Окончательная оценка	30	16,5	0,3
	ОБЩЕЕ	100	55,0	1

13. Квалификационная практика, итоговая государственная аттестация по науке (междисциплинарной), научно-исследовательская и научно-педагогическая работа магистрантов, уровень освоения магистерской диссертации - 100 баллов, которые заносятся в рейтинговую книжку студента.

14. Для контроля усвоения студентом предмета рекомендуются следующие стандартные критерии:

а) Для 86-100 баллов уровень знаний студента должен соответствовать:

выводы и решения;
креативное мышление;
уметь ходить самостоятельно;
применить полученные знания на практике;
понимание сути;
знать, рассказывать;
иметь воображение.

б) Для 71-85 баллов уровень знаний студента должен соответствовать следующему:

уметь наблюдать независимо;
применить полученные знания на практике;
понимание сути;
знать, рассказывать;
иметь воображение.

в) Для 55-70 баллов уровень знаний студента должен соответствовать следующему:

понимание сути;
знать, рассказывать;
иметь воображение.

в) уровень знаний студента в следующих случаях: Его можно оценить на 0-54 балла:

отсутствие четкого видения; невежество

15. На основе стандартных критериев были разработаны конкретные критерии текущего и промежуточного контроля по инфекционным заболеваниям, эпидемиологии, клинической эпидемиологии, инфекционному контролю, кожным и генитальным заболеваниям, утверждены заведующим кафедрой и периодически объявляются студентам. И предусматривает выявление знаний и практических навыков студента по каждому предмету предмета, и это может быть выполнено на практических занятиях. Оценка - это уровень знаний студента, усвоение практических учебных материалов, уровень активного участия в обсуждении теоретического материала и интерактивных методов обучения, а также уровень усвоения практических знаний и навыков (т.е. теоретический, аналитический и практический подходы).) учтено.

Пропущенные и невыученные практические занятия и лекции подлежат передаче. Для повторной прохождения практики используется коэффициент 0,8. Студенты получают скидку 10% на результаты практических занятий по теме лекции.

Самостоятельная работа студента организована в соответствии с приказом Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан от 21 февраля 2005 года № 34 и оценивается по 100-балльной системе в процессе БД и определяется по всем видам оценивания. Самостоятельная работа по дисциплинам на кафедре осуществляется по предметам, указанным в учебном плане, самостоятельная работа принимается преподавателями на основании «Плана приема самостоятельной работы студентов по естествознанию», принятого кафедрой и утвержденного деканатом. офис. В состав самостоятельной работы входит написание истории болезни, дежурство в больнице, посещение информационно-ресурсного центра и работа в читальном зале, а также работа в интернет-классах, организованных в институте. По окончании семестра студенты смогут получить медицинский анамнез, реферат, температурные кривые и появление клинических признаков, а также набор алгоритмов диагностики заболеваний. Для оценки самостоятельной работы учащихся ежедневные оценки успеваемости учащихся отображаются учителями в порядке, указанном в журнале занятий.

После завершения теоретической сессии по разделу или части предмета, охватывающему несколько тем в ОН, теоретические знания студента оцениваются и определяются навыки и способность студента ответить на конкретный вопрос или решить проблему. Дважды проводится ПО для студентов факультета инфекционных болезней лечебно-педагогического факультета, дважды ПО для студентов факультета клинической эпидемиологии и инфекционного контроля факультета ОГИ, дважды проводится ПО для устной (письменной) речи. Для 3-го курса ОН по сестринскому делу, инфекционным заболеваниям, эпидемиологии студенты 4-5-6 курсов не включаются, потому что классные часы составляют менее 72 часов.

В ЯБ знания и умения ученика оцениваются в рамках общего содержания предмета. ЯБ проводится в конце семестра (цикла). Тип ЯБ - письменная работа (устная) и тест для студентов 5 курса факультета инфекционных болезней и эпидемиологии, студентов 4 и 6 курсов лечебно-педагогического факультета, студентов 3 курса факультета ОЗИ 1 и 2 курсов студенты медсестер по инфекционным болезням, инфекционным болезням, эпидемиологии и клинической эпидемиологии, инфекционному контролю и для ОТКС. Итоговая аттестация студентов 4,6 курса лечебно-педагогического факультета в области кожных и половых заболеваний проводится в форме тестов и ОТКС. Письменная работа и ОТКС составляют 50% баллов, выставляемых на средний балл. К тесту будет допущен студент, набравший 55% баллов, выставленных по ОТКС. Если уровень усвоения теста выше 55%, он добавляется к баллу ОТКС. Факультет стоматологии для студентов 3 курса составляет 30% балла, присвоенного РСЯ. Проведение письменного метода работы определялось «Порядком использования письменного метода работы на заключительном этапе оценки рейтинговой системы».

16. Самостоятельная работа студентов по предмету оценивается на основании выполнения соответствующих заданий в текущем, промежуточном и итоговом контролях и присвоенных ему баллов.

17. Рейтинг студента за семестр по предмету определяется следующим образом:

$$Rf = \frac{V \cdot O'}{100} \text{ здесь:}$$

V - общая нагрузка, выделенная на предмет в семестре (часы);

O' - Уровень владения предметом (в баллах).

18. 55% баллов, начисленных за каждый из текущего, промежуточного и заключительного контроля по предмету, определяются как квалификационные баллы, а 55% или более баллов выделяются за каждый из текущего и промежуточного контроля. Все студенты, набравшие больше этого будет включен в итоговый контроль по науке.

19. Общий балл студента по предмету в течение семестра равен сумме баллов, набранных по каждому виду контроля в соответствии с установленными правилами.

IV. Продолжительность видов контроля

20. Виды промежуточного и итогового контроля осуществляются на основании таблиц рейтингового контроля, составляемых деканатом в соответствии с календарным тематическим планом. Итоговый контроль будет проходить в течение последних 2 недель семестра.

21. Учащемуся, набравшему меньше, чем квалификационный балл в текущем и промежуточном контроле и который не может участвовать в контроле по уважительным причинам, будет предоставлено время для повторной подачи заявки до следующего типа контроля, до окончательного контроля для последнего текущего и промежуточного контроля. промежуточный контроль.

Студенты, которые не могут посещать занятия по болезни и не сдали текущий, промежуточный и выпускной экзамены в установленный срок, могут подать заявление в течение двух недель после начала обучения в соответствии с приказом декана факультета.

22. В конце семестра студент, набравший меньше квалификационного балла по каждому из текущих, промежуточных выпускных или контрольных типов ТМІ по предмету, считается академическим должником.

Студентам-должникам предоставляется один месяц на переобучение после окончания семестра (а по результатам весеннего семестра - после летних каникул студентов и каникул профессоров и преподавателей). Студент, не освоивший предмет в этот период, по представлению декана факультета в установленном порядке приказом ректора исключается из числа студентов.

23. Если студент недоволен результатами контроля, он может обратиться к декану факультета в течение суток с момента публикации результатов вида контроля по предмету. В этом случае по представлению декана факультета приказом ректора формируется апелляционная комиссия в составе не менее 3 (трех) человек.

Апелляционная комиссия рассмотрит заявки студентов и вынесет решение в тот же день.

24. Своевременное проведение и регистрацию аттестации на основании установленных требований курируют декан факультета, заведующий кафедрой, учебным отделом и отделом внутреннего контроля и мониторинга.

V. Порядок регистрации и анализа результатов рейтинга

25. По окончании семестра баллы студента по видам контроля по предмету записываются на рейтинговый счет целыми числами. В графе «Часы, отведенные в учебной программе» рейтинговой книжки помещается общее количество часов учебной нагрузки, отведенных предмету за семестр, а в графе «Полученные по предмету оценки» - усвоение 100-балльной системы. . Уровень мастерства ученика ниже квалификационного балла не будет занесен в рейтинговую книгу.

26. Результаты видов контроля по каждому предмету фиксируются в групповых журналах и записях, причем в тот же день (в течение 2 (двух) дней, если вид контроля - письменная работа).

27. По результатам итогового контроля учитель естественных наук определяет рейтинг студентов по предмету и заполняет соответствующую часть рейтингового журнала и счета.

28. Рейтинг студента определяет его или ее уровень знаний, навыков и компетенций. Семестр студента (общий рейтинг курса определяется суммой рейтинговых баллов, набранных по всем предметам).

29. Электронная система рейтинга студентов и рейтинговый счет фиксируют рейтинг студентов по предмету. Общий рейтинг студентов будет объявляться в конце каждого семестра и учебного года.

30. Результаты контроля студентов заносятся в память компьютера и регулярно анализируются на кафедре, в деканате и на учебных факультетах.

31 год Результаты текущего, промежуточного и итогового контроля регулярно обсуждаются на заседаниях Ученых советов кафедры, факультета и института, и принимаются соответствующие решения.

Критерии оценки по предмету кожных и наносложных заболеваний

№	Ассимиляция (%) и баллы	Бахо	Уровень знаний студентов
1	96-100	А'ло «5»	Принимает верное решение по ситуации и делает выводы. Использует дополнительную литературу при подготовке к прохождению практики I (родной язык и иностранные языки) Самостоятельно диагностирует и анализирует первичные и вторичные элементы. Самостоятельно обследует пациента, правильно диагностирует первичные и вторичные морфологические элементы. Демонстрирует высокую активность и творческий подход в интерактивных играх. Правильно решает ситуационные задачи и полностью обосновывает ответ. Активно задает вопросы во время обсуждения, вносит дополнения. Уверенно выполняет навык и понимает суть.
2	91-95		Использует дополнительную литературу при подготовке к прохождению практики I (родной и иностранный языки) Самостоятельно диагностирует и анализирует первичные и

			<p>вторичные элементы.</p> <p>Самостоятельно осматривает пациента, правильно планирует обследование и лечение, проявляет высокую активность и творчески подходит в интерактивных играх.</p> <p>Правильно решает ситуационные задачи и полностью обосновывает ответ. В ходе обсуждения активно задает вопросы, вносит дополнения, уверенно выполняет практическое задание и понимает его суть.</p>
3	86-90		<p>Самостоятельно диагностирует и анализирует первичные и вторичные элементы.</p> <p>Демонстрирует высокую активность и творческий подход в интерактивных играх.</p> <p>Правильно решает ситуационные задачи и полностью обосновывает ответ. Разрабатывает план просветительских мероприятий. Знает патоморфологию кожи, уверенно говорит. Имеет четкое представление о патоморфологии кожи и основах местного лечения.</p> <p>Уверенно выполняет навык и понимает суть.</p> <p>Пациент правильно проводит осмотр, сбор анамнеза, ставит предварительный диагноз. Лаборатория правильно интерпретирует результаты анализов. Принимает активное участие в дискуссиях.</p>
4	76-80	хорошо «4»	<p>Показывает высокую активность в интерактивных играх.</p> <p>Правильно решает ситуационные задачи, но не может диагностировать первичные и вторичные высыпания, путает количество лекарства. Знает патоморфологию кожи, уверенно говорит. В клинике есть четкое представление об этиологии и патогенезе, можно различить первичную и вторичную сыпь, но не может поставить сравнительный диагноз.</p> <p>Пошагово отрабатывает практические навыки.</p> <p>Пациент правильно проводит осмотр, сбор анамнеза, ставит предварительный диагноз. Лаборатория правильно интерпретирует результаты анализов. Принимает активное участие в дискуссиях.</p>
6	71-75		<p>Правильно решает ситуационные вопросы, может ставить клинический диагноз по классификации, но не может назначать лечение и план работы по отбеливанию.</p> <p>Знает патоморфологию кожи, уверенно говорит.</p> <p>В клинике имеют четкое представление об этиологии и патогенезе, могут поставить сравнительный диагноз, но не могут назначить лечение.</p> <p>Выполняет практический навык, но путает последовательность.</p> <p>Пациент правильно проводит осмотр, сбор анамнеза, ставит предварительный диагноз. Лаборатория правильно интерпретирует результаты анализов. Принимает активное участие в дискуссиях.</p>
7	66-70		<p>Правильно решает ситуационные вопросы, но не может подтвердить клинический диагноз.</p> <p>Знает патоморфологию кожи, уверенно говорит.</p> <p>В клинике есть четкое представление об этиологии и патогенезе, но нет возможности поставить сравнительный</p>

		удовлетворительно «3»	диагноз или назначить лечение. Пациент проводит осмотр, сбор анамнеза правильно, но по состоянию пациента оценить степень тяжести невозможно. Лаборатория частично правильно интерпретирует результаты анализов. Принимает активное участие в дискуссиях.
8	61–65		Делает ошибки при решении ситуационных задач (не может диагностировать по классификации) Диагностирует первичные и вторичные элементы, но уверенно говорит. Четко знает патоморфологию кожи, но не может связать клинику с патогенезом. Сбор анамнеза без плана обследования нецелесообразен. Лаборатория не может интерпретировать результаты анализов и не участвует в обсуждениях.
9	55-60		Имеет общие знания в области патоморфологии кожи, но уверенно говорит. Смущает первичные и вторичные высыпания. Самостоятельно пациент не может провести обследование и обследование. Лаборатория не может интерпретировать результаты анализов и не участвует в обсуждениях.
10	54-30	неудовлетворительный «2»	Не разбирается в патоморфологии кожи. Не знает первичных и вторичных высыпаний.
11	20-30	неудовлетворительный «2»	Как правило, ученик участвует в уроке, имеет при себе тетрадь.

Форма и содержание организации самостоятельного обучения

Существует множество различных форм самостоятельного обучения в области кожных и венерических заболеваний, и ученик может под руководством учителя приобретать новые знания, знания и навыки для осуществления творческой деятельности. Эти формы включают:

Учебник и учебная программа изучение научных разделов и отчетов по заявкам; освоение части лекций на раздаточных материалах, работа с автоматизированными системами управления обучением; работа над разделами или темами специальной или научной литературы (монографии, статьи); Изучение новой техники, оборудования, процессов и технологий; работа студентов на специализированных клинических кафедрах и клинических лабораториях; углубленное изучение разделов и тем предмета исследовательской работы студента (ТИТИ); учебные материалы с использованием активных методов обучения.

Основная цель самостоятельной работы студента - формирование и развитие знаний и умений для самостоятельного выполнения определенных учебных задач под руководством и контролем преподавателя.

При организации самостоятельной работы студентов используются следующие формы:

- самостоятельное изучение некоторых теоретических тем с помощью учебников;
- подготовка письменного отчета (реферата) по заданным темам;
- подготовка информации (аннотации) по заданной тематике;
- применение теоретических знаний на практике;

- работа с автоматизированными системами обучения и контроля;
- Лекции по теме, тесты, задачи, кроссворды, алгоритмы, подготовка презентаций и т. Д.

Самостоятельная работа на уроках

Самостоятельная работа студента на занятиях осуществляется под руководством преподавателя на практических занятиях, включающих изучение и нанесение микробных препаратов, приготовление мазков из патологического материала, крови, мокроты, мочи, гноя и микробных культур, просмотр их под микроскопом, а также решение ситуационных задач., включает индивидуальные задания, например, разгадывать кроссворды. При самостоятельной работе преподаватель работает с каждым учеником индивидуально, консультирует по самостоятельной работе, проверяет результаты работы.

Самостоятельная работа вне аудитории

Внеклассная деятельность включает подготовку к самостоятельной работе, написание рефератов по темам урока, выполнение домашних заданий, самостоятельное изучение некоторых теоретических тем с помощью учебников, подготовку информации (рефератов) по теме, в том числе работы и лекций по специальной или научной литературе. (монографии, статьи) по темам или темам, научные статьи, подготовка тезисов к конференциям, что углубляет познания студентов на занятиях, их самостоятельность. развивает мышление и творческие способности.

Самостоятельная работа студентов по предмету оценивается на основании выполнения соответствующих заданий в процессе текущего и промежуточного контроля и присвоенных ему баллов.

Типы контроля ТМІ

Сопровождение лекций и практических занятий

Провести письменные проверки

Проведите индивидуальное интервью

Консультации

Форма и содержание организации самостоятельной работы

При подготовке самостоятельной работы студентов рекомендуется использовать следующие формы с учетом особенностей предмета:

- Решайте вопросы устно или письменно
- Выполните задания в рабочей тетради
- Написание и рецензирование тезисов
- Выступление и презентация
- Создайте таблицу или раздаточный материал
- Тест, решение проблем
- Ведение делопроизводства с медицинскими документами
- Отчет о передаче практических навыков

Результаты ТМІ заносятся в групповой журнал и добавляются к общему рейтингу студента.

Темы самостоятельной работы студентов

Т / р	Темы	Час
1	Себорея. Розовая угри . Гнойничковые болезни младенцев.	4
2	Синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона.	4
3	Парапсориаз. Современные основы квантовой терапии (ПУВА, лазеротерапия) в лечении псориаза и других дерматозов. Дегельминтизация. Псориаз и КПЛ -	4

	атипичные типы.	
4	Розовое лишай Джибера. Саркома Капоши. Экзема Капоши. ИФА и ПЦР.	6
5	Глубокие микозы, алопеция. Лейшманиоз - туберкулоидный тип, висцеральный лейшманиоз.	6
6	Ксантелазмы, липомы, гигромы.	6
7	Мягкий шанкр. Венозная лимфогранулема. Донованоз	6
8	Понятие о некачественном лечении сифилиса. Патогенез, специфика клинических проявлений.	6
9	Гонорея у девочек. Гонобленорея и ее профилактика, гонококковый проктит. Бактериальный вагиноз. Микоплазмоз, уреаплазмоз.	6
	Общее:	48

Типы контроля СРС

Сопровождение лекций и практических занятий

Провести письменные проверки

Проведите индивидуальное интервью

Консультации

Форма и содержание организации самостоятельной работы

При подготовке самостоятельной работы студентов рекомендуется использовать следующие формы с учетом особенностей предмета:

- Решайте вопросы устно или письменно
- Выполните задания в рабочей тетради
- Написание и рецензирование тезисов
- Выступление и презентация
- Создайте таблицу или раздаточный материал
- Тест, решение проблем
- Ведение делопроизводства с медицинскими документами
- Отчет о передаче практических навыков

Результаты ТМІ заносятся в групповой журнал и добавляются к общему рейтингу студента.

Список практических навыков

- Опрос и осмотр пациента. Знание, как оценить кожу.
- Взятие соскоб с кожи и слизистых оболочек.
- окрашивать микроорганизмов под микроскопом
- Определить симптом Никольского
- Способ смазывания раневой поверхности при бледной трепоме.
- обнаружение дермографии
- работа
- Умение проводить тест Асбо-Ганзена
- Знать, как поставить тест Бальцера
- Проба ядоссона
- Освоение методов лабораторной диагностики
- Взятие соскоб на грибок

- Проверить клетки tstack
- Проверить клетки LE
- Взятие мазка на гонококк, трихомонады и хламидиоз
- Взятие мазка на трихомонады
- Выявление возбудителей вшей и чесотки
- Обследование элементов кожи под лампой ВУД
- Определение диагностической триады при псориазе
- Взятие мазка из уретры
- Принципы и методы местного лечения

Освоение серологических реакций, используемых при сифилисе и инфекциях СПИДа.

ГЛОССАРИЙ

Анамнез - Собранная информация об условиях жизни и истории болезни пациента.

Экзогенный - вызванный внешней средой, вызванный внешним фактором в организме.

Эндогенный - то, что происходит в результате причин, зависящих от внутренней среды организма, того факта, что событие зависит от внутренней среды.

Первичные морфологические элементы- Появляется на коже в ответ на экзогенные или эндогенные воздействия. Вторичные морфологические элементы - элементы, созданные на основе первичных элементов.

Гиперпигментация- Пигментные пятна появляются из-за чрезмерной выработки меланина в базальном слое эпидермиса (гипопигментация или дефицит).

Эритема- 2 см и больше, и их называют эритемой.

Розеола-сосудистое пятно.

Экхимоз - сосудистое пятно.

Узел- (**папула**) представляет собой полый элемент, выступающий из кожи.

Типы узелков - миллиардные (1–1,5 мм на головку штифта), числовые (10–15 тын как монета), линзовидные урны (2–3 мм как комок).

Папуловезикулы алар-волдыри с папулами

папулы-пустулы -Вещества с папулами

идет с некротическим процессом-папулонекротический.

Пузыри- полый элемент, почти не связанный с острым воспалением, возвышающийся над уровнем кожи, вызванный скоплением клеточного инфильтрата в ретикулярном слое дермы вокруг сети глубоких вен

Тугун- Это нелетучий элемент, значительно возвышается над кожей, имеет неострое воспаление, имеет инфильтративный характер.

Вещество (пустула)- Полый элемент, который поднимается из кожи и содержит гной.

Волдырь - Она носит острый характер и не имеет щелей, которые немного возвышаются над кожей.

Лехинофикация (lichenificatio) - шероховатость кожи

Excoriation - следы от ногтей

Щелушивание -патологический рост эпидермиса

Пурпура - сосудистые пятна

Петехия -Сосудистые пятна

Фликтена - на поверхность гноя

Эрозия - Дефекты эпидермального слоя кожи, обычно появляются после растворения пузырьков, пузырьков или выпячиваний.

Полиморфизм-множественность.

Мономорф-такая же сыпь.

Пластинка- мигрирующие неинвазивные клетки рогового слоя.

ЛЕКЦИЯ 1

Введение. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Дерматозоозы. Грибковые инфекции кожи

1.1.Современные образовательные технологии

Тренировочное время	Количество учеников: 18 человек
Форма обучения	Познавательная лекция, мультимедийная лекция
План лекции:	<ol style="list-style-type: none">1. Введение. Общие сведения о заболеваниях кожи и половых органов.2. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов.3. Принципы диагностики кожных заболеваний.4. Патоморфология кожных покровов, первичные и вторичные морфологические высыпания.5. Пиодермия. Дерматозоозы.6. Грибковые поражения кожи.7. Принципы общего и местного лечения пиодермии, дерматозоозов и грибковых заболеваний кожи.
Цель обучения:	<p>Образовательные:Студенты развивают самостоятельное клиническое мышление, правильный подход к лечению пациентов, медицинскую деантологию, формирование этической эстетики. Обучение медицинского персонала в соответствии с требованиями мировых стандартов.</p> <p>Образовательные:Предоставить студентам общую информацию об анатомии, гистологии и физиологии кожи. Предоставить информацию о методах обследования пациентов с кожными заболеваниями и ИППП, патоморфологии кожи, морфологических элементах. Обучить студентов принципам местного лечения. Научить студентов диагностировать и предотвращать грибковые заболевания. Дать общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, клинике, основах диагностики.</p> <p>Научить студентов диагностировать пиодермию, паразитарные заболевания. Дать общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний, клинике, профилактике.</p> <p>В медицинской практике важно диагностировать дерматозы и разработать меры профилактики.</p> <p>Клиническая диагностика распространенных и завозных кожных и венерических заболеваний у детей и взрослых в стране, развитие навыков, разработка плана лабораторных исследований и определение принципов рационального лечения.</p> <p>Разработчик:Диагностика дерматозов, разработка мер профилактики имеют большое значение в медицинской практике. Изучаемая тема широко изучается во всем мире, в том числе и в нашем регионе, и существуют большие проблемы в периферийных звеньях диагностики заболевания. Поэтому важно глубоко изучить</p>

	это заболевание и выбрать правильное лечение.	
Учебные пособия	Учебник, учебник, текст лекции, проектор, компьютер	
Стиль обучения	Информативный и презентационный отчет	
Условия обучения	Методически оснащенная аудитория	
Мониторинг и оценка	Устный контроль: вопросы и ответы	
<i>1.2. «Общие клинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Дерматозоозы. Грибковые инфекции кожи» Технологическая карта лекций.</i>		
Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверить посещаемость учеников, проконтролировать готовность помещения к занятию. 2. Подготовка образовательного контента по теме. 3. Начать мультимедийную презентацию вводной лекции. 4. Предоставьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Они слушают Он видит Они слушают
Введение в тему 1	1. Знакомство с целью и функцией темы. 2. Задаёт вопросы по теме (плану) 1. Введение. Общие сведения о заболеваниях кожи и половых органов. 2. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. 3. Принципы диагностики кожных заболеваний. 4. Патоморфология кожных покровов, первичные и вторичные морфологические высыпания. 5. Пиодермия. Дерматозоозы. 6. Грибковые поражения кожи. 7. Принципы общего и местного лечения пиодермии, дерматозоозов и грибковых заболеваний кожи.	Они слушают Студенты отвечают на поставленные вопросы
2-й основной этап	1. Разъясняет тему, демонстрирует мультимедиа. 2. Используются демонстрационные плакаты.	Они слушают Он видит Они слушают
Заключительный этап 3:	1. В заключение 2. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Дерматозоозы. Включает информацию о грибковых инфекциях кожи. 3. Покажите пациенту (или отобранное видео), чтобы усилить передаваемую информацию.	Он слушает Делает заметки Делает заметки
Задания на самостоятельное обучение	Обеспечивает самостоятельную работу: Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Дерматозоозы. Информация о грибковых инфекциях кожи	Он слушает Делает заметки

Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов

Кожа человека является не только покровом, покрывающим все тело, но и тесно связана со всеми внутренними органами и выполняет ряд важных функций. Здоровье человека зависит не только от функций сердца, кровеносных сосудов, эндокринной нервной системы, но также от

функции и характеристик кожи. Чтобы изучить все особенности кожи, дерматолог должен знать анатомию, гистологию и физиологию кожи.

Причины кожных заболеваний

Причины кожных заболеваний могут быть разными. Иногда эти причины настолько сильны, что нарушают деятельность всего организма. Потому что под воздействием таких факторов (кислоты, щелочи, радиации, кипящей воды, смолы и т. Д.) Кожа и ее ткани сильно повреждаются. Однако следует отметить, что в большинстве случаев кожные заболевания могут быть вызваны более чем одной причиной. Простым примером является то, что на коже здоровых людей присутствует множество сапрофитных микроорганизмов, включая стафилококки, стрептококки, грибы и микоплазмы, хотя некоторые штаммы обладают высокой вирулентностью. Не вызывает, но если целостность клеток кожи нарушена, например, при попадании жирафа начинается процесс разрыва кожи. Или, если водно-липидная мембрана (мантуа) в коже нарушена, рН изменяется и сопротивляемость кожи микроорганизмам снижается. Гиповитаминоз, сахарный диабет также снижает реактивность организма и так далее.

Таким образом, кожные заболевания вызываются взаимодействием внешних (экзогенных) и внутренних (эндогенных) факторов. в том числе снижение физиологической резистентности кожи, влияние экзогенных факторов способствует возникновению патологического процесса. Следует отметить, что социальные условия дома и на работе имеют большое значение для людей в развитии кожных заболеваний.

К экзогенным факторам относятся физические факторы - высокие и низкие температуры, световая энергия (ультрафиолетовое излучение, рентгеновские лучи, радиоактивные лучи) и электричество. Под действием этих средств на коже могут появиться многочисленные экзантемы (эритема, везикулы, уара, эрозии и др.) И привести к воспалениям и дистрофическим процессам разной степени интенсивности.

Механические факторы включают давление, удлинение, удар и т. Д. Высокое давление может вызвать воспаление кожи, кровоизлияние, эрозию, трещины и пятна.

Химические вещества желательно разделить на две группы: облигатная (простая) группа - прямого действия, вызывающая воспаление на коже или слизистых оболочках (сильные кислоты, щелочи, соли и т. Д.). Факультативная группа (аллерген) - воспалительная реакция кожи в результате повышенной чувствительности организма к этим веществам. Повышается чувствительность кожи к химическому веществу, и через некоторое время на ней появляются различные высыпания (эритема, волдыри, волдыри, узелки и т. Д.).

Многие заболевания (туберкулез кожи, простой герпес, пиодермия, проказа и бородавки) вызываются инфекционными агентами, такими как патогенные микробы и вирусы. Эти заболевания имеют специфические или характерные и диагностические высыпания (узелки, волдыри, вещества и опухоли). Заболевания, вызываемые патогенными грибами, такие как трихофития, микроспория, фавус, кандидоз, поражают кожу, волосы, ногти и слизистые оболочки.

Клещи, вши, блохи и другие кровососущие паразиты, а также переносчики ряда инфекционных заболеваний могут вызывать сильный зуд кожи. В результате их укусов на коже появляются такие морфологические элементы, как розовые пятна, шишки, узелки, шишки, волдыри.

Эндогенные факторы вызывают различные кожные высыпания, которые клинически очень сложны. Нарушения центральной и периферической нервной системы приводят к повышенной чувствительности кожи ко многим аллергенам, пищевым продуктам, лекарствам и химическим веществам. Если их проглотить или ввести парентерально, сыпь будет переполняться. Функциональные изменения нервной системы проявляются при ряде кожных заболеваний (экзема, нейродермит, столбняк, столбняк, атопический дерматит и др.). Тяжелые психические расстройства, невроты, некоторые изменения в верхней нервной системе приводят к кожным высыпаниям, таким как эритема, волдыри, волдыри и ряд дерматозов. В результате органических изменений нервной системы также наблюдаются большие нарушения деятельности кожи. Например, сирингомиелию, крупные пятна, волдыри, эрозии, мочеиспускание и трофические изменения задней миурии.

Кожные заболевания могут быстро развиваться в результате дисфункции желез внутренней секреции (гонад, надпочечников) (диабет, гипо- и гипертиреоз). Например, у беременных могут появиться гиперпигментированные пятна, если себорея возникла у несовершеннолетних. Кожный зуд часто наблюдается при сахарном диабете. Нарушения обмена углеводов, белков, жиров, минералов и воды играют важную роль в развитии кожных заболеваний. Нарушения углеводного обмена приводят к диабету, который в свою очередь приводит к различным кожным высыпаниям, а нарушение обмена холестерина - к себорее и сепсису, а также к кожным заболеваниям гипо- и авитаминозы.

Нарушения со стороны пищеварительной системы также играют важную роль в патогенезе кожных заболеваний. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта (изменение состава желудочного сока, гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, спастический колит, заражение глистами, дисбактериоз и др.) Экзема, нейродермит, крапивница, кожный зуд такие заболевания развиваются или рецидивируют. Заболевания печени часто могут приводить к атопическому дерматиту, экземе, нейродермиту и проказе. При заболеваниях системы кровообращения и сосудов наблюдаются кожные высыпания и различные высыпания. Например, варикозное расширение вен вызывает появление пятен, высыпаний и эрозий на коже ног. Облитерирующий эндоартрит может привести к гангренозным бородавкам. Трофические поражения ног при болезни Гилбертона (синдром Мортереллы). Морфологические элементы (пятна, бугорки, узелки, узелки, лишай-фикасиуа) появляются на коже при заболеваниях крови и часто сопровождаются зудом. Повышенная чувствительность организма к эндогенным или экзогенным факторам (аллергическое состояние) вызывает К аллергенам относятся продукты питания, растительная пыль, лекарства и различные бытовые вещества. Организм Повышенная чувствительность организма к эндогенным или экзогенным факторам (аллергическое состояние) приводит к развитию многих кожных заболеваний. К аллергенам относятся продукты питания, растительная пыль, лекарства и различные бытовые вещества. Организм Повышенная чувствительность организма к эндогенным или экзогенным факторам (аллергическое состояние) приводит к развитию многих кожных заболеваний. К аллергенам относятся продукты питания, растительная пыль, лекарства и различные бытовые вещества. Организм В зависимости от индивидуальных особенностей аллергена и сферы действия аллергена патологический процесс может протекать на разных анатомических участках кожи, эпидермиса, дермы или гиподермы. Иногда чувствительность организма к аллергену настолько высока, что незначительные выделения могут вызвать тяжелые осложнения (анафилактический шок). Сыпь также является клиническим признаком ряда инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, ветряная оспа от острых инфекционных заболеваний; туберкулез, язвы, проказа и др. от хронических заболеваний). Сыпь на коже и слизистых оболочках иногда может быть признаком наследственных заболеваний (ихтиоз, сосудистый невус и др.). Сложность и разнообразие кожных заболеваний определяется разнообразием морфологических элементов, вместе или в сочетании, цветом, консистенцией и формой.

Общая симптоматика кожных заболеваний

Кожное заболевание - это заболевание всего организма, которое не ограничивается происходящими в нем изменениями, а проявляется множеством общих симптомов. Обычно различают субъективные и объективные симптомы.

Субъективные симптомы включают отек, раздражение, боль, покалывание, парестезию и племена. У некоторых пациентов наблюдаются повышение температуры тела, озноб, нарушения сна. Однако следует отметить, что субъективные симптомы являются одним из основных симптомов некоторых заболеваний, как это известно. дерматозы сопровождаются зудом (чесотка, крапивница, зудящий нейродермит, скарлатина, экзема и др.); Некоторые заболевания (псориаз, столбняк, пиодермия и др.) Могут не вызывать зуда. Зуд при чесотке в основном обостряется ночью, а значит, субъективными симптомами являются жалобы пациента,

Объективные симптомы. Дерматолог ставит диагноз на основании объективных изменений кожных покровов. Объективные изменения проявляются в виде высыпаний. При большинстве кожных заболеваний его клинические признаки «написаны на коже» в виде высыпаний. В

зависимости от локализации симптомов, редких или толстых по цвету, врач использует их для постановки диагноза и применения лечения. Сыпь обычно проходит с сыпью или без нее. Большинство кожных заболеваний носят преимущественно воспалительный характер. При кожных заболеваниях появляются невоспалительные высыпания в виде пигментных пятен, опухолей, атрофии, гиперкератоза. Такие высыпания состоят из первичных и вторичных морфологических элементов. Элементы, появляющиеся на коже в ответ на экзогенные или эндогенные воздействия, называются первичными, а морфологические элементы, развивающиеся на основе этих элементов, - вторичными. Первичные морфологические элементы делятся на инфильтративные и экссудативные.

Первичные морфологические элементы. В зависимости от расположения кожи, размера, состава, характера и последствий (развития) воспаления различают 8 первичных элементов сыпи: пятна, узелки, шишки, узелки, волдыри, волдыри, вещество, волдыри. Первые 4 из них называются инфильтративными, вторые (мочевой пузырь, пузырек, вещество, пузырек) - экссудативными морфологическими элементами.

Это сыпь, которая появляется там, где кожа меняет цвет. Пятна могут быть летучими или нелетучими. В зависимости от причины различают сосудистые, геморрагические, пигментные пятна. Сосудистые пятна образуются при расширении сосудов молочного слоя (гиперемии), расположенных в исходной части дермы. Эти пятна могут быть красными, розовыми, чернильными или синими, в зависимости от кровеносных сосудов. Сосудистые пятна обычно пальцевые. Исчезают при нажатии, затем быстро появляются. Розовые пятна, похожие на маленькие человеческие ногти, называются розеолами. Примеры включают вторичные язвы, брюшной тиф и пятна, вызванные приемом лекарств. Чаще всего они сопровождаются обострениями. Пятна розовые, границы нечеткие, имеют свойство сливаться. Острые нерозовые имеют полу-розовый цвет, выглядят синеватыми, не чешутся, имеют четкие границы, не имеют тенденции к слиянию. Пятна, характерные для острого воспаления, обычно наблюдаются при детских инфекционных заболеваниях, в том числе при кори, скарлатине. Острые неинвазивные пятна, вторичные высыпания, эритема. Встречается в красочных темиратках. Сосудистые пятна могут занимать гораздо большую площадь кожи (2 см и более) и называются эритемой. Эритема размером с ладонь и крупнее, часто с острым воспалением. Цвет ярко-красный, поверхность слегка вздутая, края нечеткие, зудящие; Острая экзема, дерматит 1 степени, а также мультиформная экссудативная эритема. Возникновение нескольких эритем по всему телу называется эритродермией. Когда человек очень возбужден или раздражен, иногда на коже появляются красные пятна, не связанные с воспалением. Такие эритематозные пятна не чешутся, не ветвятся, сразу исчезают, их еще называют «восковыми» пятнами. При невоспалительных участках кожа становится красной, иногда синей, а кровеносные сосуды иногда сужаются, а иногда расширяются. Неустановленные пятна могут быть врожденными или приобретенными, к ним относятся белые пятна (проказа) или пятна, оставшиеся из-за других заболеваний. Невоспалительные пятна также могут возникать из-за постоянного расширения кровеносных сосудов на коже. Такие пятна, приобретенные в браке, называются телеангиэктазиями. При нажатии они исчезают, а затем появляется дыра. Самостоятельное течение телеангиэктазии или любого другого заболевания (розовая сыпь, рубцовая красная кожа). Несосудистые врожденные пороки развития включают невусы. Когда проницаемость кровеносных сосудов увеличивается или они разрываются, кровь попадает в кожу, вызывая геморрагические пятна. Они не исчезают при нажатии и отличаются этим от пятен, связанных с воспалением. Геморрагические пятна обычно обесцвечиваются, сначала пурпурные, красновато-синие, зеленые, затем желтовато-коричневые (в зависимости от перехода гемоглобина в гемосидерин и гематоидин) и постепенно исчезают. Геморрагические пятна - петехии, пятна размером с точку; экхимозы - большие пятна неправильной формы; вибрации делятся на линейные пятна и кровоизлияния (кровотечение при разрыве кровеносных сосудов). Геморрагические пятна у собак с аллергией на сосуды,

Пигментные пятна возникают из-за чрезмерной выработки меланина (гиперпигментация) или дефицита (гипопигментация) в базальном слое эпидермиса. Пигментные пятна врожденные (случай, альбинизм) или приобретенные при жизни (хлоазма, витилиго). Среди

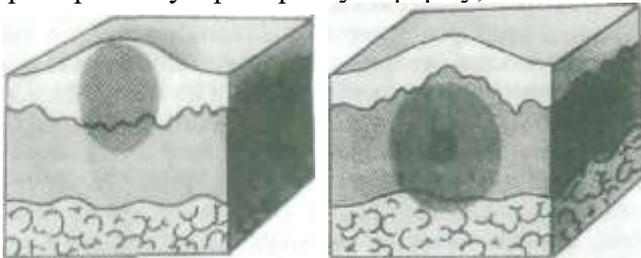
гиперпигментированных пятен особенно распространены темные пятна, появляющиеся на коже весной под воздействием солнечных лучей. Большие гиперпигментированные пятна наблюдаются при болезни Аддисона. Гиперпигментированные пятна размером 0,5-1,0 см называются лентиго. Такие пятна гиперкератотические,

Небольшие депигментированные пятна называются лейкодермией, при этом лейкодермия выглядит бледной, особенно среди коричневых пятен. Китайская лейкодермия наблюдается при вторичных рецидивирующих поражениях, а ложная или вторичная лейкодермия наблюдается при цветном железе. Отсутствие пигмента на коже всего тела, а также на бровях, ресницах и волосах называется альбинизмом. Альбинизм врожденный.

Узел - это полый элемент, выступающий из кожи. Это может быть связано или не быть связано с воспалением по своей природе. Если узелки расположены в эпидермисе - эпидермальные папулы (обнаруживаются на коже черепа) или в дерме - дермальные папулы (вторичные поражения), большинство папул - эпидермодермальные (красный струп или коронарное железо, нейродермит). Узелки обычно сменяются рубцами, рубцовой атрофией, но наблюдаются гипер- или депигментированные пятна. Цвет узелков может быть розовым, коричневым, медно-красным, голубовато-красным.

По форме он делится на круглые, овальные, многоугольные, остrokонечные, пуповинные, конические и уасси, а по консистенции - мягкие, твердоэластичные узлы. Есть разные размеры, как головка булавки - миллиард (1-1,5 мм), как ручка - линзовидный уар (2-3 мм), как монета из 10-15 монет - числовые узлы. Образует несколько крупных узелков - бляшек. В красной уретре наблюдаются милярные узлы, в височной доле - чечевицеобразные узлы, наблюдается вторичная язва. Узелки возникают в результате утолщения мальпигиевого слоя эпидермиса (акантоз, гиперкератоз, паракератоз) или инфильтратов в молочном слое дермы. Из-за частого натирания кожи, межклеточного пространства или различных воздействий во рту они открываются и разъедаются; эродированные папулы, иногда гипертрофируются с образованием ворсинок, которые называются папилломами. Гипертрофические узелки относительно большие и возникают при вторичных рецидивирующих поражениях. При многих заболеваниях наряду с папулами присутствуют и другие элементы. Например, папулы и везикулы (папуловезикулы, субстанции, папулы-пустулы) сопровождаются некротическим процессом (папулонекротический туберкулез кожи), в этом случае они покрываются рубцами.

Это вызвано скоплением клеточного инфильтрата в ретикулярном слое дермы вокруг глубокой сосудистой сети, полого элемента, возвышающегося над уровнем кожи, который почти не имеет отношения к острому воспалению опухоли. В начале болезни отделить шишку от узелка очень сложно. Потому что по размеру, форме, консистенции он похож на узел. Шишка распространяется не только в слое молочной железы, но и в ретикулярном слое дермы. Размер луковицы от 3-5 мм до 2-3 см, цвет голубовато-желтый или буро-красный, форма шаровидная. Узловой инфильтрат состоит из гранул, включая лимфоциты, гигантские и эпителиальные клетки. Позже центр опухоли некротизируется, образуя сыпь, покрытую черными корками. Иногда из-за рассасывания шишки на ее месте остается атрофический рубец. Шишка, например, заканчивается образованием мостиков (после казеозного некроза) в бугорке, а в ране приобретает узоробразную форму, что имеет большое клиническое значение.



Узелок бугарок

При различных заболеваниях шишки имеют специфический цвет. Например, в третьем очаге поражения красновато-коричневый цвет, при туберкулезе - красноватый, при проказе - темно-пшеничный и т. Д.

При многих заболеваниях узелки различаются по своему гистоморфологическому строению. Например, при туберкулезе узелки состоят в основном из гигантских эпителиоидов и гигантских клеток Лангханса, иногда могут быть обнаружены микобактерии туберкулеза, а в очаге поражения туберкул состоит из плазматических эпителиоидных клеток, лимфоцитов и фибробластов, а гистологические образцы не текут. Шишки обычно располагаются в разных частях тела, иногда они сочетаются друг с другом, образуя большие инфильтраты. Туберкулез в основном встречается при таких заболеваниях, как язвы, туберкулез, проказа, диссеминированный рубромикоз.

Это узловой элемент, значительно возвышается над кожей, сопровождается неострым воспалением, имеет инфильтративный характер. По консистенции сложнее, четко отграниченный, размером 1-5 см, основание находится в подкожном слое, т.е. в подкожной клетчатке.

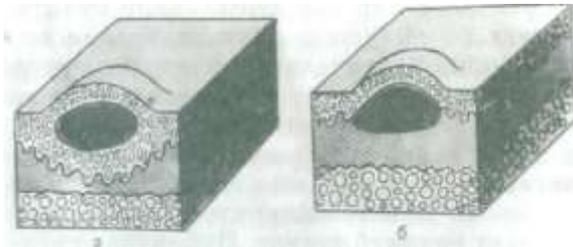
Узелок состоит из гранулем, а узловой инфильтрат состоит из совокупности лимфоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток. Сначала узелок может быть не виден снаружи, но при пальпации он хорошо ощущается в руках, затем увеличивается в размерах и возвышается над кожей. Узелки в основном разорваны, постепенно покрываются черной коркой, оставляя на своем месте рубец. Иногда узелки сопровождаются острым воспалением (узловатая эритема), при котором основание узелка находится в эпидермисе. Консистенция узелков мягкая при коллигиозном туберкулезе, жестко-эластичная при лепре и третичных поражениях. Узлы в зависимости от их консистенции, формы, цвета и разделения при некоторых заболеваниях называют своим именем: туберкулез в просторечии - скрофулодермия, третичная язва - гумма, проказа - лепрома и др. Узелки также опасны и доброкачественными опухолями, глубокими микозами,

Везикула представляет собой полый экссудативный первичный элемент, который всегда имеет острый воспалительный характер, поднимается из кожи, пористый, с серозной жидкостью внутри. Форма овальная, uarim-сферическая, размер 1.5.мм до 5 мм. Три части мочевого пузыря, часть полости, заполненная серозной или серозно-геморрагической жидкостью; различают покровную кожу и основу. В редких случаях (при обезвоживании) волдыри не поднимаются над кожей, а распространяются по коже. Везикулы могут располагаться под клетками рогового слоя, между клетками эпидермального слоя и между эпидермисом и дермой. Везикулы бывают одиночными или многопористыми. Большинство волдырей содержат прозрачную серозную жидкость, иногда с кровью или гноем. Затем волдыри высыхают, покрываются монетами или разрываются, образуя эрозии и становясь водянистыми (при экземе и остром дерматите). В области слизистой оболочки полости рта и кожи, которая постоянно трутся друг о друга, везикулы часто быстро разрываются и образуют эродированное уплотнение. Наоборот, волдыри, расположенные на толстых участках кожи (ладони), долго не лопаются. Волдыри располагаются скоплениями (простой герпес), иногда можно обнаружить на коже черепа (зуд).

Гистологический вид пузырька показывает спонгиоз, межклеточный отек (экзема, дерматит), дегенеративные изменения клеток эпидермиса (простой и клубочковый герпес, ветряная оспа), а также образование внутриклеточных вакуолей (дисгидротическая экзема, эпидермофития). Волдыри бесследно исчезают или заменяются временным пигментным пятном (герпетиформный дерматит Дюуринга).

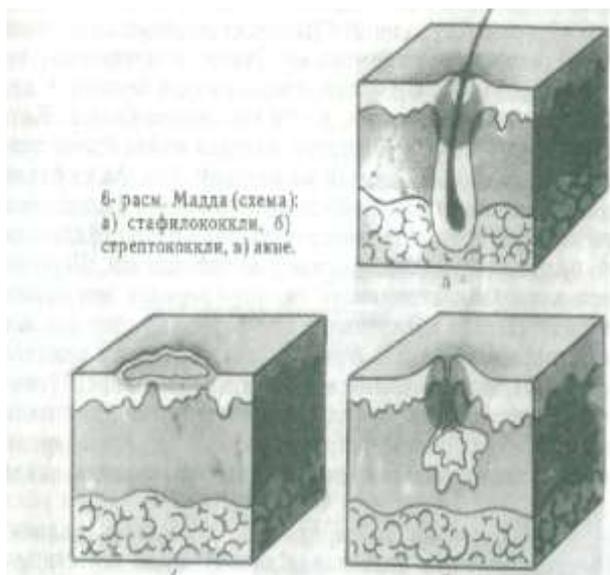
Экссудативный элемент с полой полостью, размер которой может составлять от 0,5 см до 5-7 см. Мочевой пузырь дифференцируется от мочевого пузыря, кожи и основания, как и мочевой пузырь. Если мочевой пузырь лежит под клетками рогового слоя, он подкорнеальный, если он находится между клетками рогового слоя (между шиповатыми клетками).) - внутриэпидермальные, называются субэпидермальными пузырьками. Жидкость внутри мочевого пузыря может быть прозрачной, желтоватой, тусклой и геморрагической, овальной, овальной, круглой. Большинство пузырьков одноклеточные, поэтому они быстро разрыхляются при прокалывании, иногда (эпидермисофития) образуют несколько полостей. Жидкость мочевого пузыря содержит лейкоциты, эозинофилы, эритроциты, эпителиальные клетки и в некоторых случаях вторичные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки).

Большинство волдырей выглядят как эритематозные пятна, иногда без каких-либо изменений на коже. Герпетический дерматит Дюринга, токсикодермия, при мультиформной экссудативной эритеме область вокруг волдырей окружена гиперемизированным участком кожи, пузырчатка, врожденный эпидермолиз мочевого пузыря, волдыри появляются на кожных очагах в неизменном виде. Иногда на эпидермисе образуются волдыри из-за воздействия вторичных микроорганизмов или их токсинов. Эндогенные факторы часто приводят к образованию внутриэпидермальных пузырьков, которые характеризуются нарушением межклеточных связей (акантолизом) и дегенеративными изменениями эпидермальных клеток.



Пузырь (схема):
а) над эпидермисом,
б) под эпидермисом.

При пузырчатке заметны акантолитические изменения. Иногда экссудат сосудов отделяет эпидермис от дермы и появляются субэпидермальные пузырьки (полиморфная экссудативная эритема). Жидкость внутри мочевого пузыря сохнет, образуя особую кожу, либо мочевой пузырь обычно разрывается и превращается в эрозии, эрозии исчезают, а на их месте остается временное пятно, после чего пятно исчезает и кожа возвращается в исходное состояние. Когда большинство везикул имеют субэпидермальную природу, присоски дермы также слегка повреждаются и после везикул остаются рубцы (врожденный эпидермолиз крупного рогатого скота, порфириновая болезнь и т. Д.). Волдырь обычно возникает из-за прилипания кожи или прикосновения к ней чего-то твердого. Вещество, пустула - полый элемент, выступающий из кожи и содержащий гной. Пустулы обычно носят острый характер, а некоторые заболевания, например язвы, сопровождаются неострым воспалением пустул. Форма пустул шаровидная, правильная, размером с горошину, иногда как вишню. Под воздействием токсинов, выделяемых при жизни инфекционными микроорганизмами (стафилококк, стрептококк), клетки эпителия некротизируются, в результате чего в эпидермисе образуются гнойные тополя. Пустулы располагаются на коже (глубоко вдоль эпидермиса) и глубоко (дерма), hypodermis.) делятся на виды. Вещества, расположенные вдоль эпидермиса и склонные к образованию черных корок, называются импетиго.



Кроме того, в зависимости от расположения вещества относительно волосяного фолликула, оно делится на мочевой пузырь фолликула (связанный с волосяным фолликулом) и нефолликулярный мочевой пузырь. В зависимости от причины, фолликулярные вещества обычно связаны со стафилококками, в то время как нефолликулярные вещества связаны со стрептококками. Когда верхняя часть волосяного фолликула гнойная, остеофолликул растет (волосы выступают из центра гноя), и область вокруг него становится красной. Когда фолликул растет, собака почти не оставляет следов, иногда все тело волосяного фолликула становится гнойным, субстанция глубокая, а когда закончится, на месте остается рубец.

Глубокие фолликулы характерны для собак с болью и наличием вокруг них инфильтратов (фурункулов), которые при разрыве образуют рубец и заканчиваются рубцом. Нефолликулярная оболочка называется пустулезной (тонкой, cassi) фликтеной. Глубокая нефолликулярная пустула, расположенная в дерме, называется эктимой. Эктима с фликтеной наблюдается при стрептококковой пиодермии, иногда ядро глубокой нефолликулярной

пустулы (эктимы) покрывается толстым слоем (в результате гноя), на дне которого образуется глубокая яра или рупия. Если эктима или гоза рупиуа намеренно пересаживаются или отделяются, образуется яра, а затем рубец.

Пустула, связанная с сальными железами, называется акне. Прыщи могут располагаться глубоко в дерме со всем основанием сальных желез.

Блистер - элемент без полости, имеющий характер острого воспаления и немного возвышающийся над кожей; Возникает в результате ограниченного острого воспаления и серозного отека молочного слоя дермы. Она округлая, удлинено-овальная, красноватого цвета. Сопровождается сильным зудом. Волдырь появляется мгновенно, быстро исчезает и не оставляет следов. Однако у некоторых пациентов сохраняется длительное время. При первом появлении элементов крапивницы цвет бледно-розовый, затем переливающийся. Таким образом, центр исходной выпуклости белый, а периферия розовая. Обычно складки имеют тенденцию соединяться, образуя круги или линии. Когда крапива и другие растения касаются кожи,

Под воздействием различных лекарств (медикаментов) часто наблюдаются алиментарные, инфекционные, аллергические случаи, волдыри. У пигментированных ослов можно механически воздействовать на кожу, чтобы сделать кожу головы длиннее. Zshakem, ангионевротическая опухоль Квинке, при сывороточной болезни и других дерматозах (токсикодермия, герпетиформный дерматит Дюуринга, флеботодермия) является основным морфологическим элементом. 2. Вторичные морфологические элементы. Это следующие К ним относятся: пигментные пятна (pigmentatio), чешуя (чешуя), черная струпа (srusta), трещины (fissura), эксфолиация, расчесывание (exsoriatio), erosio (erosio), яра (ulcus), рубец (cicatrix), Vegetasiua (вегетации), lixenifikasiua (лихенификация).

Пигментные пятна (pigmentasiua, кожная дисхромия) - это нарушение пигментации кожи. Обычно оно возникает вместо первичного элемента. Например, папулы в ране, вещества, при некоторых дерматозах эрозии и гиперпигментированные пятна вместо бородавок. Это изменение возникает из-за увеличения образования меланина в наиболее распространенных очагах и выделения пигментов крови, таких как гемосидерин (при гемосидерозе, пораженной вшами коже). Они называются вторичной лейкодермией (наблюдаются при ишемической болезни сердца, язвах).



Монеты - немигрирующие клетки уретры рогового слоя. Клетки рогового слоя, которые являются физиологически жизнеспособными, обычно выпадают с кожи. Особенно при стирке, когда одежда натирается о тело, они очень разные, цвет, форма и размер монет разные, эти особенности используются при обнаружении многих дерматозов, дистрофических изменений эпидермиса, лежащих в основе обморожения. Позже образование керотина нарушается, и они принимают форму гиперкератоза (чрезмерное утолщение рогового слоя) или кератоза (нарушение рогового слоя). Знание формы и цвета монет имеет практическое значение для врача. Например, в случае чеканки монеты серебряные, при некоторых формах ихтиоза - черные, желтоватый при жирной себорее. При некоторых заболеваниях монеты двигаются незначительно (железо для монет), иногда плотно прилегают к элементам кожи (рубцовая красная кожа), их движение несколько болезненно (симптом Бенъе-Мешера). В зависимости от дистрофических и деструктивных процессов монеты могут быть маленькими и большими. При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо иногда элементы кожи плотно связаны с печенью (рубцовая красная кожа), миграция которой сопровождается некоторой болью (симптом Бенъе-Мешера). В зависимости от дистрофических и деструктивных процессов монеты могут быть маленькими и большими. При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как

резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо иногда элементы кожи плотно связаны с печенью (рубцовая красная кожа), миграция которой сопровождается некоторой болью (симптом Бенье-Мешера). В зависимости от дистрофических и деструктивных процессов монеты могут быть маленькими и большими. При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо В риазе монеты отличаются движением середины узлов.

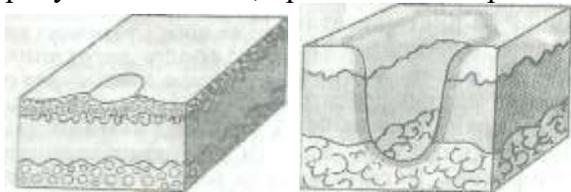
При многих грибковых заболеваниях наблюдается шелушение периферии пораженных очагов. Черная корка возникает в результате высыхания прозрачной или гнойной жидкости на коже, первичных волдырей на коже, волдырей, гноя и глубоких язв. Изредка встречаются случаи прилипания ранее применявшихся препаратов к чесотке. Он возвышается над кожей и различается по цвету. Черная чешуйчатая кожа бывает серозной, серозно-гнойной, гнойной и с примесью крови. Серозная кожа состоит из фибринов, лейкоцитов и деструктивно измененных клеток эпидермиса; гнойная и смешанная с кровью кожа состоит из лейкоцитов, фибриновых волокон и поврежденных эпидермальных клеток и эритроцитов. Размер черной парши определяется размером первичных морфологических элементов. Желтоватые, медноподобные вместо серозных экстрактов; желтый, зеленовато-желтый после гнойных элементов; Из смешанных элементов крови образуется красновато-коричневая, темно-черная парша. Черные струпья могут быть тонкими, толстыми, толстыми, заостренными, слоистыми, твердыми и неровными. Их форма также зависит от микрофлоры. Например, при стредто-стафилококковом вульгарном импетиго черные струпья слоистые, а при стрептококковом импетиго они тонкие и прозрачные. При вульгарной эктине, рупоидной медной теми-ратке и гангренозной пиодермии прочно прикрепляется черная чешуйчатая кожа. При вторичных поражениях обнаруживается очень толстая черная кожа (griua). Иногда черные струпья смешиваются с монетами (когда экссудат смешивается с монетами); такое состояние наблюдается при экссудативной ишемической болезни сердца, себорее и себорейной экземе.

Трещины - это линейные дефекты (дефекты) кожи, которые возникают в результате воспаления, инфильтрации и потери мягкости и эластичности кожи. При УО патологический процесс локализуется только в эпидермальной части кожи. При глубоких трещинах отросток может располагаться в дерме и глубже. Трещины обычно наблюдаются при хронической экземе, пиодермии, кандидозе и возникают в основном в естественных складках кожи (колени, кончики пальцев, уголки рта и т. Д.). Видны глубокие трещины на коже детей при преждевременных родах. Из трещин выходит серозная или серозно-кровянистая жидкость, вдоль трещин образуются черные струпья. Только очень глубокие трещины заменяются радиальными рубцами.

Раздражение, расчесывание - повреждение здоровой кожи из-за механического воздействия, часто в результате усадки кожи. появляется. Сильный зуд кожи нарушает целостность эпидермиса и появляются полосы, глубина которых иногда может достигать молочного слоя дермы. После пилинга остаются депигментированные или гиперпигментированные пятна, а в некоторых случаях после глубоких процессов рубец становится удлиненным. Царапины на коже иногда являются важнейшим признаком заболевания (чесотки).

Эрозиуа - порванный дефект эпидермального слоя кожи, обычно возникает после растворения пузырьков, пузырьков или выпячиваний. Размер эрозивного вещества зависит от размера первичного элемента. Цвет эрозии обычно красноватый, а стебель постоянно влажный. Пемфигус, герпетиформный дерматит Дюуринга, экзема, эпидерморфит ногтей на ногах, эрозии вместо волдырей или волдыри на поясничных, генитальных и экстрагенитальных грыжах. Прилежащее ядро слизистой оболочки полости рта также разрушено. Твердый шанкр также может проявляться эрозией полости рта. Мы закалились в первичном числе эро-цзыуа или где-то еще в теле. может быть вызвано механическим трением. Когда Эрозиуа полностью заживает, на его месте остается временный шрам.

УАга - это глубокий дефект кожи, который может повредить эпидермис, дерму и даже гиподерму. УАга возникает после разрыва первичных инфильтративных элементов, таких как уплотнения, узелки, глубокие пустулы. Может быть первичным при трофических поражениях и некрозе тканей. Форма у пчел разная, цвет голубовато-розовый, розово-красный, края неровные или согнутые, зернистые, гладкие или свисающие. При тяжелой форме шанкра края уретры гладкие и гладкие, тогда как при колликативном туберкулезе некоторые проявления пиодермии, а при глубоких микозах края уретры гладкие или рыхлые. Основание уретры - это тёкис или нотёкис, покрытое серозной, гнойной, кровянистой жидкостью. Под ними видны грануляции тканей, при гнойных поражениях край уретры становится красным и опухшим,



Эрозия (схема) язва (схема)

При инфекционной гранулеме (ране десны) и опухолях вокруг уретры имеется сильный инфильтрат. После заживления УАга на своем месте остается шрам, в зависимости от его формы можно порассуждать о предыдущем элементе.

Шрам - это шишка, узелок, глубокая пустула и т. Д. С глубокими дефектами кожи (уара). Кожа рубцового участка сильно отличается от здоровой кожи, у нее нет специфической мягкости, трещин, волос, потовых и сальных желез. Молочные железы и интерстициальные эпителиальные разрастания сглаживаются, и между эпидермисом и дермой образуется прямая поперечная линия. Рубец в основном образуется на месте трещин и трещин. Иногда на коже могут быть рубцы без корок, причем рубцы могут быть «сухими». Например, при инфекционном туберкулезе, проказе, язвах инфекционная гранулема постепенно рассасывается и заканчивается соединительной тканью, красной красной волчанкой. Вместо рубцов образуются рубцы. большие инфильтраты. Новые рубцы розовато-красные, старые гиперпигментированы или депигментированы по цвету. На уровне здоровой кожи имеется лежащее на коже сухожилие или восходящие гипертрофические (келлоидные) и атрофические рубцы, расположенные ниже уровня кожи. Рубцовая атрофия напоминает папиросную бумагу, обычно пандо в сухом виде (при эритематозе и склеродермии), этот участок кожи можно сдавливать вместе пальцами.

Размер, форма, цвет, количество рубцов важны при определении патологического процесса. Например, за десной раны следует длинный и глубокий звездчатый рубец, а после коллективного кожного бугорка - нечеткие мостовидные рубцы, простирающиеся вокруг лимфатических узлов. После пиодермии похожие рубцы появляются и на других участках кожи. При папулонекротическом туберкулезе кожи образуются длинные рубцы, как бы заделанные, а после выпуклой раны остаются узорчатые рубцы.

Vegetasiua-aksariuat - это пандо в результате разрастания колючего слоя эпидермиса в области кожи, которая была воспалена в течение длительного времени, и расширения присосок кверху. Вегетасиуа - это чешуйчатая или ворсинчатая опухоль, расположенная на узелке, воспаленном инфильтрате или эрозиях. Участок настоящей растительной кожи снаружи выглядит как «петушиная корона» или цветная капуста. Если стебли вегетасиуа покрыты толстым слоем рогов, то они сухие, твердые, желтоватые (на бороде), если вегетасиуа эродированы, то они

мягкие, влажные, наоборот, розовато-красные или красноватый, с незначительным кровоизлиянием (вегетативная пузырьчатка). При добавлении вторичной гнойной инфекции к зарастающему участку края становятся гиперемизированными и выделяются серозно-гнойные выделения.

Лихенификация - это специфическое изменение кожи с шероховатостью рисунка. Кожа в этом же месте становится гиперпигментированной, сухой и шершавой. Раздражение кожи является непосредственно первичным, т. Е. В результате расчесывания кожи (при нейродермите), или вторичным, например, соединением узлов (плоские и красные бородавки, хроническая экзема). В гистологии участка кожи, где происходит лихенификация, отмечается гипертрофия шиповатого слоя эпидермиса, увеличение интерстициальных эпителиальных опухолей и хроническая инфильтрация в верхнем слое дермы.

Сыпь при заболеваниях кожи и половых органов называется мономорфной сыпью, только если она состоит из одних и тех же первичных морфологических элементов (например, узелков или узелков розацеа, розеолы, бородавки и т. Д.). Поэтому выделяли дерматозы, состоящие из мономорфных высыпаний. К ним относятся монетные и раскаленные темиртки, ослиные, вульгарная пузырьчатка, летние фурункулы, гидроаденит, детский озноб и другие. Если заболевание встречается с разными монохроматическими элементами, это называется истинным полиморфизмом. При большинстве заболеваний, включая экзему, проказу, герпетиформный дерматит Дьюринга, во вторичной фазе поражения одновременно наблюдаются как первичные, так и вторичные элементы. Полиморфизм таких высыпаний называется псевдополиморфизмом. Мономорф у пациента,

Гистоморфологические изменения кожи

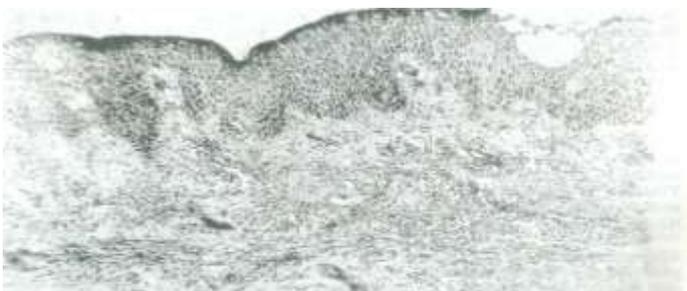
Патоморфологические изменения кожных покровов развиваются по законам общей патологии. Эти изменения зависят от структуры и функции кожи и имеют свои особенности. Патоморфологическими изменениями кожных покровов называют определенные термины. Эти термины важно знать при диагностике кожных заболеваний.

Vakuolli degenerasiua. Клетки мальпигиевого слоя образуют вокруг ядра вакуоли, которые сдавливают ядро к периферии. В результате уадро деформируется и приобретает свойства пикноза. Жидкость внутри цитоплазмы разрушает клетку. Если вакуоль находится внутри уадро, то уадро набухает и превращается в пузырь, наполненный жидкостью.

Спонгиоз (межклеточный отек). Жидкость между клетками мальпигиевого слоя раздвигает клетки и разрушает межклеточные мосты. Полученная ячейка

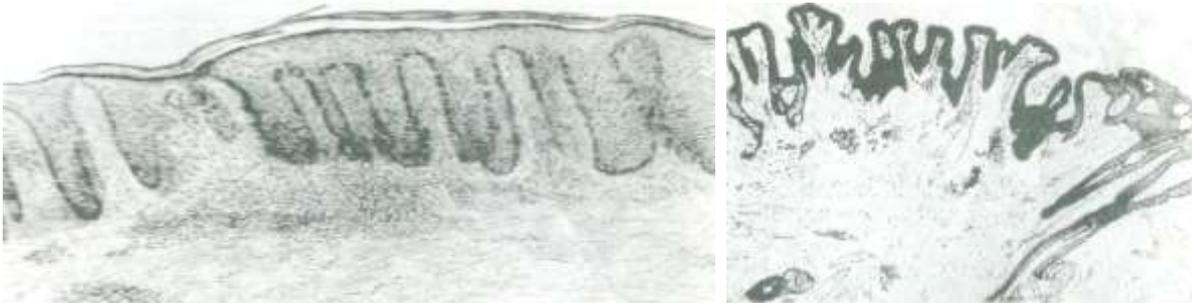


Вакуолли дегенерация



Спонгиоз

образуются эпителиальные пузырьки. Губчатая экзема и другие дерматозы **для** специфический



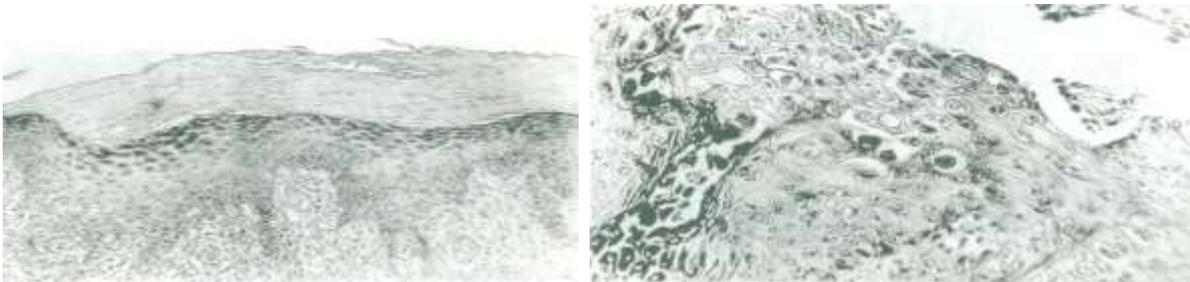
Акантоз Папилломатоз

Ballooning degenerasiua. Некробиотические, дегенеративные изменения клеток злокачественного слоя. Наблюдаются сферические клетки с глубокими дегенеративными изменениями, потерей межклеточных мостиков и плаванием в серозно-фибринозной жидкости.

Акантоз - разрастание и утолщение клеток шиповатого слоя.

Папилломатоз - увеличение деления клеток (митоз) в базальном слое кожи и удлинение сосательного слоя дермы.

Густое утолщение зернисто-эпидермального зернистого слоя.



Гранулез, Дискератоз

Гиперкератоз - это чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса.

Нарушение процесса ороговения в дискератозно-эпидермальных клетках

Эпидермолиз - нарушение связи эпидермиса и дермы (в слое базальной мембраны), образование субэпидермальных полостей.

Повреждение десмасом и образование полостей между акантолизно-эпителиальными клетками.

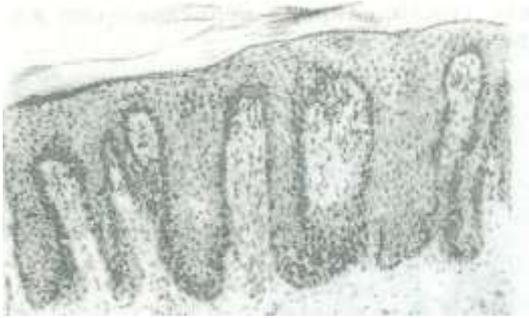


Микроабсцесс акантолиза

Микроабсцессы - источник воспаления эпидермиса и дермы

Паракератоз - неполное отмирание; Отсутствие зернистого слоя по типу уадро в клетках рогового слоя.

Нарушение связи между эпидермисом-эпидермисом и дермой (в слое базальной мембраны), образование субэпидермальных полостей.



Паракератоз

Клиническое обследование пациентов

Обследование пациентов с кожными и венерическими заболеваниями отличается от методов обследования, применяемых в терапии и хирургии. В этом случае собирают не только анамнез пациента, но и проводят общий осмотр кожных покровов и слизистых оболочек. При обследовании необходимо обращать внимание на первичные или вторичные элементы кожи, разбросаны они или ограничены, а также на их консистенцию, границу высыпания, изменена ли окружающая кожа или нет.

Некоторые дерматозы очень похожи по клиническим проявлениям или заболевание протекает атипично. В таких случаях врачу часто необходимо использовать такие методы диагностики, как пальпация, диаскопия, раздражение, или более глубоко изучить историю болезни. Иногда необходимо изучение морфологии кожи, общий анализ крови и мочи и другие специальные методы (например, серологические исследования крови, подтекание элементов кожи, трепонема, проказа, поиск акантолитических клеток, иммунологические тесты и т. Д.)) .` гi идет. Точный анамнез важен при диагностике болезни. В диагностике профессиональных дерматозов встречаются заболевания, которые наблюдаются у людей в той же сфере, например, рожа у кухонных и консервных рабочих, рожа у мясников или мясников, манга у ветеринаров и коневодов. заболеваемость такими заболеваниями, как меланодермия, при контакте с углеводородами учтено. Спросить пациента с подозрением на кожный лейшманиоз, бывал ли он в Кашкадарье и прилегающих районах, позволяет своевременно диагностировать заболевание.

При диагностике некоторых дерматозов также обращайте внимание на времена года. Например, краснота, фотодерматоз и грибковые заболевания возникают весной и летом, тогда как окружающий столбняк, множественная экссудативная эритема, розовый столбняк возникает весной и в глазу.

При сборе анамнеза необходимо учитывать периодическое обострение дерматоза. Например, псориаз, экзема, дерматит Дууринга склонны к рецидивам, трихофития, розовые те-миратки и другие не рецидивируют.

При диагностике дерматозов желательно поинтересоваться, принимал ли пациент лекарства до начала болезни, а также есть ли у членов семьи похожие высыпания.

Сбор анамнеза пациента, обследование органов и систем не отличается от методов, применяемых в терапевтических клиниках.

Дерматологический статус играет важную роль при обследовании пациентов с кожными заболеваниями. Прежде всего необходимо определить, являются ли морфологические элементы летучими или нет. Часто обострение сопровождается экссудативным компонентом, тогда как хроническое обострение сопровождается пролиферативным компонентом. Также важна роль высыпаний в диагностике. Например, при псориазе, папулонекротическом типе туберкулеза кожи высыпания возникают на пищущей части кожи, при туберкулезе - красной эритематозной сыпи на лице чаще всего протяженные.

Необходимо обращать внимание на рассеянную, ограниченную, генерализованную, диссеминированную, симметричную или асимметричную, а также на размер, форму, границу, цвет, консистенцию и длину высыпания. Границы высыпаний четкие или нечеткие, острые и неровные, формы нечеткие, правильные, шаровидные. Сыпь бывает мягкой, эластичной, твердой и очень твердой.

Дермографизм также важен в диагностике заболевания. Он определяется реакцией кожной нервной системы на механическое воздействие. Если лопаткой ударить по коже, она станет

красной и теряет свой цвет через 2–3 минуты. Это нормальная дермография. Красный дермографизм встречается при экземе, псориазе, белый дермографизм при зуде, эксфолиативном дерматите и стабильный белый или смешанный дермографизм при нейродермите, крапивнице.

По окончании дерматологического статуса регистрируются субъективные жалобы пациента.

Лечение кожных заболеваний

Изменения при кожных заболеваниях носят не только локальный характер, но и являются результатом нарушения работы всего организма, а также нервной и эндокринной систем, внутренних органов и обменных функций. Поэтому общая терапия играет особую роль в лечении кожных заболеваний. Однако следует учитывать, что препараты, применяемые в качестве местного средства, также имеют общий эффект. Лечение условно делят на два: общее и местное.

Общее лечение. Учитывая, что происхождение кожных заболеваний связано со всеми органами тела, применяемые в терапии препараты широко применяются при лечении дерматозов. Этот метод лечения предполагает успокоение нервной системы, повышение сопротивляемости организма, профилактику авитаминоза, лечение микробных заболеваний антибиотиками. Бромсодержащие препараты для успокоения нервной системы (калия или натрия бромид 0,25-0,5% раствор назначают 2-3 раза в день по 1 столовой ложке) и транквилизаторы (аминозин 2,5% - 1-2 мл внутримышечно, тазепам - 0,01 г перед сном, триоксазин 0,3 г 2 раза в день, мепротан 0,2 г 2-3 раза в день). Эти препараты рекомендуются при дерматозах с сильной нервозностью и сильным зудом. Самый распространенный вид седации - это гипносуггестия, то есть врач бережно относится к пациенту. Седативные препараты используют 0,25-0,5% растворы новокаина. Этот препарат вводят внутримышечно в количестве 2-10-15 мл или 15-25 мл за 1 час до еды 3 раза в день. Новокаин иногда вызывает у человека головокружение, тошноту и полное расслабление. В таких случаях прием новокаина следует прекратить. Этот препарат вводят внутримышечно в количестве 2-10-15 мл или 15-25 мл за 1 час до еды 3 раза в день. Новокаин иногда вызывает у человека головокружение, тошноту и полное расслабление. В таких случаях прием новокаина следует прекратить. Этот препарат вводят внутримышечно в количестве 2-10-15 мл или 15-25 мл за 1 час до еды 3 раза в день. Новокаин иногда вызывает у человека головокружение, тошноту и полное расслабление. В таких случаях прием новокаина следует прекратить.

Аллергические изменения играют важную роль в формировании и развитии многих дерматозов, при которых пациент отличается повышенной чувствительностью. В таких случаях в основе лечения лежит гипосенсибилизация. Из гипосенсибилизирующих веществ широко используются соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция) и тиосульфат натрия; Соли кальция положительно влияют на симпатическую и вегетативную нервную систему, нормализуют и усиливают проницаемость сосудистой стенки. Соли кальция в виде 10% раствора принимают трижды в день по 1 столовой ложке или 5-10 мл внутривенно.

Когда в вену вводят соли кальция, они щекочут ангиорецепторы и через нервную систему нормализуют состояние всего организма. В вену вводят 30% раствор тиосульфата натрия, который помимо гипосенсибилизации обладает антиоксидантным действием. Гистамин и другие биологически активные вещества играют важную роль в патогенезе кожных заболеваний; Из-за аллергических реакций количество этих веществ в организме пациента велико, что увеличивает проницаемость сосудистой стенки, что приводит к эритеме, отеку и сильному зуду кожи. Дифенгидрамин, супрастин, пипольфен и другие назначают в качестве антигистаминных средств для снятия такого дискомфорта. Дифенгидрамин 0,03-0,05 г принимают внутрь 2-3 раза в день или 1% раствор вводят внутримышечно. Супрастин - 0,25 г 1-2 раза или по 1 мл 2% раствора внутримышечно; дипразин (пи-полфен) в таблетках по 0,025 г или 2,5% раствор в 1 мл мускусовой золь; диазолин - 0,1 г 2-3 раза в день, фенкрол 0,025 г 3 раза в день, тавегил 0,001 г 2-3 раза в день или 2 мл внутримышечно, астемизан по 1 таблетке 2-3 раза в день, перитол, задитен по 1 таблетке 2 при заказе. В последние годы применение тавегила и задитена не только в таблетированной форме, но и в форме сиропа получило широкое распространение, особенно при лечении аллергодерматита у детей раннего возраста. астемизан по 1 таблетке 2-3

раза, перитол, задитен по 1 таблетке 2 раза. В последние годы применение тавегила и задитена не только в таблетированной форме, но и в форме сиропа получило широкое распространение, особенно при лечении аллергодерматита у детей раннего возраста. астемизан по 1 таблетке 2-3 раза, перитол, задитен по 1 таблетке 2 раза. В последние годы применение тавегила и задитена не только в таблетированной форме, но и в форме сиропа получило широкое распространение, особенно при лечении аллергодерматита у детей раннего возраста.

Лечение витаминами. Часто дерматозы возникают из-за недостатка витаминов. Поэтому для восполнения нехватки витаминов в организме пациента рекомендуются синтетические витамины. Витамин С - аскорбиновая кислота усиливает сопротивляемость организма инфекциям, нормализует окислительно-восстановительные процессы, обладает детоксицирующими и десенсибилизирующими свойствами. Кроме того, витамин С также участвует в разжижении крови, увеличивая активность обработки клеток крови и синтеза меланина. Поэтому этот витамин широко применяется при инфекционных, токсических и аллергических заболеваниях кожи и различных сосудистых заболеваниях у собак. Принимают по 0,1-0,3 г аскорбиновой кислоты 3 раза в день или 1-2 мл 5% раствора вводят внутримышечно или внутривенно.

Витамин В. Витамины. V` (тиамин) - широко применяется при невритах, снимает боль и уменьшает зуд; Рекомендуется принимать по 0,01-0,02 г этого витамина 2-3 раза в день или 0,5-1,0 мл 5% водного раствора внутримышечно.

Витамины V2 (рибофлавин), V6 (пиридоксин), V12 (цианокобаламин), V5 (пантотенат кальция), V15 (пангамат кальция) также широко используются в дерматологии.

Витамин А (ретинол) участвует в процессе ороговения рогового слоя эпидермиса, и при его дефиците возникает состояние гиперкератоза. Витамин А можно принимать по 50 000–100 000 МЕ в день или вводить внутримышечно.

Витамин Е (токоферол) активно участвует в метаболизме белков, углерода и жира и усиливает действие витамина А. Токоферол защищает жиры от окисления. Недостаток этого витамина приводит к бесплодию, импотенции и осложнениям беременности, широко применяется при кожных заболеваниях (фотодерматоз, склеродермия и др.), Сопровождающихся нарушением окисления жиров. Витамин Е принимают внутрь в дозе 50-150 мг 1 раз в сутки или 50 мг внутримышечно.

Витамин RR (никотиновая кислота) - в основном используется при пеллагре. Он широко используется в дерматологии при заболеваниях, связанных с усыханием кожи, поскольку витамин RR расширяет сосуды, уменьшает зуд, защищает кожу и восстанавливает функцию печени. Рекомендуется пить по 0,05-0,1 г 2-3 раза в день внутривенно и внутримышечно в 1-3 мл 1% раствора.

Витамины группы В чаще используются против аллергии и гистамина. Кроме того, он участвует в восстановлении процесса межклеточного окисления. Применение аутогемотерапии, пиротерапии, биогенных стимуляторов широко применяется как средство повышения общей силы организма. Повышают активность органов и систем организма, усиливают защитные механизмы (гуморальный и клеточный иммунитет). Пирогенал вводится внутримышечно от 50 МПМ (минимальная пирогенная доза) и, в зависимости от состояния пациента, увеличивается до 1000 МПМ. Интервал между инъекциями - 2-3 дня. Алоэ, плацента, ФИБС, гамма-глобулин и другие применяют для усиления неспецифической стимуляции организма.

Лечение стероидными гормонами. Стероидные гормоны используются для восполнения дефицита естественных гормонов в организме или для оказания определенного фармакодинамического воздействия на организм. В настоящее время широко используются такие гормональные препараты, как гидрокортизон, кортизон, а также преднизолон, дексаметазон, триамсинолон и другие. Их принимают после еды или вводят внутримышечно. 2/3 этих лекарств следует принимать в первой половине дня. Средняя суточная доза преднизолона для взрослых составляет от 10-15 до 30-40 мг, дексаметазона 2-4 мг и триамсинолона 10-20 мг. Кортикостероиды обладают иммунодепрессивными, противоаллергическими и противовоспалительными свойствами. Они оказывают сильное влияние на метаболизм белков, жиров, углеводов, соли и воды; это накопление углеводов в

двенадцатиперстной кишки и кровотечения из них. Синдром Изенго-Кушинга наблюдается у пациентов с нарушением жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечения из них.

Учитывая действие гормональных препаратов, пациенты, принимающие его, должны быть богаты калием (оратат калия, панангин, аспаркам) и солями кальция (глюконат кальция, пантотенат кальция, анаболические стероиды (ретоболит, феноболит), витаминами и витаминами рекомендуются фрукты и овощи. .

Вторичные инфекции наблюдаются у пациентов, принимающих кортикостероиды, для профилактики желательнее принимать антибиотики.

Суточная доза кортикостероидов зависит от клинического течения заболевания и веса пациента. При тяжелых дерматозах (пузырчатка, эритродермия) рекомендуется принимать высокие дозы гормонов (например, 80–100 мг), постепенно снижая их до минимума и удерживая на том же уровне по мере исчезновения болезни.

Лечение антибиотиками. Среди кожных заболеваний чаще встречаются гнойные кожные заболевания, особенно у детей. Пенициллин, ампициллин, тетрациклин, эритромицин, олететрин, канамицин, хлорамфеникол - наиболее широко используемые антибиотики.

Кроме того, при грибковых заболеваниях применяется гризеофульван, который в форме таблеток по 0,125, часто назначают при микроспориозах, трихофитиях, микозах стоп.

В целом, если антибиотики принимаются в течение длительного времени, им необходимо давать 250 000–500 000 ТБ 4 раза в день нистатин.

Иммунологические изменения играют важную роль в возникновении и развитии кожных заболеваний. Декарис, тимол, тактивин и др. Можно использовать для укрепления иммунной системы, а иммунодепрессанты (метотрексат, азотоприн, проспидин, циклофосфамид, сандимун) - для ослабления его активности.

При лечении некоторых дерматозов используются разные химиотерапевтические средства: при пиодермии - сульфаниламиды; при лепре и герметиформном дерматите Дьюринга - диаминодифенилсульфон, диузифон; при красной уязи темираткид-ксингамин красный (резоксин, делагил, хлороксин); при туберкулезе кожи - фтивазид, салузид и другие.

При лечении кожных заболеваний широко используются физические методы (тепловая, световая и электротерапия). При использовании света в качестве лечебного средства необходимо учитывать чувствительность кожи пациента к этому свету и сопутствующие заболевания. Рекомендуется использовать препараты (фотосенсибилизаторы), повышающие чувствительность кожи к ультрафиолету (УФН). Этот метод лечения называется фотохимиотерапией или ПУВА-терапией. В качестве фотосенсибилизаторов можно использовать пувален, ламадин, псоберан и другие.

Категорически запрещено лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертонией 2-3 степени, печени, почек, щитовидной железы и опухолями, беременными, а также лиц с гиперчувствительностью к УБН или фотосенсибилизаторам, детям и пожилым людям с помощью ПУВА-терапии.

ПУВА-терапию можно проводить в стационарных и амбулаторных условиях. Доза фотосенсибилизатора следующая: пувален, ламадин, аммифуриин назначают из расчета 0,6 мг на 1 кг массы тела пациента. Псоберан назначается в дозе 0,8 мг. Эти препараты принимают через 1,5-2,0 часа после еды после нанесения УБН или их растворов на кожу.

Пациент, получающий ПУВА-терапию, должен защищаться от других лучей, особенно солнечных лучей. Пациентам рекомендуется не выходить на солнце до 8 часов после приема фотосенсибилизаторов, а также носить солнцезащитные очки, защищающие от УБН. Во время фотохимиотерапии у пациентов иногда наблюдается омоложение кожи; если на коже наблюдается первая степень нанесения, то рекомендуется применять стероидные мази или кремы, а для второй степени применения убрать волдыри, нанести анилиновые красители и нанести мази с антибиотиками; ПУВА-терапия приостанавливается на определенный период времени.

Для устранения кожных новообразований и бородавок применяют диатермокоагуляцию, криотерапию, криодеструкцию.

При использовании криотерапии в качестве массажа воспаление кожи быстро возвращается. Кроме того, в дерматологии широко используются электромагнитные поля, ионтофорез и лазерные лучи.

Местное лечение. Местное или местное лечение на самом деле является общим лечением, поскольку оно не только имеет местный эффект, но и всасывается через кожу и оказывает общее воздействие на весь организм. Местное лечение подбирается индивидуально для каждого пациента. Затем можно начинать местное лечение с учетом состояния поражения, течения заболевания, стадии, тяжести или глубины раны, а также ранее применявшихся пациентом местных средств. При местном лечении кожных заболеваний могут использоваться спреи, увлажняющие или увлажняющие (примочки), различные смеси и мази.

Жидкости, коктейли и порошки, используемые для смачивания, обладают свойством самовоздействия. Увлажнение, замачивание (примочка) - применяется в периоды обострения, обострения болезни, когда кожа горячая и влажная. При этом сужаются сосуды, уменьшается покалывание в коже, исчезают зуд и боль. Водорастворимые препараты используются для увлажнения кожи. В этом случае используется один из применяемых для увлажнения препаратов, для чего марлю или бинт складывают в 4-5 слоев и пропитывают препаратом, немного отжимают и затем накладывают на пораженный участок. Его замачивают каждые 10-20 минут, чтобы он не высыхал. В методе смачивания используются 1-2% резорцин, 0,25% нитрата серебра, 2% борная кислота, лактат этоксида 1: 1000 и другие лекарственные растворы.

Rp: Mentholi 0,2
Zinci oxydati
Amyli Tritici aa 10,0
M.D.S. Қичишишга қарши уға.

Rp: Urotropini 5,0—10,0
Talci 10%—20,0
M.D.S. Терлашга
қарши уға.

Пудры - обладают противовоспалительным действием, дезинфицируют, уменьшают зуд, впитывают влагу, масло, пот и охлаждают кожу. Используются индифферентные (тальк, висмут, белая глина, спирт оксид, крамал), дезинфицирующие средства (дерматол, ксероформ), а также порошки, содержащие природные антибиотики. Их присыпают на пораженный участок тонким слоем.

Скрабы или коктейли используются, чтобы уменьшить раздражение кожи, охладить и высушить кожу. Они (30%) состоят из одного или нескольких различных порошков (цинк, тальк, белая глина, крахмал) и (70 форм) воды или основы (спирт, глицерин, вазелиновое масло) и других. Перед использованием шейкера убедитесь, что он хорошо взболтал. Жидкость в смеси быстро испаряется, оставляя на пораженной коже только пудру. Шейки бывают водянистыми, алкогольными и маслянистыми.

Rp: Zinci oxydati
Talci aa 20,0—30,0
Glycerini 10,0—20,0
Aqua plumbi 100,0

M.D.S. Ишлатишдан олдин
чайқатинг.

Rp: Sulfuri praecipitati 5,0
Spiritus comphorati 10,0
Glycerini 15,0
Ac. lactici 1,0
Aquaе destillatae 120,0

M.D.S. Ишлатишдан олдин
чайқатинг (мойли себореяда).

Пасты широко используются при лечении кожных заболеваний. Бывают они в готовом виде или готовят по назначению врача. Пасты состоят из равных количеств жирных или маслянистых веществ (ланолин, вазелин), а также твердых порошков (тальк, оксид цинка). Поражает более глубокие слои кожи. Пасты уменьшают перхоть и зуд, пудра впитывает экссудат, охлаждает кожу и способствует более быстрому заживлению поврежденной кожи. Жирные или маслянистые вещества в пасте смягчают монеты и кожуру и постепенно перемещают их. В зависимости от количества жира и порошка бывают густые (60:40) и жидкие (40:60) пасты.

Rp: Acidi salicylici 2,0
Zinci oxydati
Amyli aa 25,0
Vaselini 48,0
M.D.S. Лассар пастасы.

Rp: Zinci oxydati
Talci
Naphtae-Naphtalani
Ung. Wilkinsoni aa 20,0
M.D.S. Паста (микробли
экземада).

Мази созданы на основе жирных или синтетических жировых веществ и содержат различные фармакологические вещества (сера, резорцин, ментол, дерматол, левомецетин). После нанесения мази жидкость пота с кожи остается под мазью, которая смягчает пораженную кожу и обеспечивает всасывание препарата в более глубокие слои кожи. Можно приготовить различные мази от зуда и боли, смягчающие, дезинфицирующие и другие мази.

Мази изготавливаются в основном на основе животных и минеральных масел, а также желтого вазелина, ланолина и иногда нафталина.

Rp: Ac. salicylici 0,6
Ac. resorcini 1,5
Vaselini ad 30,0
M.f. Ung
M.D.S. Малхам.

Rp: Perhydroli 3,0
Lanolini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Оқартирувчи мал-
хам.

Кремы содержат 2/3 масла и 1/3 воды, которые смягчают, охлаждают и защищают кожу от воздействия окружающей среды.

В последнее время широко используются мази и кремы, содержащие кортикостероиды: 1% гидрокортизон, 0,5% преднизолон, мази, содержащие «Фторокорт», «Синалар», «Флуусинар», Ультралан, кортикостероиды и антибиотики, а также кремы (Целестодерм «В», « Дипрогента », « Тридерм ») хорошо помогают при осложнении зуда пиодермией.

Rp: Lanolini
Vaselini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Маҳаллий қўллаш
учун.

Rp: Lanolini 5,0
Vaselini flavi 9,0
Ol. Persicorum 1,0
Liq. alumini
aceticici 3,0
Glycerini 1,0
M.D.S. Совутувчи крем.

Фармакологический эффект препаратов в мазях зависит от их концентрации, например, салициловая кислота, резорцин в небольшом количестве обладает кератопластическими свойствами, кератолитическим при более высоких концентрациях, а при более высоких концентрациях.

Кератопластические вещества уменьшают воспаление и регенерируют поврежденный слой эпидермиса: абсорбируют инфильтраты, сушат кожу и уменьшают зуд. Кератолитические препараты также обладают дезинфицирующими свойствами.

При лечении кожных заболеваний используются следующие кератопластические препараты: смола - деготь (производное от сосны - Pix liquidii, Ol. Rusci), нафталин - нафталан, ихтиол - ихтиолы, сера - сера, салициловая кислота - As. salicylici, жидкость митрошина и другие.

Кератолитические вещества отделяют роговой слой эпидермиса, их применяют при дерматозах с гиперкератозом или паракератозом.

Кератолитические вещества широко применяют при заболеваниях, связанных с пигментацией (мажущие кровянистые выделения, хлоазма, токсическая меланодермия, рутинная пропитка и др.). Они обладают антисептическими, противопаразитарными свойствами и механически убивают микроорганизмы на поверхности кожи. Салициловая кислота и резорцин (в высокой концентрации 5-10% и выше) обладают щелочными (мыло, особенно сине-зеленое мыло с элементом калия) и другими кератолитическими свойствами.

Противопаразитарные препараты, такие как сера, йод, ксероформ, лактат этакридина и другие, широко используются для борьбы с паразитами. Эти вещества можно использовать в виде мазей, коктейлей или увлажняющих кремов.

При лечении грибковых заболеваний кожи используются в основном йод (2-5% спиртовой раствор), анилиновые красители, сера и др. (Подробно описано в разделе «Грибковые заболевания кожи»). Противозудные средства включают ментол (0,5-2%), анестетик (5-10%), дифенгидрамин (1%), раствор тимола (0,5%), лимонную кислоту (1%) и другие широко используются.

Гнойные заболевания кожных покровов

Гнойные кожные заболевания или пиодермия (от слова *puon* - гной, *dermis* - кожа) - одни из самых распространенных заболеваний. Большинство гнойных кожных заболеваний являются хроническими, рецидивирующими и требуют длительного лечения, а иногда люди могут терять трудоспособность или быть временно нетрудоспособными. По данным профессора У.А. Hamelin (1980), за последние 15 лет снижение работоспособности больных пиодермией увеличилось с 6,8% до 9,4%, а такие заболевания, как фурункулы, карбункулы и гидроденит, стали более распространенными. Каждый год в среднем приводит к потере рабочих дней. Поэтому профилактика этих заболеваний остается актуальной.

Пиодерматит также играет важную роль в детской дерматологии. Среди всех дерматозов он составляет 25-60%. Пиодерматит может быть первичным или осложнением любого другого кожного заболевания.

Этиология: стафилококки и стрептококки, вызывающие гной на коже, иногда вызываются некоторыми микроорганизмами - пневмококками, синим гноем, кишечной палочкой и другими. Иногда могут сосуществовать несколько микроорганизмов. Постоянное присутствие стафилококков и стрептококков (в доме, одежде, коже, слизистых оболочках) в природе приводит к частому возникновению пиодермии. 20-75% всех обследованных были бактерионосителями. Незнание или нарушение правил санитарии и гигиены, плохие условия проживания и труда допускают распространение гнойных кожных заболеваний.

В здоровой коже человека всегда присутствуют непатогенные (сапрофитные) микроорганизмы, которые поступают из внешней среды и оседают в волосяных фолликулах и сальных железах. Их называют переходными микроорганизмами. При этом в коже есть постоянные (резидентные) микроорганизмы. Распределение микроорганизмов в коже неравномерно, они даже различаются в зависимости от сезона, возраста и пола. У пациентов с гнойным заболеванием кожи в коже размножаются особенно патогенные микробы - стафилококки и стрептококки.

Патогенез: Патогенность и вирулентность микроорганизмов важны в развитии гнойных кожных заболеваний, но для их развития в коже необходимы определенные условия. Это связано с экзогенными и эндогенными факторами, которые ослабляют защитную функцию кожи и сопротивляемость организма пиококкам.

Экзогенные причины:

1. Кожа и небольшие синяки (микротравмы) - царапины, порезы, синяки, ссадины и т. Д.
2. Чрезмерное загрязнение кожи, несоблюдение простых правил гигиены.
3. Холодное или горячее взбивание, охлаждение.
4. Профессиональные факторы (работа с углем, цементом, известью, почвой и нефтепродуктами)
5. Неправильная одежда маленьких детей (одежда из искусственных волокон, плотная пленка)
6. Изменения кожной среды (рН).

Эндогенные причины

1. Нарушения углеводного обмена (гипергликемия), недостаточность гипофиза и щитовидной железы.
2. Функциональные расстройства нервной системы (неврозы).
3. Нарушения усвоения белка организмом (гипопротеинемия).
4. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (печень, желудочно-кишечные заболевания).
5. Гиповитаминоз (особенно А и С)
6. Наследственные факторы
7. Нарушения иммунного механизма организма и др.

Вышеупомянутые экзогенные и эндогенные причины могут вызывать заболевание вместе. Обычно эти факторы имеют комплексное действие. Поэтому специалист должен внимательно осмотреть пациента, выявить причины, указанные выше, и применить соответствующее лечение. При развитии гнойных кожных заболеваний у детей важно, чтобы нормальная физиологическая сопротивляемость кожи еще полностью не сформировалась. Когда ребенок рождается, в его коже и слизистых оболочках обнаруживаются сапрофиты и патогенные микроорганизмы. Однако эти микроорганизмы не всегда вызывают заболевание. Возникновение заболевания зависит от количества погибших микроорганизмов, вирулентности, влажности кожи ребенка, окружающей среды (рН), коллоидно-осмотического состояния, иммунной системы и других. Патогенность возбудителя, особенно плазмакоагуляционные, гемолитические, токсигенные и пигментные свойства стафилококков, играют важную роль в формировании пиодермии и приводят к изменению некоторых биологических свойств стрептококков (антигенности, иммуногенности, вирулентности). Этот процесс вызывает патогенез непатогенных микроорганизмов (эпидермальные стафилококки) в коже и приводит к различным рецидивирующим гнойным заболеваниям кожи. Однако штаммы микроорганизмов, расщепляющих пенициллин (продуцирующие б-лактомазу,

Классификация: Гнойные заболевания кожи могут быть стафилококковыми, стрептококковыми и смешанными, в зависимости от этиологических факторов. В зависимости от локализации гнойные заболевания кожи делятся на острые и хронические: острые и хронические.

Процесс воспаления при стафилококковой пиодермии чаще всего встречается при поражении кожи, волосяных фолликулов. серый пчелиный воск, сальные и потовые железы. Главный морфологический элемент - материя. Форма у него коническая, а кожа толстая, чешуйчатая, с желтовато-зеленым гноем внутри. Из центра вещества торчат тонкие волосы.

Морфологические элементы пиодермии, вызванной стрептококками, отличными от стафилококковых фолликулов волос и сальных желез будет ассоциироваться с ясеневыми пчелами. Процесс воспаления длительный, форма вещества - уассия, экссудат в тонком слое (flicina) серозно-гнойный, имеет тенденцию к слипанию.

При пиодермии УО морфологические элементы присутствуют только в эпидермисе, поэтому после очищения они оставляют на своем месте лишь временный рубец. Однако при глубокой пиодермии воспаление распространяется даже на подкожную клетчатку, оставляя рубец или атрофический рубец.

Стафилококковая пиодермия (стафилодермия). Стафилококковые заболевания кожи включают остеофолликулы собак, сикоз, глубокие фолликулы собак, фурункул (парша), карбункул (хупоз), гидраденит. Остиофолликул собака при сикозе не оставляет рубца на коже, а остальные заканчивают рубцом, повреждая ткани.

Кожа маленьких детей имеет своеобразное строение, поэтому стафилодермия у них бывает разной, при которой морфологический элемент сыпи малоэффективен. серые пузыри уара. Из-за чувствительности детской кожи к стафилококкам воспаление бывает быстрым и диффузным, иногда с серьезными последствиями. В основном они наблюдаются при стафилококковых заболеваниях, таких как везикулярный опустулез, летний псевдофурункул, чиллауара и эксфолиативный дерматит Риттера.

Остеофолликул это - Воспаление волосяных фолликулов полости рта, в основном вызванное стафилококками. Вначале на коже появляется фолликулоподобное вещество (пустула) конической формы. Из центра вещества торчат тонкие волосы (волосы). Область вокруг волосяного фолликула слегка воспалена и покраснела, покрыта розовато-красной непрозрачной коронкой. Остеофолликулярные собаки или стафилококковое импетиго могут занимать небольшой или обширный участок кожи. Через несколько дней вещества высыхают, и воспаление исчезает. Остеофолликул после собаки не оставляет шрамов, только слегка пигментированное пятно.

У остеофолликулярной собаки эти вещества не соединяются вместе, даже если они расположены группами. Иногда некоторые элементы могут быть похожи на горошины, в

середине которых торчат тонкие волосы (перья). Это называется стафилококковым импетиго Бохарта.

Остеофолликулы у собак в основном вызваны экзогенными факторами, такими как трение, царапины и другие. Вещества появляются в основном в прижатых частях тела (коже шеи, запястий, ног и бедер).

В основном это наблюдается у детей после 2–3 лет, особенно у подростков 13–15 лет. Различают УО и глубокий фолликул собаки. Фолликул УО у собак обычно исчезает через 2–3 дня. После чистки от уары не осталось и следа.

Глубокий фолликул это - При раздражении глубокого слоя волосяного фолликула кожа становится красной, на коже появляется инфильтрат, который превращается в пепел, становится болезненным и не утолщается. Статья легальна. Волосы выделяются посередине. Через несколько дней вещество высыхает или образуется гной, а ткани некротизируются. Обычно болезнь проходит через 5–6 дней, и пятна остаются на ее месте.

Часто ограниченные глубокие фолликулы собак обнаруживаются в волосистой части головы, в области шеи и в области паха.

Сикоз - хроническое воспаление волосяных фолликулов. Стафилококковый или простой сикоз является хроническим и часто сопровождается волдырями. Встречается в основном у мужчин (от греческого слова sycosis - самогуджуми). Элементы сыпи состоят из костно-фолликулярных и собачьих фолликулов. Стафилококковый сикоз чаще всего встречается в области роста бороды и усов, в основном на бровях, паху и седых волосах, иногда на коже головы, шее, а также вокруг половых органов.

Вначале вокруг шерсти появляются мелкие вещества (остеофолликул собачий), их основание инфильтрируется, шерсть выступает из середины, немного болит. Область вокруг волос покрыта нечетким красным джуаком. У собак фолликул образует группу пустул между собой. Через 2–3 дня налитый гной покрывается секретарским гнойником, затем гнойник отпадает. На его месте появляются гнойные вещества.

При диффузном сикозе у пациента развиваются очаги воспаления, которые вызывают неприятный запах. Если укусить часть пораженного участка, вокруг него может появиться сыпь.

Заболевание длится месяцами, иногда годами. При этом кожа пациента стягивается и болит. Психическое состояние пациента меняется, особенно когда присутствует пораженный участок, когда болезнь выздоравливает и проходит.

Стафилококковый сикоз возникает в результате заражения кожи, различных хронических инфекционных заболеваний носоглотки, а также нарушений работы желез внутренней секреции и нервной деятельности.

Диагностика простого или стафилококкового сикоза менее сложна, он сопоставим с гнойно-инфильтративной трихофитией и осложненной экземой (гнойной). В первом - патогенные грибы, во втором - истинный полиморфизм.

Острое гнойно-некротическое воспаление тканей вокруг волосяного фолликула. Чипкин - наиболее частое гнойное заболевание кожи, вызываемое стафилококками (стрелка и золото).

Патогенез: Также он может возникать на абсолютно здоровой коже или как осложнение глубокой стафилодермии. Повышенная секреция жира и пота на коже, авитаминоз, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), несоблюдение чистоты и личной гигиены, зуд и растирание кожи могут вызвать чесотку. Он обнаруживается в волосистой части кожи, чаще всего на шее, талии, бедрах, ягодицах, бедрах и других областях. Существуют разные виды чесотки: одиночная чесотка и рецидивирующая чесотка. чесотка, нарушение обмена веществ, гиповитаминоз.

Клиника: Есть три стадии развития чесотки: 1. инфильтрация, 2. гнойно-некроз, 3. клиренс.

Вначале в области волосяного фолликула имеется твердый инфильтрат инфильтрата в виде округлого конического узелка, слегка выступающего из кожи, болезненного, красного цвета; постепенно увеличивает n (первая стадия).

К 3–4 дню болезни размер струпа достигает 1–3 см (вторая стадия), в середине которого находится гнойничок с гнойно-некротическим ядром. Чипкан принимает форму канона. Он

красновато-коричневого цвета и вибрирует. Некроз развивается в области пустулы посередине. В этот период подвижность пациента ограничена, препарат сохнет, повышается температура (37-38 С), появляются признаки интоксикации, сыпь болезненна, а затем разрывается самопроизвольно или вследствие какого-либо воздействия. Выделяет желтоватый, иногда кровянистый гной. Когда гной выходит наружу, внутренняя часть уретры становится глубокой, а под ней находится «ядро» гноя. При отделении некротического ядра резко уменьшаются инфильтративный отек и боль. Как только «ядро» UAgа выходит, его место покрывается шрамами (третий этап).

Чипкан может выходить из любой части тела, покрытой шерстью. Локи n Чаще всего встречается на бедрах, шее, бедрах, ягодицах, талии. Это особенно опасно для верхней губы, потому что сгустки в этой области очень длинные, а инфекция может попасть в кровоток и вызвать серьезные осложнения, такие как сепсис и менингит. Самостоятельно выдавливать или раздавить курицу нельзя, иначе это может привести к плохим последствиям.

Ветрянку диагностировать несложно, в основном ее сравнивают с бешенством, гидраденитом и глубокой трихофитией.

Хуппоз, карбинкул, кук-уара - гнойно-некротические изъязвления глубоких слоев кожи и подлежащего жирового слоя. Это чаще встречается у взрослых. Гнойно-некротический процесс в абсцессе достигает дермы и даже гиподермы. Заболевание протекает очень тяжело и иногда может привести к серьезным последствиям.

Абсцесс или карбинкуль происходит от греческого слова «карбо», что означает «древесный уголь», потому что в результате гнойно-некротического процесса поражение приобретает цвет древесного угля.

Патогенез. Общее недомогание, часто голодание, нарушение обмена веществ (сахарный диабет), прием лекарств из-за других заболеваний могут привести к абсцессам.

Возбудитель - золотистый стафилококк. Абсцессы чаще встречаются на шее, талии и ягодицах.

Клиника-Сначала небольшой участок в глубоких слоях кожи и складках подкожно-жировой клетчатки утолщается и воспаляется, развиваются инфильтративные узелки. Узелки становятся все больше и больше, и вскоре участок становится круглым, кожа на нем стягивается и сморщивается, середина сначала становится сухой (отсюда и название «кук уара»), через 8-12 дней она становится белой, а затем маленькой » вокруг него появляются глаза »(первая стадия заболевания), потом из этого места разрываются. Поскольку гнойный процесс не распространяется, эродированная (гнилая) ткань становится прочной и опухшей. Иногда появляется красный гной. Когда гной выходит наружу, внутренняя часть уретры становится глубокой, а под ней находится гнойное образование - «ядро» уретры. Гной и некроз - вторая стадия абсцесса, длящаяся 2-3 недели. Позже уара становится шрамом.

Абсцессы обычно сопровождаются повышением температуры (39-40 С), потерей аппетита, ухудшением общего состояния, головной болью и ограничением подвижности. Абсцесс набухает и болит. Обычно абсцесс выходит один. Локи n распространяется на ядро, когда болезнь тяжелая. У больного значительно повышается температура, кожа становится нежной. При этом могут воспаляться и лимфатические сосуды. Воспаляются как лимфатические узлы, так и железы, прикрепленные к мошонке. Кожа слегка припухла. Абсцесс во рту очень опасен, так как в этом случае процесс может перейти из рта по сосудам в миу и оставить различные осложнения.

Диагностировать абсцесс несложно, в основном его сравнивают с чесоткой и чесоткой.

Гидраденит -острое гнойное воспаление апокринных потовых желез; Золотистый стафилококк (обычно hudros означает пот, аденбез).

Патогенез Это вызвано попаданием стафилококков в апокринные протоки пота через волосяные фолликулы или лимфатические сосуды. Хронические заболевания, вызывающие иссушение препарата, снижение общей сопротивляемости организма, серого вещества, межклеточного пространства, чрезмерное потоотделение заднего прохода, стойкость пота (рН), особенно несоблюдение правил личной гигиены, способствуют развитию гидраденит. Гидраденит также может быть вызван порезами на коже после бритья, небольшими царапинами на теле и небольшими бугорками. Гидраденит чаще встречается у людей с сахарным диабетом

и людей с нарушенной функцией гонад. Из анатомии кожи известно, что деятельность апокринных потовых желез начинается в зрелом возрасте (раньше, чем у девочек и мальчиков). Апокриновые потовые железы чаще встречаются у женщин, следовательно, у них чаще встречается гидраденит. Активность этих желез увеличивается с возрастом, поэтому у пожилых людей гидраденит практически отсутствует.

Клиника Гидраденит возникает в сером веществе, где расположены большие потовые железы, больше в области заднего прохода и заднего выхода, а также на кончике женских молочных желез.

Заболевание начинается с появления 1-2 узелков, которые при надавливании на дерму или гиподерму кожи становятся серыми. Поверхность узелков становится красной и болезненной, становится немного меньше, узелки постепенно увеличиваются в размерах, становятся похожими на грецкие орехи и даже больше. Пораженный участок кожи становится красным и опухшим, и когда вы тянете, нажимаете или перемещаете заглавные буквы, появляется покалывание. Узлы срстаются, кожа немного провисает и покалывает. Имеется характерный для острого воспаления инфильтрат. Постепенно узелки разрываются и начинает выделяться желтовато-красный гной; некротические ядра не появляются при гидрадените.

Иногда инфильтрат распространяется твердо (как дерево), что напоминает флегмону. Такой гидраденит протекает очень тяжело, боли доставляют дискомфорт даже в спокойном состоянии.

Только после разрыва узлов состояние больного несколько улучшается, спадает лихорадка, исчезают боли. Образовавшаяся глубокая уара заполняется грануляционной тканью, и рубец становится удлиненным. Гидраденит длится 15-20 дней. Однако у людей с диабетом, обильным потоотделением, слабостью, обезвоживанием и отсутствием гигиены болезнь может длиться месяцами. Определить диагноз заболевания специалисту не составит труда. Гидраденит следует сравнивать с фурункулами и коллиативным туберкулезом кожи. При гидрадените нет некротического ядра. Коллаборативный туберкулез кожи характеризуется хроническим персистированием, поражением лимфатических узлов, перфорацией очагов и безболезненностью.

Везикулопустулез -является распространенным заболеванием среди младенцев и характеризуется переносом в организм веществ различного размера. Заболевание начинается с первых дней жизни. При этом на голове ребенка, на чешуйчатых участках тела и на конечностях конечностей появляются пустулы, окаймленные красновато-коричневой сыпью; пустулы могут быть одиночными, двойными или множественными.

Гистологические исследования показывают, что в полости рта эккринных потовых желез возникают воспалительные изменения.

Этиология, патогенез: Возникновение заболевания вызывается различными штаммами стафилококков. Чрезмерное потоотделение может привести к раздражению кожи, слабым или преждевременным родам, искусственному вскармливанию и развитию других заболеваний.

Везикулярный опустелиоз составляет 33% всей стафилодермии у детей. Абсцессы наблюдаются у 70% больных этим заболеванием (У.К. Скрипкин и др.).

При определении диагноза в основном сравнивают чесотку, осложненную пиодермией. В струпье располагаются везикулярные пустулы попарно, чаще всего у ребенка повреждаются ладони, пятки, ягодицы и живот, обнаруживается чесотка.

Таракские абсцессы или псевдофурункулы пальцев, часто встречающиеся у детей. Большинство случаев наблюдаются у младенцев в возрасте до одного года, вызванные инфекцией эккринных потовых желез (выводных трубок), на конце которых открывается в уретру. Возбудитель - золотистый стафилококк.

Патогенез Заболевание чаще всего встречается у недоношенных детей с ослабленной иммунной функцией. К появлению абсцессов приводят несоблюдение гигиены и неправильное питание ребенка, который сильно потеет, а также некоторые заболевания, попадающие в детский организм (энтерит, дистрофия, общая инфекция, анемия и др.).

Клиника Если заболевание сопровождается только воспалением протоков потовых желез, образуются гнойнички (периопорит). Пустулы размером с пшеницу, из которых выходит густой

гной, образующий пустулы. При отваливании на коже не остается и следа. У большинства пациентов возникает гнойное поражение на пути потовых желез и их пучков (клубочков), в глубоком слое дермы появляются твердые, рассыпчато-красные узелки с четко разграниченной консистенцией; их размер становится похож на горошину, а затем на грецкий орех. В середине узелка кожа пораженного участка опухает, отекает при надавливании, а при разрыве вытекает кровь и смешанный гной; некротического ядра нет. По окончании болезни наблюдается рубцевание. У большинства пациентов бывает 1-2, иногда несколько узелков.

Абсцессы характеризуются слабостью, лихорадкой (38-39 С), утомляемостью и общей диспепсией. Заболевание особенно тяжело протекает в раннем детстве. Несмотря на своевременное лечение, заболевание рецидивирует каждые 10-30 дней у ослабленных детей, что приводит к серьезным осложнениям, таким как отит, коклюш, менингит, остеомиелит, парапроктит и сепсис (бактериемия). Собака или фурункулы сравнивают с летом. Известно, что фолликул собаки или фурункулы обнаруживаются в основном у взрослых людей летом, причем шерсть выступает из центра ее пустулы, а при ее разрыве возникает некротическое ядро. Папулонекротическая кожа также сравнивается с начальной стадией туберкулеза. Реакция Пирке была положительной у больных туберкулезом кожи.

Исход болезни во многом зависит от общего состояния ребенка, особенно у детей с дистрофией. Иногда сепсис может сочетаться с сепсисом, что приводит к смерти ребенка. Поэтому больного ребенка нужно лечить в стационаре.

Вспышки, по-видимому, обостряются в детстве и подростковом возрасте, когда пустулы быстро распространяются по всему телу. Заболевание в основном вызывается стафилококками, реже стрептококками.

Патогенез Более 40% пиококковых пемфигоидов начинаются в раннем младенчестве (3-6 дней младенчества). Происхождение заболевания зависит от прочности кожи малыша, чтобы противостоять различным неблагоприятным факторам (бактериальным, травматическим, токсикозам беременности и т. Д.).

Эпидемиология Эпидемия везикулярной мочевины заразна, и ее основным источником является медицинский персонал или матери младенцев, инфицированных стафилококком. Также его можно найти на грязных простынях, полотенцах и нижнем белье (пациент падает с пупка младенцев). Из-за того, что писсуары или медицинский персонал недостаточно чисты, чтобы соответствовать санитарным требованиям, болезнь может внезапно распространиться и перерасти в эпидемию в роддом. В этом случае детское отделение больницы немедленно закрывается и дезинфицируется, а весь персонал проходит медицинский осмотр.

Клиника Волдыри появляются на шее, пупке, коже ягодиц, а также на ягодицах и ногах, вдоль слегка покрасневших или неизмененных кожных складок. Размер пузырьков гороховидной формы, плотной консистенции, жидкость внутри прозрачная или серозно-желтая, окружена фланцем. С появлением пузырьков состояние малыша меняется, возникает сильный дискомфорт, повышается температура. Волдыри быстро увеличиваются и сливаются, а серозная жидкость внутри становится мутной. Волдыри лопаются и разрушаются, оставляя остатки эпидермиса на периферии. Иногда воспаление может распространяться на слизистые оболочки рта, носа, глаз и других органов. Это чаще всего наблюдается у слабых, ослабленных, недоношенных детей (*pus autoinculum uasiuasi*). При этом малыш очень расстраивается, кричит и плачет, температура поднимается до 38-40 С. Мать не кормит грудью, его рвет, иногда бывает понос. Если не принять никаких мер предосторожности, можно добавить средний отит, средний отит, жгутики и даже сепсис.

При легкой форме заболевания и оказании своевременной медицинской помощи жидкость, выходящая из мочевого пузыря, становится серовато-желтой гнойничком.

Диагностика Эпидемическую пузырчатку следует сравнивать с детской пузырчаткой и врожденным эпидермолизом.

При язвенной пузырчатке волдыри находятся на подошвах стоп и ступнях в области ягодиц. Кроме того, для ранних врожденных поражений характерны частые простуды ребенка, диффузная инфильтрация Гоксингера, наличие трепонемных образований в мочевом пузыре, самоповреждение, положительная реакция Вассермана.

Врожденный эпидермолиз происходит сразу после рождения и локализуется в основном в пораженных участках, таких как голова, плечи и конечности. Везикул один-два, и процесс воспаления менее заметен.

При дистрофическом типе врожденного эпидермолиза вместо волдырей наблюдается рубцовая атрофия. Большинство пузырьков обнаруживается на слизистой оболочке полости рта. При этом наблюдается дистрофия ногтей, волос и зубов у ребенка.

Эксфолиативный дерматит щенков или эксфолиативный дерматит Риттера - самый тяжелый тип стафилодермии, распространенный среди щенков. Многие специалисты в зависимости от клинического течения инфекционного заболевания и высокого уровня образования иногда называют его самостоятельной нозологической формой.

В настоящее время установлено, что возбудителем эксфолиативного дерматита является золотистый стафилококк. Происхождение заболевания практически идентично эпидемической пузырчатке.

Клиника Сначала клиническая картина заболевания очень похожа на эпидемическую пузырчатку, но затем картина полностью меняется. Заболевание начинается на первой неделе жизни малыша. Вначале появляется сыпь вокруг рта, в паху и в области задних складок. Сыпь состоит из плотных сферических пузырьков большого размера. Они быстро или незначительно разрываются и образуют широколистные влажные эрозии; остатки эпидермиса по периферии свисают лентой. На 8-12 дни болезни кожа малыша становится гиперемированной, эрозивной и даже симптом Никольского положительный. На вид кожа красновато-коричневая, как если бы сразу положить в кипяток, в очагах эрозии появляются трещинки.

Заболевание иногда начинается с буллезных высыпаний, за которыми следует эритродермия, чаще всего эритродермия начинается внезапно и через 2-3 дня покрывает всю кожу. Это общий случай гудака.

Диагностика Необходимо обратить внимание на внезапное начало заболевания, ослабление эпидермиса, большие эродированные очаги. Поврежденные участки располагаются на определенных участках. Симптом Никольского положительный.

Вторичное размещение сравнивают с буллезным эпидермолизом, врожденными поражениями мочевого пузыря и десквамативной эритродермией Лейнера.

Десквамативная эритродермия Лейнера встречается у детей старшего возраста, поражения начинаются в аногенитальной области и кожных складках. Там же возникает эритематозно-эксфолиативная эритема. Затем сыпь распространяется на лицо и голову ребенка. На поверхности эродированной кожи воспаление менее остро, кожа монеты желтовато-маслянистая, напоминающая себорейную экзему. Изучив историю болезни, ее легко отличить от уровня Р.

Стрептококковая пиодермия (*streptodermia*). Патогенные стрептококки, в отличие от стафилококков, не поражают волосяные фолликулы, сальные и потовые железы, которые являются основными причинами кожных заболеваний. *Streptodermia* чаще встречается у детей и женщин, потому что их кожа тонкая и пухлая. Первичный морфологический элемент - тонкий пузырек (фликтена). Мочевой пузырь практически не поднимается от поверхности кожи, набухает, набухает и трескается.

Стрептококковое импетиго, сатратки. Это самое распространенное гнойное заболевание у детей, и основным морфологическим элементом сыпи являются тонкие пузырьки.

Этиология и патогенез: стрептококковое импетиго возникает в результате проникновения стрептококков в кожу. По мнению некоторых исследователей, стафилококки также иногда обнаруживаются в инфицированных очагах. Кожа у детей и женщин склонна к появлению синяков и истончению, поэтому заболевание протекает самостоятельно и на других открытых участках тела.

Целостность кожных покровов и слизистых оболочек имеет большое значение в возникновении заболевания. Зуд и зуд кожи, а также при рините и отите инфекция быстро развивается на коже из-за воздействия гноя из носа и серого вещества на эпидермис. Снижение иммунной резистентности, общее недомогание, желудочно-кишечные заболевания и гельминтозы играют важную роль в патогенезе заболевания. В частности, несоблюдение правил чистоты

(загрязнение полотенец, постельного белья и кожи подушек) может привести к быстрому распространению стрептодермии.

Клиника Заболевание начинается внезапно, когда гнойная сыпь внезапно распространяется на кожу. На пораженной коже образуются волдыри (фликтены), которые изначально покрываются гиперемией. Везикулы разного размера, имеют тенденцию сливаться друг с другом и разрастаться к периферии. Иногда фликтены могут появиться и на неизменной коже. Через день-два жидкость внутри волдырей набухает, заполняется гноем; Гной быстро превращается в желтовато-черный струп. На участках, где опали черные корки, заметны красноватые слегка влажные эрозии. В норме фликтены располагаются отдельно друг от друга, но в результате распространения на периферию образуют кольцевое (сирсинанное) импетиго. Заболевание длится 3–4 недели. В конце концов, черная корка становится сильнее. Остается слегка пигментированное (временное) пятно. Иногда на коже появляется сыпь, которая распространяется на другие части тела. Дети, в частности, заражаются и распространяют инфекцию на здоровые участки кожи, эрозивные поражения опухают, эти участки воспаляются и слегка болезненны. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии. эродированные печи набухают, и эти участки воспаляются и немного болят. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии. эродированные печи набухают, и эти участки воспаляются и немного болят. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии.

Существует несколько клинических типов стрептококкового импетиго. Буллезное (пузырчатое) импетиго, при котором больше поражаются серые пальцы ног, пятка и голень. Выходит большой щелчок. По периферии эрозии остается полый остаток, образующийся при ее разрыве.

Заеда или импетиго Первоначально волдыри (фликтены) появляются в одном или обоих уголках губы. Они быстро трескаются, буреют и чернеют, бесследно отпадают. Эрозии возникают при еде, разговоре, а также когда уголки губ постоянно подвергаются воздействию кариеса и слюны. В центре Эрозиуа появляются глубокие трещины, которые его украшают. Во время разговора больной немного утомляется во время еды. Если разрез всегда влажный, пациент непроизвольно дотрагивается до языка, что ухудшает ситуацию, и разрез долго не очищается. Заболевание чаще встречается у людей, страдающих стойким слюноотделением, кариесом, ринитом, конъюнктивитом и гиповитаминозом (в основном при отсутствии витаминов группы В).

ПеркуSSIONное импетиго настолько заразно, что может передаваться при поцелуях пациента, использовании посуды, полотенец и т. Д.

При диагностике заболевания его сравнивают с кандидозом уголков губ и эродированными папулами при вторичном поражении.

Эритема-плоскоклеточное импетиго или простой лишай

Для него характерно сухое течение при всех стрептококковых импетиго. У детей преимущественно на коже лица, щек и подбородка, а иногда и на коже стоп и щиколоток появляются круглые или овальные, слегка перхотистые струйки или красноватые пятна. Пятна особенно заметны у более смуглых детей. На солнце пятна становятся более заметными. Здоровая кожа вокруг него немного темнее.

Сухая стрептодермия, иногда сопровождающаяся эритематозно-плоскоклеточным импетиго. Чаще всего болезнь наблюдается у детей весной или на глазах. Они не жалуются на другие субъективные симптомы, кроме слабоумия.

УОза панарисий или турниол (хасмол). Острое воспаление тканей под ногтем и вокруг него. Один или несколько ногтей могут инфицироваться. Болеют в основном взрослые, иногда дети.

Это вызвано попаданием гнойных микробов в мягкие ткани через невидимые чакловые участки пальца. Вокруг ногтя появляются гнойно-серозные образования. Везикулы сначала задерживают серозную жидкость, затем становятся мутными и гнойными, имеющими тенденцию распространяться на периферию. Фликтена размещается вокруг ногтевой полости, как козел. Травмированные пальцы опухают и болят. Процесс может быть хроническим и переходить с одного пальца на другой.

При разрыве фликтены возникает кольцевая эрозия. По краям эрозий отслаивается эпидермис, иногда отделяется ногтевая пластина. При повреждении ногтей нескольких пальцев у пациента повышается температура, немного ухудшается его общее состояние, увеличиваются лимфоузлы в зоне поражения.

При интертригинозной стрептодермии наиболее травматичными, морщинистыми участками являются обратная сторона серой стрелки, серое вертикальное дно, интерстициальное пространство, сыпь под грудью у женщин. Тучный, особенно экссудативный диатез из Тулы, заболевание стремительно распространяется среди детей раннего возраста с сахарным диабетом. Основным элементом сыпи является фликен размером с пшеничное зерно. Фликтены более выступающие, быстро сливаются друг с другом и образуют светло-розовые эрозионные очаги, которые становятся влажными. Основание эрозий растрескивается на полосы. Если больной обильно потеет, возникает резкая боль, а вокруг высыпаний появляются гнойничковые элементы. Заболевание хроническое с различными субъективными симптомами. При диагностике пациента интертригиноз в основном сравнивают с кандидозом.

Захмсимон папулез импетиго или папуло-эрозивная стрептодермия

Больше всего среди гудаков. Его еще называют хроническим дерматитом. Половые органы, ягодицы, бедра и бедра ребенка подвергаются разрыву фликтенов. Фликтенаны образуют инфильтрированные эрозии, которые обычно напоминают эрозированные папулы в ране. В основном это вызвано несоблюдением чистоты (несоблюдение сроков смены нижнего белья и одежды) при уходе за ребенком.

При установлении диагноза в основном сравнивают эродированный папулез с очагом поражения; в ране не наблюдается острой язвы, кроме того, сыпь распространяется и на слизистую рта. Местные и дезинфицирующие препараты от папулоэрозивной стрептодермии быстро истощаются. Тем не менее серологическая реакция крови имеет решающее значение.

Вулгар эктима -глубокая форма стрептококкового импетиго. Микробиологическое исследование гнойных выделений УК выявило, что причиной вульгарной эктимы являются не только стрептококки, но и смешанные микроорганизмы, в том числе золотистый стафилококк. Несоблюдение правил санитарии и гигиены, похудание, авитаминоз (гипоавитаминоз), снижение общей сопротивляемости организма, нарушение обмена веществ и местного кровообращения, лимфатического кровообращения и появление мелкой крапивницы вызывают появление серого вещества. У детей вульгарная эктима развивается после инфекционных заболеваний, таких как корь, эпидемический паротит, краснуха.

Клиника Эктима возникает в основном в области бедра, бедра, ягодиц или поясницы. Фликтены, пустулы разного размера, а также ограниченные и болезненные инфильтраты (при эктиме пузыри располагаются у основания эпидермиса). Пустулы от 1-2 до 10-15, в которых есть смесь гноя или кровяного гноя. Вокруг мочевого пузыря имеется инфильтратная опухоль красновато-пурпурного цвета. Вскоре пустулы засыхают и превращаются в плотные черные струпья, один поверх другого. После того, как черная струпья отпала, открывается глубокая и болезненная язвочка с гноем на ее дне; Через 2–3 недели рубцы исчезают, оставляя длинный или глубокий рубец.

Диагностика Вульгарную эктиму следует клинически дифференцировать от импетиго, чесотки, травматической эктимы и коллиативного туберкулеза кожи. При импетиго пустула в струпе не слоистая; Эктима основана на наличии пузырьков, за исключением того, что некротическое ядро не образуется, как при чесотке. В очаге поражения зона эрозии и основание инфильтрата твердые, серологические тесты дают положительный результат. Расположение и внешний вид высыпаний при коллиативном туберкулезе кожи своеобразны, туберкулезная проба положительная.

Иногда у слабых людей, особенно у тех, кто пристрастился к алкоголю, а также у тех, кто занимается тяжелой физической активностью, может развиваться форма вульгарной эктимы, глубокого скопления или гангрены. Такая же ситуация наблюдается у слабых и ослабленных младенцев. Роль вторичной инфекции (оспа или кишечная палочка) в возникновении болезни велика, в настоящее время доступность различных препаратов позволяет полностью избавиться от болезни.

Смешанная стафилококковая пиодермия. Эти заболевания вызываются стафилококками и стрептококками. Такие пиодермии включают вульгарное или смешанное импетиго и атипичную глубокую пиодермию (мочевая и вегетативная пиодермия, пиодермия шанкровидной формы и пиогенная гранулема-бактериомикома).

В происхождении вульгарное или смешанное импетиго имеет большое патогенетическое значение у пациентов с уже существующими, а также вторичными заболеваниями оспы. Небольшие неровности на коже, царапины, грязные неровности, постоянная отечность уголков губ - важные факторы развития смешанного импетиго. Болеют все больше детей, подростков и молодых женщин.

Клиника Вспышки, по-видимому, обостряются во время вульгарного импетиго, обычно во рту, уголках рта и глаз, а иногда распространяются на кожу всего тела и на ступни. Сначала стрептококковая фликтена возникает на слегка покрасневших и опухших участках. Затем они превращаются в гной под действием стафилококков; вскоре появляется гной и появляются желтовато-медные черные струпья. Учитывая уязвимость вульгарного импетиго, его также называют кантагиозным импетиго. При неправильном лечении или у слабых и ослабленных детей болезнь может длиться 1-2 месяца. При этом у больного наблюдается небольшое повышение температуры тела, снижение аппетита, увеличение лимфатических узлов. Обычно, если лечение проводится своевременно и правильно, через 1-1,5 недели черная струпа отпадает, временно заменяется, и пациент быстро выздоравливает.

Больше мужчин страдают хронической крапивницей и вегетативной пиодермией. Различные травмы, простудные заболевания, снижение сопротивляемости организма каким-либо заболеваниям, гиповитаминозы, нарушения крово- и лимфообращения в некоторых областях играют роль в патогенезе заболевания. По мнению специалистов, в частности, ослабление восприимчивости микроорганизмов к пиококковой инфекции, тем самым снижая их вирулентность, приводит к длительному хранению инфекции на коже пациента. В частности, нарушение углеводного обмена у пациентов с хронической пиодермией мочевого пузыря приводит к продолжительным частым рецидивам и, в конечном итоге, к потере коктейльной способности.

Клиника Клинические проявления заболевания очень разнообразны, в основном в зависимости от вирулентности возбудителя (стафилококк или стафилококк - стрептококк). Иногда кишечная палочка может встречаться вместе.

Заболевание начинается с появления стрептококковой эктимы, фурункулов или специфических инфильтратов. Они быстро разрываются, некротизируются, образуются поврежденные очаги различной формы (овал, уумалок). Края интерстициальных очагов инфильтрированы, изогнуты, в них много серозного гноя, а внизу - зернистая ткань. По периферии основных очагов появляются пустулы, основания исходных инфильтратов соединяются между собой. Уретра под гнойничком расширяется в сторону, а пустула нихуат опускается, образуя широколистные открытые уары. Патологический процесс сначала распространяется на эпидермис, дерму, а затем и на гиподерму. Из-за болезни больной становится намного слабее, появляются симптомы бессонницы, анемии.

Иногда на ветвях широколиственных пчел начинают расти сочные, вегетативные наросты. В этом случае Vegetasiua может полностью заменить uara (хроническая uarali - вегетативная пиодермия). Часто возникают свищи в вегетативных тканях (вместо гнойничков и фолликулов у собак). Они могут быть связаны друг с другом, а могут и не быть, и всегда из них выходит смесь гноя или гноя с кровью. Вегетативная ткань красновато-коричневая и мягкая, выделяется на фоне здоровой кожи. Вокруг чешуек постоянно скапливается кровь и гной. Заболевание носит хронический характер и длится долго.

Во время регресса бляшки между мочеточниками отваливаются, вегетация прекращается, замерзает, гной не отделяется. UAs в конечном итоге образуют глубокий шрам.

Шрам похож на колликативную кожную сыпь. Иногда патологический процесс заканчивается с одной стороны, а начинается с другой (серпигиоз или пиодермия).

Поражение обнаруживается на разных участках кожи, в основном на коже черепа, запястьях, плечах, ягодицах, ягодицах.

Гистопатология. Дистрофические изменения эпидермиса и гранулематозные изменения дермы сопровождаются хроническими новообразованиями, некрозами и абсцессами. В эпидермисе также наблюдается гиперкератоз, иногда паракератоз и микроабсцессы, в которых накапливаются гранулоциты. Периваскулярная уретра или диффузный инфильтрат в дерме достигает более глубоких слоев и даже гиподермы.

Диагностика Обращается внимание на клинические проявления и анамнез заболевания, а также сравнительно с коллигативным и водянистым туберкулезом кожи, глубоким микозом и бластомикозом, актиномикозом, споротрихозом и третичными поражениями.

Шанкрисимон пиодермия. Э. Гауффман (1934) в основном объясняет, что кожа инфицирована бактериальной инфекцией и имеет клинические признаки, похожие на раневой (твердый) шанкр. Образовавшаяся ушра очень похожа на шанкр в ране, и даже зрелые специалисты неоднократно проводят серологические тесты крови пациента на наличие трепонемы.

В гное, полученном для бактериологического исследования при язвенной пиодермии, обнаруживаются стафилококки, а иногда и стрептококки.

Несоблюдение правил личной гигиены, различные аномалии на кончике полового члена, фимоз и другие факторы могут повлиять на кожу и вызвать эрозии или высыпания. Shanksrsimon ruodermtia может наблюдаться как у взрослых, так и у детей раннего возраста, независимо от пола.

Клиника Заболевание начинается с появления одного или нескольких овальных яичников на половых органах (головка полового члена, большие и малые половые губы, большие половые губы и т. Д.), Во рту, вокруг губ и на языке. Обычно сначала появляется волдырь, потом он размывается, основание слегка инфильтрируется и превращается в круглую полость. У большинства пациентов сфинктер пищевода может быть покрыт геморрагической пустулой, которая красновато-розового цвета с небольшим количеством гноя. Лимфатические узлы в уретре увеличиваются (1-2 см), что обычно безболезненно. Чаще всего болезнь начинает проходить через 2-3 недели, а иногда может длиться несколько месяцев. Поврежденная печь остается без следов и рубцов.

Диагностика В основном это сравнивают с твердым шанкром в ране. Серологический анализ крови, история болезни и обнаружение трепонем в моче позволяют поставить точный диагноз заболевания.

Аллергены. Это состояние повышенной чувствительности кожи пациента к коккам, характеризующееся множеством специфических аллергических высыпаний. По мнению специалистов, как при туберкулезе кожи, грибковых заболеваниях кожи, продукты распада микроорганизмов гематогенным путем распространяются из пораженных очагов по всему организму, проявляя аллергическое состояние в виде гиперчувствительности.

Пиоаллергидность начинается внезапно и сопровождается эритематозными пятнами перхоти, папуловезикулами и перегрузкой веществами. Обычно сыпь симметрично распространяется на кожу тела и конечностей; даже волдыри с твердой кожей и волдыри могут образовываться на пепле и подошвах ног. В это время у пациентов появляется лихорадка, головная боль, тошнота и сухость препарата. Сыпь может распространяться и занимать лишь небольшой участок кожи. Через 10–15 дней сыпь начинает уменьшаться и регрессировать.

Лечение гнойных заболеваний кожи

Лечение гнойных заболеваний кожи проводится комплексно. Он состоит из этиотропной и патогенетической терапии, в основном проводимой в сочетании с озолением лекарств, повышающих иммунную резистентность организма пациента. Учитывая, что у большинства пациентов имеется скрытая дисфункция нервных, эндокринных, внутренних органов и систем,

комплексное лечение должно быть направлено не только на этиологические факторы, но и на восстановление функции всего организма.

Перед тем, как назначить комплексный курс лечения, пациент проходит тщательное клиническое обследование. При этом члены его семьи проходят медицинское обследование, так как среди них может быть источник инфекции.

Общее лечение Антибиотики, сульфаниламиды, а также специфические и неспецифические иммунобиологические методы лечения и физиотерапевтические методы лечения используются при сикозе, глубоких фолликулах у собак, чесотке, абсцессах, везикулярном опустулезе, множественных абсцессах кожи, детском ознобе и эксфолиативном дерматите Риттера.

Лечение антибиотиками Антибиотики очень эффективны при лечении гнойных заболеваний кожи (особенно при хронических формах). При использовании антибиотиков необходимо обращать внимание на их антибактериальный эффект.

Препараты пенициллиновой группы. Перед их назначением определяется чувствительность организма пациента к этой группе препаратов. Водорастворимый пенициллин (калиевая или натриевая соль) вводят внутримышечно каждые 4 часа с 300000-500000 ТВ. В любом случае внимание уделяется диагностике заболевания, его течению, общему состоянию пациента и массе тела.

Метициллин натрия - синтетическое производное пенициллина, малотоксично, не обладает кумулятивными свойствами, от 1,0 г до 4 таблеток в сутки.

Оксациллин натрия особенно хорошо действует на стафилококки. В состоянии алкогольного опьянения не теряет активности в кислой среде желудка. За час до еды принимать по 0,25-0,5 г 4 раза в день.

Натриевая соль диклоксациллина - фермент пенициллиназа очень эффективно действует на микроорганизмы, от 0,5 г до 4 раз в сутки, курс лечения для взрослых составляет 2,0 г, но может встречаться при заболеваниях желудочно-кишечного тракта это не так.

Ампициллин более эффективен при смешанной и хронической пиодермии, это антибиотик широкого спектра действия, его назначают в виде таблеток по 0,25 и 0,5 г или внутримышечно по 0,5 г 2-3 раза в день.

Диабетическая соль карбенсиллина применяется при стрептококковой пиодермии. Взрослым назначают внутримышечно от 4 до 8 г в сутки.

Тетрациклины. Тетрациклин и гидрохлорид тетрациклина - антибиотики широкого спектра действия, которые хорошо действуют. Для питья назначают по 0,2-0,25 г 3-4 раза в сутки. Не рекомендуется детям до 8 лет (образует нерастворимый комплекс с кальцием и может накапливаться в костях).

Метациклина гидрохлорид - синтетический продукт тетрациклина. 2 раза в день, суточная доза для взрослых - 0,6 г. Не рекомендуется при заболеваниях печени и почек, а также детям до 8 лет.

Доксициллина гидрохлорид - (вибрамицин) - синтетический продукт окситетрациклина, который более активен в отношении стафилококков и стрептококков, лучше всасывается при приеме внутрь и хранится в крови дольше, чем другие тетрациклины. 0,2 г в первый день, 0,1 г в последующие дни. Дэн пьют с молоком или катиком.

Другая группа антибиотиков. Гентамицина сульфат более эффективен при лечении тяжелой пиодермии. В частности, не было выявлено ни одной смешанной инфекции или патогена; Рекомендуется к применению при гнойных заболеваниях, вводится по 1-2 мл 2-3 раза в день внутримышечно. Тобромицин менее аутонефротоксичен, чем гентамицин, принимаемый 2-3 раза в день из расчета 2-5 мг на килограмм веса тела. Сисомицин сульфат более активен, чем гентомицин, и выпускается в виде 5% раствора (50 мг / мл), который вводят по 1-2 мл внутримышечно 2 раза в сутки. Для монотерапии используется эритромицин с пенициллинами, можно принимать по 0,1-0,25 г 4-6 раз в сутки.

Цефалоспорины (цефалоридин, цефалексин, цефализин, кефзол) оказывают сильное действие на метациллинрезистентные стафилококки и смешанные инфекции. Цефалоридин 0,5 г назначают 2-3 раза в сутки или цефазолин 0,25-0,5-1,0-2,0 г каждые 8 часов.

Антибактериальный эффект линкомицина гидрохлорида также довольно обширен, особенно когда другие антибиотики не действуют должным образом. Принимается по 0,5 г 2-3 раза в день или внутримышечно вводится 1-2 мл 30% раствора. Фозидин - натрий оказывает длительное действие на кровь после питья. Поэтому рекомендуется для амбулаторных больных. Фозидин - 0,5 г натрия на 3 столовые ложки молока.

В целом продолжительность приема антибактериальных препаратов не должна превышать 2-3 недели. Антибиотики предотвращают инфильтрацию инфильтрированной ткани, в результате чего образуются большие рубцы. Однако при хронических тяжелых процессах необходимо назначать 1-1,5 месяца; Кандидоз, дисбактериоз, рецидивирующая нейтропения, иногда смена лекарств для предотвращения аллергических реакций.

Комбинация нескольких антибиотиков, особенно при хронической пиодермии, была доказана многими экспертами как эффективная (АМВukhorovich, 1984, RSTopurіua, 1984). Например, эритромицин - тетрациклин; олендомицин-тетрациклин; ампициллин-оксациллин; мономицин-эритромицин, линкомицин гидрат-сепорин и другие.

Сульфаниламидные препараты также могут использоваться для этиотропного лечения пиодермии. Они могут не работать так же хорошо, как антибиотики, особенно при хронической пиодермии. Однако, поскольку некоторые пациенты не могут дождаться приема антибиотиков, рекомендуется заменить их сульфаниламидами.

Сульфамонеметацин (дифадин) - менее токсичный препарат, обладающий более широким спектром действия. Обладает сильным действием на стафилококки, стрептококки и грамотрицательные бактерии. В первые дни назначают пить по 0,5 - 1 г 2 раза в день, в остальные 7-10 дней - 1 раз в день. Таким же образом используются сульфадиметоксин и сульфален.

При лечении грамположительной и грамотрицательной микробной пиодермии, очень устойчивой к сульфаниламидным препаратам, бактрим (содержащий сульфаметаксазол - 0,4 г и триметоприм - 0,08 г) имеет довольно серый цвет.

Профилактика гнойных заболеваний кожи

Гнойные кожные заболевания являются критерием определения уровня материального благополучия и культурной санитарии населения. Там, где этот показатель низкий, резко развивается пиодермия. Профилактика пиодермии имеет большое значение в масштабах всей страны, так как эти заболевания занимают первое место среди всех кожных заболеваний и приводят к временной потере кожной способности пациентов.

При профилактике гнойных заболеваний кожных покровов необходимо строго соблюдать общие правила. Практическая работа, такая как санитарно-гигиеническая, лечебно-профилактическая, должна быть постоянно увязана с разрабатываемыми санитарно-техническими мероприятиями.

Б.И.Лин (1977) предложил проводить работы по профилактике пиодермии на предприятиях в три этапа: 1. Подготовка к работе, а также соблюдение правил личной гигиены, регламента рабочего места, обеззараживание мелких пор на коже, облучение. на открытые участки кожи нанесение химических паст, контроль спецодежды (коржома); 2. Вытирайте легкие травмы во время работы соответствующими лекарствами, постоянно поддерживайте рабочее место в чистоте и порядке; 3. Обустройство рабочего места и спецодежды после работы, бережное очищение загрязненного участка кожи и т. Д.

В частности, необходимо выявить предрасположенность к гнойным заболеваниям кожи, изучить и своевременно устранить влияющие на них профессиональные факторы. Перед приемом на работу людям необходимо пройти специальное медицинское обследование. Угольные шахты, нефтеперерабатывающие заводы, металлургия, машиностроение и химические заводы - это специальные санатории для пациентов с некоторыми хроническими дерматозами (нейродермит, экзема, столбняк, тяжелая себорея, гипергидроз, ихтиоз и т. Д.). Необходимо следить за тем, чтобы они работали должным образом. .

Санитарные бригады должны следить за тем, чтобы рабочие места рабочих содержались в чистоте и были обеспечены специальной одеждой и оборудованием. Особенно подвержены пиодермии горняки, работники горячих цехов, металлурги, мукомолы и стеклодувы. Поэтому

их одежду следует стирать и дезинфицировать каждые 10 дней, а чистую одежду следует хранить в их индивидуальных шкафах.

Учитывая, что микротравмы являются основной причиной обострения пиодермии, необходимо немедленно нанести дезинфицирующие растворы (2,0% алмазная смывка или 2-5% йода) на участки кожи, куда жираф проникает, царапины, царапины и трещины.

По возможности рекомендуется распылить раствор Новикоза, клей БФ-6 или аэрозоли («Неотизол», «Лифозол») на пораженные участки кожи.

Вакцинация очень важна для здоровья рабочих. В последние годы очень эффективна массовая вакцинация стафилококковым анатоксином. Стафилококковый анатоксин вводят 2 раза с интервалом 30-45 дней. Организм тех, кто работает с физической силой, токсичными и вредными факторами, следует очищать дважды в год (15-20 сеансов) под ультрафиолетом. В целях сохранения окружающей среды кожи (рН) рабочих химических заводов при стирке рекомендуется использовать 0,5% водородную соляную кислоту.

Поскольку маленькие дети более подвержены пиодермии, пациентам не разрешается контактировать со здоровыми детьми; Дети с пиодермией изолированы и временно лишены возможности посещать детские сады, школы, интернаты и другие общественные места до тех пор, пока они не выздоровеют. Сотрудники, которые регулярно работают с детьми, должны всегда проходить профилактический осмотр.

Если в роддоме есть малыши с пиодермией, их сразу отделяют от здоровых малышей. Персонал родильного дома, а также все матери проходят тщательное обследование и принимаются соответствующие лечебные меры.

Дети с гнойными кожными заболеваниями не должны подвергаться чрезмерному нагреванию и износу, а также содержать их в чистоте, содержать кожу в чистоте, как можно чаще купаться, часто менять нижнее белье. Их одежду, полотенца и даже игрушки кипятят в газированной воде, дезинфицируют и хранят отдельно. Дети, заболевшие пиодермией, принимаются под наблюдение диспансера и поступают в детское учреждение только после полного выздоровления. Поэтому для предотвращения пиодермии необходимо предпринять следующие шаги:

1. Общие факторы: регулярный медицинский осмотр рабочих и служащих, санитарно-просветительская работа, устранение факторов, вызывающих пиодермию, своевременное выявление больных и обеспечение им необходимых условий, создание специальных санаториев и баз отдыха.

2. Индивидуальные факторы: бодибилдинг, стрельба на открытом воздухе, использование солнечного света, протирание небольших ранок йодом, анилиновыми красителями, поддержание чистоты кожи, использование специальных инструментов при работе и т. Д.

Паразитарные заболевания кожи

Чесотка является заразным заболеванием человека и животных, заболевание вызывается каналами чесотки *Sarcoptes scabiei*. Для холеры характерно сильное сморщивание кожи человека, особенно в ночное время. Это заболевание издавна известно человечеству как «Кичима». Около четырех тысяч лет назад чесотка была известна в Китае, Древнем Египте, Вавилоне и Ассирии. В Риме чесотку Села называли «скоби», которая до сих пор используется в медицинской практике. Абу Али ибн Сина в своей книге «Законы медицины» дал информацию о чесотке среди других болезней. Ряд ученых (Авензоара, Гильдегорд, 12 век, Гейл, 1812) писали, что в коже больного чесоткой есть небольшие живые паразиты.

В 1834 году корсиканский студент Ринуччи с уверенностью доказал, что чесотка заразна и может быть вызвана клещами. С этого периода против него были разработаны лечебные и профилактические меры.

Этиология и патогенез. Возбудитель чесотки похож на черепаху. Самка немного крупнее самца. Тело зубчато-яйцевидное, закрученное, покрытое треугольными монетами, ротовой аппарат пыльный, приспособленный к грызению. С помощью такого передового орального аппарата они пронзают кожу хозяина и питаются тканями, кровью, лимфой и другими жидкостями. У него короткие ноги, которые разделены на две пары суставов спереди и сзади. Самка клеща проникает в глубокие слои эпидермиса и открывает различные пути, где

откладывает яйца: самец погибает. Движение женских каналов быстрое, за день образуются изогнутые ямки от 0,5 до 5 мм. Каналы развиваются и достигают половой зрелости через 3-7 недель. Подсчитано, что 130-150 миллионов клещей появляются из одной яйцеклетки самки за 3 месяца. Это также причина того, что солнце растёт быстрее, чем когда человек спит.

Каналы обычно могут набухать вне тела человека на срок до недели. Возбудители передаются человеку от пациента или через его суставы. Также может возникнуть при лежании на одном месте, иногда во время полового акта. Поэтому чесотка входит в список заболеваний, передающихся половым путем.

Инкубационный период болезни длится от 7-10 дней до 20-30 дней.

Клиника. Кожа головы, которая попадает на кожу человека, немедленно проникает в кожу и продолжает прокалывать эпидермис, образуя полые пути. В этих местах появляются маленькие пузырьки. Главный симптом заболевания - сморщивание кожных покровов. Часто начало вырытой клещом ямы, куда он попадает, остается открытым, где появляются пузырьки с серозной жидкостью размером 1-2 мм. Узловатые и везикулярные мелкие высыпания имеют тенденцию располагаться по 1 линии, в результате чего остаются точечные темные дорожки. Сыпь распространяется на складки между пальцами, на сторону ладони, а затем на все тело (у мужчин - на гениталии, у женщин - вокруг молочной железы). Иногда на внешней стороне серых локтей можно обнаружить небольшие чешуйчатые черные струпья и монеты (симптом Горчакова - Арди). В результате зуда у пациента чесотка распространяется с одной части тела на другую. Сыпь резко сморщивается, и это состояние обостряется, особенно ночью и в жару. При осмотре кожи пациента через лупу можно увидеть начало пути канала, темные пунктирные линии (ямки), небольшие пузырьки, слегка выступающие из кожи, такие же пузырьки содержат каналы. Темные пятна - это верхние отверстия полостей, где самка клеща останавливается и откладывает яйца. В результате зуда изменяется нормальная структура кожных покровов, на коже можно наблюдать царапины, ссадины, черные струпья: Часто в результате инфицирования зудящих участков кожи в молодом возрасте гноем могут развиваться кожные заболевания: фолликулы собачьи, фурункулы, импетиго, эктима и др., Что затрудняет диагностику заболевания. Другие кожные заболевания - дерматит, эктима - могут возникать, если чесотка затягивается или пациент не лечится регулярно. Если заболевание осложняется таким образом, в крови пациента наблюдается эозенофилия.

Симптомы болезни у маленьких детей довольно разные. Больше всего страдают пятка, внутренняя часть ладони, тазобедренный сустав и ягодицы. Образовавшиеся волдыри могут быстро лопнуть и усложнить процесс.

У людей, которые часто купаются, заболевание остается незамеченным. Сыпь или клещевой энцефалит менее заметны, но кожа пациента очень маленькая. Это состояние наблюдается и у плохо леченных пациентов. Однако тщательное обследование всей кожи пациента обнаруживает пару узелков и волдырей, волдырей, царапин и один или два канала. Если заболевание передается половым путем, сыпь будет в области пупка и брюшной полости вокруг таза. Гениталии инфицируются, узелки и волдыри заполняются, и они имеют тенденцию гнить. Иногда клиническая картина заболевания напоминает рану.

Гистология. Каналы располагаются в роговом слое кожи, самая глубокая часть ямок может достигать до шиповатого базального слоя. В эти же ямы помещают самку клеща и ее яйца. В роговом слое возникают межклеточные и клеточные опухоли, а за их счет - везикулы. На дерме появляется хронический инфильтрат, состоящий в основном из лимфоцитов. В этом случае инфильтраты располагаются на дне каналов.

Диагностика. Основное внимание уделяется жалобе пациента. Чесотку иногда путают с оспой. Потому что даже при этом заболевании кожа сильно сморщивается. Но болезнь длится годами, сморщивание кожи беспокоит пациента днем и ночью. Лимфатические узлы пациента увеличены, кожа желтоватая, узелки покрыты кровянистыми черными струпьями и расположены в опухшей области серых стоп.

В то же время чесотку сравнивают с микробной экземой, настоящей экземой. Лаймовая чесотка характеризуется наличием узловых и везикулярных высыпаний попарно, наличием клещевого энцефалита, возникновением оспы в ночное время, заболеванием нескольких членов семьи

одновременно, положительными симптомами Горчакова-Арди Ит играет важную роль в отличии кожи от других заболеваний.

Часто на коже больных остаются пигментные пятна, следы элементов импетиго. Иногда на ягодицах пациента образуются высыпания, образуя «треугольный след» на ягодицах.

В частности, обнаруженные в лаборатории тромбы из высыпаний (волдырей) на коже пациента подтверждают правильность диагноза.

Лечение. При лечении чесотки используются препараты, укрепляющие слизистые оболочки кожи, проникающие в каналы и непосредственно убивающие тростник. В частности, очень серая методика профессора М.П. Демуановича, при которой больной не пропускает свою основную работу, его одежда не пачкается.

При этом методе лечения назначают два типа растворов лекарств: 60% тиосульфат натрия и 6% соляную кислоту. Пациент наливает в емкость раствор тиосульфата натрия № 1 и погружает в препарат обе ладони, растирая его от шеи до пятки в течение 2-5 минут и отдыхая 5-10 минут. За короткое время жидкая часть раствора 1 испаряется, а кристаллы тиосульфата остаются на теле пациента, и он стекает подобно порошку. Затем таким же образом наносится раствор соляной кислоты № 2, который заменяет одеяла урпа. Лечение повторяют по той же схеме в течение двух дней, а чихание разрешено в течение двух дней.

Мазь Вилькинсона также широко применяется при лечении чесотки, а в аптеках продается в готовом виде. Мазь Вилькинсона наносят на все тело, кроме головы и волосистой части головы, один раз в день в течение 5 дней, а на 6-й день больной хорошо моется, меняет одежду и постельное белье. Этот метод не следует использовать у пациентов с заболеванием почек, иначе он может проникнуть через кожу и привести к серьезным осложнениям. Для маленьких детей мазь Вилькинсона используется в равных пропорциях с цинковой пастой.

Мазь с содержанием серы 20-33%, детская 5-10% применяют 5-6 дней в том же порядке, что и выше. Однако мази иногда могут поражать кожу и вызывать дерматит, а также запах золы и пятен на одежде и постельном белье.

Перед применением препарата против парши следует тщательно промыть пациента, так как каналы в коже кожи отваливаются механически. Купание не рекомендуется, если выпадают вторичные микробы и процесс переходит в гнойный или экзему. При этом купание во время лечения не происходит. Применяют противопаразитарные вещества, особенно на пораженные участки, с осторожным нанесением на гнойные, импетигоидные участки. Он также используется для лечения вторичных пиококковых инфекций. Бензилбензоат очень полезен при лечении чесотки. Для взрослых детей раннего возраста применяют 20% -ный раствор мыльно-водного бензилбензоата, который сохраняет свою силу до 7 дней после приготовления. Этот препарат вводят 2 раза в сутки в течение 3 дней с 10-минутным перерывом. Затем пациент меняет одежду и одежду.

Для лечения также можно использовать 5% эмульсию К-мыла. Рекомендуется применять в течение 5 дней: если не очищает, повторить процедуру через 3-5 дней. При осложнении заболевания аллергическим дерматитом, помимо противопаразитарных препаратов, в зависимости от обстоятельств назначают десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. При пиококковой инфекции чесоткой назначают антибиотики сульфаниламиды, сера-дегтуар, бордегтуар, оксикорт, мази тридерм и анилиновые красители, 2% -ный салицил.

Профилактика и профилактика заболеваний. При обнаружении заболевания заполняется специальное уведомление и доводится до соответствующих мест. Те, кто контактирует с больным, члены семьи тщательно обследуются. Больной ребенок не пойдет к здоровому (детский сад, школа) до тех пор, пока полностью не выздоровеет.

Нижнее белье, верхнюю одежду, посуду и детские игрушки пациента необходимо продезинфицировать. (ДДТ, мыло «К»). Дезинфекция проводится в специальных влажных камерах. Если его нет, необходимо прокипятить и погладить одежду. Разложите семена на солнце и переверачивайте муку несколько раз в день (4-5 дней). Когда чесотка набирает обороты, будут открыты специальные скобиозы для лечения пациентов, и будут проводиться кампании по информированию общественности.

Грибковые заболевания кожи

Грибковые заболевания вызывают грибки, относящиеся к паразитам растений. Они неактивно живут в воздухе, почве, траве и воде вокруг пруда. Но в других условиях, например, при контакте с кожей человека или животных, он вызывает заболевание. В настоящее время известно более 100000 видов грибов, из которых около 500 являются патогенами для человека и животных, вызывающими заболевания, кожные заболевания, вызываемые паразитарными грибами - дерматомикозами (греч. Dermis - кожа; микоз - грибами) и грибами, называемыми дерматофитами. Группа патогенных грибов состоит из волокнистых грибов (дерматофитов), для которых характерно образование волокнистого мицелия и спор.

Грибковые заболевания заразны и быстро распространяются, особенно среди детей. Заболевание передается от больного или больного животного человеку. Заболевание передается в основном при непосредственном контакте с пациентом или при использовании поврежденных суставов.

Дрожжеподобные грибы - это группа грибов, вызывающих заболевания. Они принадлежат к семейству *Sandida* и размножаются путем спороношения без образования спор. Дрожжевые грибы склонны к образованию псевдомицелия. *Sandida albicans* - возбудитель этого грибка. Грибы *Candida* широко распространены в природе. Они содержатся во фруктах и овощах, молочных продуктах, а также в коже человека и животных и слизистых оболочках без сапрофитов. Только при определенных условиях они вызывают конкретное заболевание, называемое кандидозом.

Следующая классификация сейчас широко используется дерматологами (Н.Д. Шеклаков, 1978).

I. Кератомикозы

1. Разноцветный лишай

2 Эритразма

II. дерматомикозы

1. Паховая эпидермофития

2. Эпидермофития стопы.

3. Рубромикоз

4. Трихофития

5. Микроспориуа

6. Фавус

III. Кандидоз

IV. Глубокие микозы

кератомикозы

Заболевание характеризуется поражением рогового слоя кожи и его отсутствием.

Кератомикозы включают разноцветные капсаициновые или темиратки и эритразмы.

Разноцветные лишай.

Разноцветные лишай.- это невоспалительная инфекция- кожи. Возбудитель *Рюгойрогшп ог1с1апз* (Млсгозрогшп ^ ig ^ ig) располагается в роговом слое кожи и быстро размножается у людей, которые обильно потеют и меняют химический состав пота.

Клиника. Грудь, спина, шея, реже конечности, живот, волосистая часть головы резко разграничены и появляются коричневые пятна различной формы и размера. В зависимости от периферии разрастаются и имеют свойство сливаться друг с другом, образуя причудливую форму. Цвет пятен варьируется: от розово-желтого до темно-коричневого, часто цвета молочно-кофейного. Ядро пятен покрыто слегка вогнутыми капсульными монетами; Субъективных ощущений практически не бывает, иногда тело может немного чесаться. Заболевание длится месяцами или годами. Грибок не повреждает волосы, но часто повреждает кожу головы.

Диагностика. Йод наносится на пятна и здоровую кожу вокруг них, так что монеты на его поверхности поглощают больше узелков, поэтому цвет йода в месте травмы более точен, чем в здоровой области. При осмотре волосистой части головы через люминесцентную лампу (лампу ВУД) пятна светятся коричневым, коричнево-коричневыми пятнами разного размера, которые оставляют легкое шелушение без воспаления. Диагноз ставится на основании анализов и лабораторных исследований. .

Гистопатология. Многие в роговом слое кожи обнаружены грибки. Не будет UAlligation.

Лечение. Желательно удалить ту часть рогового слоя, где находится грибок. Для этого ежедневно наносите на пораженные участки смесь зеленого мыла, мази Уилкинсона, 10% салицилатного спирта, 10-20% серного масла, 10% серы и 5% салицилатного масла. Последовательное применение 60% раствора гипосульфита и 6% раствора соляной кислоты в течение недели также дает хорошие результаты (метод Демуановича). Для предотвращения рецидива заболевания рекомендуется протирать обработанные участки 2% салицилатным спиртом один раз в день в течение нескольких недель, мазь ламизил наносится 1-2 раза в день в течение 2 недель. Пятна стручкового перца могут исчезнуть под воздействием солнечных лучей.

Эритема Возбудитель - коринобактерии. В последние годы считается, что причиной эритемы являются коринобактерии, которые считаются псевдомикозами. Эритема - распространенное грибковое заболевание кожи, которое возникает у мужчин в основном в складках кожи.

Клиника. В складках бедер, бедер, под мышками, а у женщин под грудными железами появляются красновато-коричневые пятна, иногда между ног и пальцев ног. Они соединяются, образуя большой и маленький очаги, напоминающие фестоны. Сами пятна слегка шелушатся, тело немного чешется, часто субъективных ощущений нет, в результате потливости иногда идет процесс воспаления, пораженный участок становится красным и опухшим, появляются волдыри.

Диагностика. При осмотре через люминесцентную лампу очаги заболевания кирпично-красного цвета. Диагноз ставится на основании клинических проявлений и лабораторных данных.

Лечение. Назначают кожные пилинги и дезинфицирующие средства, как и в случае с капсаицином. Для этого используют 2% раствор йода, нитрофунгин и 5% мазь эритромицина. Затем рекомендуется протереть 2% -ным салициловым спиртом, чтобы предотвратить рецидив заболевания.

Дерматомикозы:

Дерматомикозы сопровождаются поражением эпидермиса, дермы и кожных изделий (волос, ногтей).

. Паховая эпидермофития

Заболевание вызывается грибами *epidermafytos*, чаще болеют мужчины.

Клиника. Во внутренней части бедра - розовато-красные пятна размером с монету. Края пятен возвышаются над уровнем кожи, на них есть небольшие пузырьки и пустулы, а в центре - капсульные монеты. Пятна имеют тенденцию образовывать крупные очаги и сливаться друг с другом - они разрастаются к периферии, начинают бледнеть в середине и образуют форму кольца или коралла. Больного беспокоит зуд, а иногда и боль.

Заболевание обычно связано с использованием предметов больницы и домашнего обихода (нижнего белья, мочалки, клеенки, градусника, поддона для бирки). (если они не продезинфицированы полностью или не утилизированы в дороге).

Диагностика. Клиническая картина заболевания и разрез, сделанный в очагах при исследовании под микроскопом, обнаружение мицелиальных нитей и рост грибкового пепла при его внесении в культуральную среду Сабуро играют важную роль в диагностике. ;}, **,.

Лечение. Рекомендуется применять 1-2% настой йода, 3-5% серы, мазь черного цвета. При остром процессе (при сильном воспалении) 0,25% нитрата серебра, 1-2% резины. Общее лечение проводят с добавлением 2% раствора борной кислоты и холодных примул и др. Рекомендуется 10% раствор хлорида кальция, дифенгидрамин или другие антигистаминные препараты в терапевтических дозах.

Эпидермофития когтя стопы

Эпидермофития ногтей на ногах вызывается грибами трихофитона. Выделяют следующую клиническую форму.

1. Плоский эпидермофитный.
2. Интертригинозный эпидермофития.
3. Дигидротическая эпидермофития.
4. Эпидермофития ногтей (онихомикоз).

Сквамоз характеризуется эпидермофитией на пятке, кожа складок между лапами оставляет повсюду пластинчатую кожу. Кожа этих участков светлая и покрыта бело-серыми чешуйками. Эти очаги шелушения иногда длятся долго и пациент может ничего не чувствовать. Лёкин вызывает болезнь из-за побочного действия, которое вызывает покраснение, высыхание и образование пузырей на коже.

Эпидермофития опрелостей. Этот вид эпидермофитии проявляется в виде шелушения кожи между 4-м и 5-м, 4-м и 3-м пальцами. На местах соприкосновения пальцев появляются пузыри, они лопаются и появляются царапины, а часто они свисают на краях свисающего эпидермиса джиуаги. В результате остаются складки между пальцами ног на коже подошв ступней. Интертригинозная форма микоза ногтей на ногах часто осложняется пиодермией и приводит к воспалению лимфатических узлов и лимфатических сосудов.

Дисгидротический эпидермис. Для него характерно появление большого количества волдырей и волдырей на стороне пальца ноги, в области купола подошвы стопы. Иногда они бывают глубокими или глубокими. Добавляется много маленьких пузырьков. образует большие пузыри. Оболочка мочевого пузыря плотная, а жидкость внутри прозрачная или слегка непрозрачная. Когда появляются волдыри и волдыри, кожа пациента часто становится сухой и повышается температура. Волдыри лопаются и образуются эрозии, по краям видны фрагменты эпидермиса. Некоторые пузыри видны, покрыты черными струпами, а затем заменяются корками. Вскоре будут наблюдаться пузыри и эрозии, которые увеличиваются в размерах. Больного беспокоят зуд и боль. Дисгидротический эпидермофитит часто осложняется пиодермией, На коже пальцев ног появляются пустулы, припухлость и боль, развиваются лимфангит и лимфаденит. Заболевание длится долго и часто рецидивирует. Особенно это заметно весной и летом.

Часто появляются волдыри на ладонях рук, иногда шелушится кожа тела и конечностей, появляются розовато-красные пятна и папулы. Эти высыпания вызывают аллергию и не содержат грибков. Эти высыпания называются эпидермальными мофитидами и обычно исчезают после возобновления воспаления в основных очагах стопы.

Гистопатология. В шиповатом слое кожи наблюдаются клеточная вакуолизация и спонгиоз. В то же время образуются небольшие межклеточные пространства, которые вместе образуют многоклеточные полости, заполненные серозной жидкостью или лейкоцитами. В слое дермы молочной железы наблюдается расширение кровеносных сосудов и воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов вокруг них.

Эпидермофития ногтей (онихомикоз) - наблюдается при всех клинических формах эпидермофитии. Тихие ногти с большим пальцем больше повреждаются. Желтые пятна появляются по краям ногтей и на внутренней стороне ногтевой пластины, делая ноготь тусклым, толстым, ломким и ломким.

Диагностика. Поскольку клинические проявления эпидермофитии ногтей на ногах часто сходны с другими кожными заболеваниями, такими как экзема, диагноз эпидермофитии подтверждается лабораторными исследованиями.

Способы и условия эпидермофитии. Патогены обнаруживаются в ваннных комнатах, бассейнах, спортзалах и обуви. В основном заболевание поражает людей, которые не обращают внимания на личную гигиену и носят больные носки и обувь.

Мягкость кожи пальцев ног во время купания создает благоприятные условия для исследования эпидермофитии у здоровых людей. В происхождении и прогрессировании эпидермофитии Большое значение имеют индивидуальные особенности организма, повышенная потливость пальцев ног, химический состав пота, общее состояние организма, функциональное состояние нервной системы.

Лечение. 2% раствор йода и мазь Вилькинсона используются для лечения плоскоклеточного рака эпидермофитии. Сначала наносится теплая ванна с содовым мылом, затем смесь 5% салицилата, 10% серы и 5% салицилатной мази и рекомендуется накладывать повязки.

При интертригинозном эпидермофитии пальцев ног на складки между пальцами ног наносят 2% йод, раствор нитрофунгина, салицилат-бензоат или 5% серную мазь и другие фунгицидные мази.

Для устранения дисгидротического эпидермофитоза проводится общее и местное лечение. При остром заболевании назначают общее десенсибилизирующее лечение: внутривенное введение 10% хлорида кальция, 30% гипосульфита, 10% раствора глюконата кальция, антигистаминных препаратов дифенгидрамин, супрастин, тавегил, диазолин, дипразин и др., Витамины группы В и С., никотиновые. назначают кислоту. Также существует местное лечение.

В острой фазе заболевания холодные примочки применяют с использованием растворов нитрата серебра 0,25%, резорцина 1%, риванола в соотношении 1: 1000, сульфата цинка 1%, фурациллина в соотношении 1: 5000, борной кислоты 2%. После разрыва волдырей и подавления процесса острого воспаления назначают 5% дерматологовую мазь, крем Унна и 2% ихтиоловую пасту. Мази включают клотримазол, микозолон, микоспоры и тридерм, если они осложнены вторичной инфекцией.

Ламизил очень эффективен при лечении всех форм заболевания, его побочные эффекты намного меньше, чем у других противогрибковых препаратов (низо-рал, гризеофульвин). Ламизил в форме таблеток по 250 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней, мазь Ламизил применяется 1-2 раза в сутки в течение 2 или 4 недель.

Интертригиноз и дисгидротический эпидермофития осложняются вторичной инфекцией, и при наличии лимфангита и лимфаденита рекомендуются антибиотики и сульфаниламиды. При аллергических высыпаниях, помимо применения десенсибилизирующих и антигистаминных средств, в зависимости от клинических проявлений заболевания в качестве местного лечения используются коктейли и индифферентные присыпки. Требуется тщательное лечение, чтобы избежать воздействия на кожу эпидермофитии СНов. В случае острого воспаления 0,25% нитрата серебра, 1% резорцина и других растворов

сделана холодная примочка. Тогда рекомендуется использовать мази, содержащие 2-3% салициловую и бензойную кислоты.

Профилактика. При раздражении эпидермофитии из-за чрезмерного потоотделения стоп необходимо соблюдать чистоту, часто менять носки, наносить на подошвы стоп 3% раствор формалина, рекомендуется периодически присыпать присыпкой. В целях борьбы с распространением эпидермофитии необходимо принимать профилактические меры в ваннах, душевых и бассейнах в соответствии с требованиями чистоты и надлежащей санитарии. Полы, стулья и другое оборудование в этих помещениях следует регулярно дезинфицировать хлорамином, 5% раствором крезола или раствором хлорированной извести. Сотрудники этих учреждений должны пройти медицинское обследование, а диагностированные при обследовании - лечиться.

Рубромикоз Рубромикоз или руброфития вызывается грибом рубромикозом.

Клиника. Преимущественно ладони рук, стопы. Повреждаются складки между пальцами, а также под мышками и подмышками. На коже особенно часто встречаются крупные морщины. Кожа ладоней кистей и стоп шелушащаяся и шероховатая, участки с ветвями засыпаны опилками. В результате ладони рук и ног тускнеют, как будто их присыпают мукой. В отличие от эпидермофитии процесс распространяется на верхние и боковые конечности пальцев рук и ног. Боль в подошвах стоп часто сопровождается зудом. Складки между пальцами ног сухие и шелушащиеся. Рубромикоз поражает складки между всеми пальцами стопы, а также ногти. Ногти на руках и ногах желтые, тусклые и толстые, рассыпчатые и часто отходят от кончика ногтя. Смещенный ноготь входит в *kirkul rangtus*. На гладкой коже края очагов болезни прикрыты выпуклыми некрасивыми монетами. Изредка появляются красные пятна, кольца, покрытые чешуей, напоминающие фестоны. На пятнах есть маленькие красные узелки, сердцевина которых покрыта черной коркой.

Заболевание хроническое, периодически повторяющееся, особенно в жаркие дни.

Лечение. Кожу рук и ног пересаживают кератолитическим и фунгицидным маслами. Для этого использовались 2% раствор йода, нитрофунгин, краситель Кастелла, 10% салицилат и 5% серное масло, 5% ежевика, микозептин, микозолон, унден-син, цинк, амикозол, 1% масло ламизила. К специфическим средствам лечения относятся гризеофульвин, гефульвин, низоральные антибиотики с фунгистатическими свойствами и препарат ламизил с фунгицидными свойствами. Гризеофульвин назначают по 4-6 таблеток (0,125 г) ежедневно в

течение 1 месяца, а в следующем месяце принимать такую же дозу, или н кунора, а затем принимать такую же дозу 1 раз в 3 дня до тех пор, пока не вырастут здоровые ногтевые пластины. Низорал принимают по 1 таблетке (200 мг) в сутки.

При лечении рубромикоза гладкой кожи ламизил 250 мг ежедневно в течение 14 дней. Если поражение находится на ногтях (онихомикоз), то ламизил 250 мг ежедневно в течение 6 недель - 4 месяцев.

Трихофития - наиболее распространенный дерматомикоз, вызываемый грибами, принадлежащими к семейству Trichophyton. Заболевание распространено у детей и взрослых. Наиболее распространенными являются кожа головы, кожа и ногти.

Этиология. Возбудителями являются грибы, принадлежащие к семейству Trichophyton, которые в зависимости от типа повреждения волос делятся на две группы: первая называется Trichophyton endotrix, и в волосах расположены мицелиальные нити со спорами грибов. Вторая группа - это trichophyton exotrix, у которых грибы паразитируют на поверхности волосяного волокна. Цепочки спор грибка гохо также обнаруживаются в волосяных фолликулах.

Существует различие между УО и глубокой или материальной инфильтративной трихофитией. Антропофильные грибы рода Trichophytia; глубокая материализованная инфильтративная трихофития вызывается зоофильными грибами.

Эпидемиология. Трихофития чаще всего связана с прямым контактом с пациентом. Патогенный трихофитон также может передаваться от различных предметов, используемых пациентом, таких как расчески, головные уборы и так далее. Заболевание в основном поражает детей, которые годами болеют от взрослых, страдающих хронической трихофитией.

Глубокая инфильтративная трихофития передается в основном от животных (крупный рогатый скот, лошади, свиньи, мыши, крысы и т. Д.). При этом типе заболевания относительно редко здоровый человек может инфицироваться через суставы.

Клиника. Клинические проявления и течение трихофитии зависят от особенностей возбудителя, его патогенности и состояния макроорганизма.

УО'za trixofitiua. Этот вид заболевания чаще всего встречается у детей в возрасте 4-15 лет. Иногда наблюдается у детей или взрослых грудного возраста. В подростковом возрасте этот вид заболевания самопроизвольно исчезает из-за изменения деятельности желез внутренней секреции, а в некоторых случаях может длиться до преклонного возраста. У взрослых это называется хронической трихофитией.

УОза трихофитиуа имеет следующие клинические проявления. В волосистой части головы много очагов заболевания, размером с вишню, кожа этого участка шелушится, а волосы истончаются. Поврежденные грибом волосы становятся ломкими, рвутся вместе с кожей, и эти участки выглядят как черные точки; Сломанные волосы теряют цвет, становятся тусклыми и слегка утолщаются. Между кожными покровами на месте заболевания видны петлеобразные волоски, там же растут, казалось бы, здоровые волосы. УОза трихофития сохраняется у детей длительно. Если его не лечить, он может распространиться на другие волосатые части тела.

Гладкая кожа uo'za tr ixofiti uas i. В большинстве случаев он сопровождается поражением волосистой части головы, причем заболевание может протекать только на коже. Вначале на коже появляется ярко-красная круглая шишка со слегка приподнятыми краями. Края пятен красноватые, центр слегка волнистый и покрыт кожей. Позже по краям пятна появляются волдыри, похожие на тарик, которые при растрескивании покрываются черной коркой. Пятна могут расти в стороны или сливаться, образуя разные формы.

Хронический трихофитоз у взрослых. Это чаще встречается у женщин. Как уже говорилось выше, изменения активности центральной нервной системы и желез внутренней секреции в период полового созревания создают неблагоприятные условия для трихофитона. Поэтому часто в этот период трихофития может исчезнуть самопроизвольно. Однако заболевание может быть хроническим и длиться годами, особенно у женщин с нарушениями деятельности желез внутренней секреции. Болезнь часто сопровождается повреждением волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. На ногах, запястьях, локтях, ягодицах, коленях есть пурпурные пятна, которые имеют свойство сростаться, размером с монету, слезают с кожи. Роговой слой кожи

ладоней кистей и стоп утолщен, появляются очаги заболевания, оставляющие кожу без признаков воспаления.

На шее и височных областях головы сломанные волосы под волосами образуют черные точки. В этих областях также есть более мелкие поражения, такие как комедоны. Кроме того, на коже есть участки безволосых волос. Болезнь носит длительный характер, и в этом случае взрослые пациенты могут быть источником болезни для детей.

Существенно-инфильтративная или глубокая трихофития. Заболевание в основном передается от животных. У детей больше поражается волосистая часть головы, а у взрослых - борода и усы. Если посмотреть на поврежденные волосы под микроскопом, можно увидеть, что споры в виде цепочек окружают волосы, как оболочку.

Клиника. Вспышки, кажется, усугубляются покраснением и припухлостью. На волосистой части головы появляются опухолевидные образования, и при прикосновении они размягчаются в озеро, как тесто, эти очаги состоят из гнойно-воспаленных волосных фолликулов. От этих очагов, напоминающих ульи, исходит запах плесени, а при нажатии рукой из отверстий в фолликуле выходит капля гноя (также называемая крапивницей). Волосы плетут еще и из-за того, что в духовке волосы гниют.

Как уже было сказано выше, этот вид заболевания сопровождается симптомами воспаления. У больного высокая температура, головная боль, увеличение лимфоузлов на шее и шее, тошнота, рвота, вялость. У некоторых пациентов появляются лихеноидные, аллергические высыпания - трихофитиды на коже стоп и тела. Это связано с переносом грибковых токсинов в кровь и лимфу. Через 2-3 месяца болезнь пройдет сама по себе, и на месте болезни могут появиться рубцы. При материально-инфильтративной форме заболевания пораженный участок гладкой кожи округлый и красноватый, ядро покрыто фолликулами и гнойничками, а кое-где струпьями.

Трихофития ногтей. Относительно редкий. Заболевание вызывается переходом волосистой части головы или гладкой кожи на ногти. Поражаются большинство ногтей. Болезненный процесс начинается у свободного края ногтевой пластины, где постепенно появляются бледные пятна; В результате роста грибка на ногте ногтевая пластина становится толстой и тусклой. Затем ноготь начинает крошиться и под слоями ногтевой пластины образуются щели. Ногти трихофитиуазн держатся долго.

Лечение. Антибиотик гризеофульвин можно применять при всех типах заболеваний. Суточная доза гризеофульвина определяется массой пациента, обычно в дозе 15 мг / кг. Пейте его с чайной ложкой рыбьего жира или растительного масла во время еды. Лечение может длиться от 1 до 1,5 месяцев и более, Гризеофульвин выпускается в таблетках по 0,125 г, существует 2 различных режима; По первой схеме таблетки принимали регулярно в течение 15-20 дней, а затем с интервалом в два дня эту же процедуру продолжают до выздоровления пациента. Во второй схеме - таблетку принимают ежедневно от начала лечения до полного очищения пациента. Иногда возникают такие побочные эффекты, как головная боль, диспептические изменения, лейкопения, эозинофилия, аллергический дерматит. Поэтому гризеофульвин не применяют при порфирии и остром заболевании печени, беременности, лейкопении, злокачественных опухолях. В последнее время применяют и такие препараты, как низорал, ламизил. Ламизил является наиболее предпочтительным препаратом при лечении трихофитиуа, рекомендуется принимать 250 мг ежедневно в течение 14 дней или наносить мазь.

При трихофитии гладкой кожи на очаги заболевания наносят 5% раствор йода, мазь Вилькинсона 10-15% серную или черную мазь наносят на 7-10, иногда и больше дней.

При хронической трихофитии у взрослых, помимо вышеперечисленного, рекомендуются биостимуляторы, витамины, аутогемотерапия, повышающие общую силу организма.

При субстанциально-инфильтративном трихофитии сначала наносят масляные комочки, удаляют черные струпья, затем наносят 5-10% ихтиол, 0,25-0,5% раствор нитрата серебра. Влажный, соотношение сулема и раствор этакридина лактата 1: 5000 и т. Д. После этого сделать ручную эпиляцию будет намного проще. Если колебания очень сильные, педикулы стерилизуют путем стерилизации. После обострения применяется мазь Вилькинсона. В качестве местного лечения очень эффективно нанесение 1% крема ламизила в течение 14 дней.

Лечение трихофитии ногтей практически не отличается от лечения других микозов ногтей. Профилактика. Пострадавший изолирован от окружающих, его верхняя одежда, простыни и одеяла обеззаражены. Нижнее белье и наволочки сначала кипятят, а потом стирают. Пол в доме больного сначала моют 5% -ным раствором хлорамина или лизола, а затем кипятком. Ребенок, очищенный от трихофитии, может посещать детский сад только при отсутствии признаков болезни до 3 недель и при отрицательных результатах микологического обследования до 3 раз. Кроме того, все сотрудники детского учреждения проходят регулярные медицинские осмотры. Заболевание необходимо своевременно диагностировать. Все дети в семье больного ребенка и все вокруг него будут обследованы. Если обнаруживается глубоко инфицированная трихофития, животных, являющихся источником заболевания, также исследуют.

МИКРОСПОРИЯ

Микроспория вызывается фиброзными грибами, принадлежащими к семейству микроспоримов. Существует два основных типа: инфицированный человеком (антропофильный) ржавый микроспорум и кошки, а иногда и волосатый микроспорум, переносимый собаками (зооантропофильный); кошачьи микроспорумы).

Микроспории повреждают гладкую кожу и волосы. Заболевание отличается локализацией, редко бывает глубокая форма.

Микроспориоз чаще встречается у детей дошкольного и школьного возраста. У взрослых чаще встречаются микропоры на гладкой коже. К половому созреванию микроспория обычно проходит.

Клиника зооантропофильных микроспориозов. В волосистой части головы появляются 2-3 крупных и несколько мелких очагов болезни диаметром 3-4 см. Большие очаги круглые, резко разделенные (штампованные очаги) и покрытые монетами в форме асбеста, признаков возгорания практически нет. Волосы в очаге заболевания одинаковой длины и выламываются на 3-5 мм от верха кожи; Волосные фолликулы окружены серым отбеливающим клатчем. На месте болезни не хватает здоровых волос, иногда появляется черная корка. В редких случаях обостряется воспаление, кожа становится красной, появляются фолликулы у собак. Внешний вид болезни напоминает гнойную трихофитию. При осмотре волосистой части головы с помощью люминесцентной лампы волосы, поврежденные микроспорумом, становятся блестящими. Это имеет большое диагностическое значение. Широко используется при профилактических осмотрах детских домов и сообществ.

Микроспория гладкой кожи - острые, красноватые, круглые, воспаленные пятна на лице, щеках, гладкой коже рук, тела и ног, покрытые капсульными монетами, центр которых слегка окаймлен. Край приподнят и покрыт пузырьками, что очень похоже на трихофитию гладкой кожи.

Микроспория, вызванная ржавым микроспорумом, несколько отличается от представленной выше клинической картины. При этом на волосистой части головы появляются небольшие очаги, похожие на трихофитию. Наряду с сломанными волосами в очаге болезни сохраняется несколько здоровых волос. Поврежденные волосы ломаются на 5-8 мм над кожей. Волосные фолликулы покрыты оболочкой из спор. Очаги заболевания имеют неправильную форму, имеют свойство сливаться и распространяться, часто переходят с волосистой части головы на гладкую кожу по краям волос. Кожа розовая, покрыта кожей и монетами, болезнь очень заразна.

Повреждение гладкой кожи характеризуется появлением очагов в виде кругов, внутри одного круга появляется пятно, которое затем превращается в круг (форма радужки). Если смотреть под микроскопом, волосы покрыты оболочкой спор грибка, которые разбросаны по всему телу. На коже можно увидеть грибной мицелий, иногда разделенный на сегменты.

Лечение. Пациенты с множественными патологическими очагами (более 3-х) или повреждениями кожи головы должны лечиться в стационаре. Гризеофульвин рекомендуется в дозе 22 мг на кг массы тела, и это количество продолжают до получения отрицательных результатов анализов (лабораторные анализы проводятся ежедневно). Затем гризеофульвин принимают ежедневно в течение недели, а затем два раза в неделю. После исчезновения

симптомов и трех отрицательных результатов лабораторных исследований (каждые 5-7 дней) прием серого зеофульвина прекращают.

Фавус Фавус вызывается ахорионным грибом Шенлейна. в основном поражается волосистая часть головы, гладкая кожа и ногти. Заболевание напрямую от больных людей или они протекают через свои буи (шляпы, гребни и т. д.). Этот грибок не причиняет вреда животным. При изучении фауны большое значение имеет общее состояние организма. Более подвержены этому заболеванию дети с УА и дошкольного возраста, люди с хроническими заболеваниями, страдающими обезвоживанием. Favus менее заразен, чем trichofitua и microsporiua.

Когда зараженные грибом волосы исследуются под микроскопом, видны пряди мицелия, сегментированные поперечными барьерами, пузырьками воздуха и небольшим набором узорчатых спор на теле волоса.

Клиника. Клиническая картина фавуса на волосистой части головы типична, появляются щитки или щитки фавуса, а затем оставшиеся рубцы (атрофированные участки) и поврежденные волосы. После того, как Favus scutula попадает на волосистую часть головы, волосистой фолликул размножается во рту и становится пластинчатым, желтым сухим. образует черную чешуйчатую кожицу. Волосы выступают из центра скутулы. Сначала щиток, как и головка булавки, постепенно вырастает до 1,5 см в диаметре. После удаления щитка он заменяется запавшей бугорком светло-розового цвета. Если щиток остается надолго, вокруг него образуется атрофический рубец, и волосы на нем не растут.

Щитки часто собираются в шарики, которые источают резкий запах. Скутула постепенно высыхает и покрывает волосы. Поврежденные грибом волосы теряют нормальный цвет, пигмент, а также мягкость и блеск, становятся тусклыми и ломкими; разрывается на уровне кожи. Также пахнет при нанесении на волосы.

Если вовремя не лечить Фавус, болезнь может длиться годами. Волосы в области атрофического рубца отмирают и перестают расти. Фавус может повредить все масло в коже головы, сохраняются только волосы, которые растут как джиуак по краям.

Часто наблюдается атипичный вид фавуса. При импетигой форме фауса волосы слипаются, а импетиго покрывается черными корками. После удаления черной корки видна изменившаяся кожа вокруг волосистой части головы. Длительная продолжительность заболевания, отсутствие признаков острого воспаления и наличие рубцовых участков позволяют выявить фавус.

Плоскоклеточный тип фавуса характеризуется появлением большого количества шкур, наложением желтоватых монет; Наличие шрамов и прилегающих участков, а также седых волос, которые выглядят пыльными и напоминают «шафран», позволяют мне правильно диагностировать заболевание.

Повреждение гладкой кожи в области фавуса, чуть менее треугольной формы, с появлением на гладкой коже пятен округлой формы, красновато-розового цвета или типичных лейкопоскопических желтых щитков, размер которых не виден.

Ногти на руках и ногах вторичны. Иногда ногти могут быть повреждены, даже если нет изменений кожи пальцев. На внутренней стороне ногтевой пластины появляются пятна размером с булавочную головку, затем под ногтевой пластиной скапливается разветвленное вещество, ноготь утолщается, крошится, становится тусклым и серовато-коричневого характера.

Диагностика. Диагноз ставится на основании его клинической картины, а также результатов микроскопического исследования волос и кожи.

Лечение. Используются препараты, применяемые при лечении трихофитии.

Кандидоз Кандидоз вызывается дрожжеподобными грибами, принадлежащими к семейству Sordida, которые поражают кожу, слизистые оболочки, ногти и внутренние органы.

Этиология и патогенез. Грибы, относящиеся к этой группе, условно патогенны и всегда растут в организме здоровых людей без сапрофитов, но роль макроорганизмов в росте патогенных свойств этих грибов велика. При заболеваниях, снижающих иммунитет человека, быстро развивается кандидоз. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Обмен веществ (сахарный диабет) и нарушение баланса витаминов, лейкоз, а также нерегулярное лечение антибиотиками и стероидами повышают активность грибов и приводят к развитию заболевания.

Клиника. В зависимости от клинического течения заболевания различают формы заболевания (кандидоз слизистых и кожных покровов, кандидоз оникса и паронихии) и системные (висцеральные). В то же время выделяют и хронический генерализованный (гранулематозный) детский кандидоз.

Кандидоз больших складок (интертригинозный кандидоз) встречается у детей (в складках между ягодицами и ягодицами) и взрослых (под мышками и грудью, в области паха при ожирении). эрозии кажутся красными, четко разграниченными, покрытыми белой полосой. Вокруг очагов небольшие участки остатков эпидермиса и основные очаги.

Эрозия кончиков пальцев чаще встречается у кондитеров, посудомоечных машин и других. Патологический процесс располагается между 3-м и 4-м пальцами и характеризуется наличием рожи, темно-красного цвета, четко отграниченной и с серозной жидкостью посередине.

Кандидозная паронихия. Воспаление ногтя сопровождается инфильтрацией, отеком, гиперемией и опаданием эпидермиса, при котором ноготь становится тусклым, ломким, края изогнутые, шершавые, с гребнями и бывают разной толщины; шевелится, между ногтем и мякотью скапливается гной; При нажатии на ноготь вокруг него выходит гной.

Кандидоз углов рта встречается в основном у пожилых людей. Наличие глубоких морщин и мазеров в уголках рта создает благоприятные условия для развития кандидоза. Кожа в углу рта покрыта мацерированной, влажной и слегка опухшей слизистой оболочкой, которая при удалении показывает эрозию во рту. Патологический процесс симметричный, иногда может привести к покраснению губ; Больной испытывает боль при открывании рта. Кандидозный процесс следует отличать от стрептококковых эрозий, сифилитических папул и шанкров.

Отбеливание рта. В основном встречается у новорожденных. Слизистые оболочки языка, мягкого неба, десен и щек покрыты красновато-белым (гиперомиа) белым поясом: пояс соединяется вместе, образуя уакслитную мембрану. со временем он настолько плотно прилегает к слизистой оболочке, что удалить ее становится труднее. Клиническое течение кандидозного стоматита, глоссита и ангины наблюдается в результате поражения слизистых оболочек.

становится При удалении кожных покровов наблюдается растительность и гиперкератоз. После подавления патологического процесса на гладкой коже появляются атрофические рубцы, а на коже головы - облысения. При этом у таких больных развиваются поражения слизистых оболочек (кандидозный стоматит, глоссит, ангина), кандидозная паронихия, кандидоз кожи и внутренних органов.

Лечение. Обычные методы лечения включают нистатин (6 миллионов единиц в день), леворин (4 миллиона единиц в день), амфотерицин В, дифлуган, ламизил (250 мг в течение 14 дней) и другие противогрибковые препараты.

Для местного лечения используются анилиновые красители (генцианский фиолетовый, фукорсин, 5-10% раствор буры), мази клотримазол, леворин и ламизил. В то же время при лечении сопутствующих заболеваний целесообразно назначать высокие дозы витаминов (витаминов группы В).

Глубокие микозы Актиноминоз. Возбудителями являются анаэробные и аэробные актиномицеты, которые попадают в организм через дыхательные пути, слизистую оболочку кишечника и часто проникают через глубокие ткани и органы в кожу.

Клиника. Заболевание начинается с появления твердых инфильтративных бляшек и узелков (гуммы) в подкожной клетчатке (инфильтративная форма десны). Затем процесс переходит в подкожно-жировую слой, где образуются большие плотные узелки; затем узелки набухают и разрываются, образуя перфорированные полости, из которых выходит желтоватый гной с неприятным запахом. В гное обнаруживаются мелкие зерна, в том числе колония актиномицетов. При разрыве крупных узелков появляются вегетативно-некротические некротические массы, пчелы с мягкими краями (пчелиные формы) образуют мосты, рубцы, прикрепляющиеся к подкожно-жировому слою. Изредка возникает форма поясничного пустулеза, которая сопровождается некрозом и образованием язв. Диагноз ставится на основании результатов гистологического исследования и обнаружения возбудителя.

Лечение. Рекомендуются актинолизат (фильтрат патогенных аэробных актиномицетов) и антибиотики.

Хромомикоз. Они содержатся в почве и растениях и могут вызвать повреждение поврежденной кожи. Инкубационный период составляет около 1-1,5 месяцев.

Клиника. Часто наблюдаются покраснение стоп, твердая консистенция, иногда зудящие узелки и шишки, которые сочетаются друг с другом, образуя большие инфильтраты. Патологический процесс сопровождается синеватым пятном, поверх которого располагаются вегетаснуа, уара и кора.

Лечение. Препараты йода для перорального применения. В качестве местного лечения рекомендуются витамин D2, инъекции амфотерицина В, диатермокоагуляция и хирургическое вмешательство.

Список использованной литературы

Основная литература

1. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдииков А.А. Дерматология. Иллюстрированное руководство по клинической диагностике. - Г. Москва. "Граница". 2018 г.
2. Эшбоев Э.С., Ташкенбаева Ю.А. Кожно-половые заболевания и их лабораторная диагностика. Учебник. Ташкент. - «Навро«z». 2018 г.
3. Вайсов А.Ш. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент, «Новое поколение». 2009 г.
4. Арифов С.С., Эшбаев Э.С. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент. "Энциклопедия". 1997 г.

Дополнительная литература

1. Атиф Хаснаин Казми. Цветной атлас клинической дерматологии. Нью-Дели, Индия. Медицинский паб Жаурее Brothers 2015
2. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Г. Москва. «Практическая медицина». 2015 г.
3. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., Одинец А.В., Дерматовенерология. Учебник. - Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2013г.
4. Пасрича Дж.С., Рамджи Гупта. Иллюстрированный учебник дерматологии. Нью-Дели, Индия. JP Medical Ltd. 2013г.
5. Краткая Н.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. -Г. Москва. "Медицинское информационное агентство". 2011 г.
6. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Дерматовенерология. Национальное руководство. -Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2009 г.
7. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.В., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Москва, ГЭОТАР Медиа 2009г.
8. Ананьев О.Л., Анисимова Е.В. Кожно-венерические заболевания. Учебник. ЭКСМО, 2006 г.
9. Пол К. Бакстон Дерматовенерология. Учебник. -Россия. «Бином». 2005 г.
10. Элинон Е. Сан. Дерматология. 100 случаев из практики. Учебник. Россия. Бином, 2001
11. Мирзиёев Ш.М. Вместе с нашим смелым и благородным народом мы построим наше великое будущее. ОУзбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
12. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, кратДисциплина и личная ответственность должны быть повседневным правилом каждого лидера. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
13. Мирзиёев Ш.М. Свободный и процветающий, демократический ОВместе мы построим государство Узбекистан. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2016 г.

Сайты:

1. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
2. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
3. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html .;
4. www.Mosbycom//Mosby//Периодические издания//медицинские//CPDM//dm/html;
5. www.skindex.com .;
6. www.ama-assn/org//журналы//постоянный//derm//dennhome.htm.;
7. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld.html.
8. www.ziyonet.uz;
9. www.info@minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

2 - ЛЕКЦИЯ

Аллергические кожные заболевания: дерматиты, токсикодермия. Экзема. Узловые дерматозы: Псориаз. Красный плоский утюг.Нейродерматозы.

3.1 Модель образовательной технологии

Тренировочное время	Количество учеников: 18 человек	
Форма обучения	Познавательная лекция, мультимедийная лекция	
План лекции:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аллергические заболевания кожи. Дерматит. 2. Токсикодермия. Синдром Лайелла. 3. Экзема.Профессиональные дерматозы. 4. Псориаз, красное плоское железо. 5. Нейродерматозы. 	
Цель обучения	<p>Образовательные:Псориаз, красное плоское железо. Нейродерматозы. Эшакеми. Аллергические заболевания кожи. Дерматит. Токсикодермия. Синдром Лайелла. Профессиональные дерматозы. Предоставьте подробную информацию об экземе, ее причинах, патогенетических механизмах, клинике, лабораторных изменениях, диагностических критериях. Научить применять правильную лечебную тактику и современные методы лечения при постановке точного диагноза.</p> <p>Образовательные:Улучшение общественного здоровья в сознании студентов на реальных примерах, стремление внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, прививание любви к выбранной профессии</p> <p>Разработчик:Достижение развития студентов как современных кадров на основе новой литературы, научно обоснованных данных в объяснении темы. Диагностика дерматозов, разработка мер профилактики имеют большое значение в медицинской практике.</p>	
Учебные пособия	Учебник, учебник, текст лекции, проектор, компьютер	
Стиль обучения	Информативный и презентационный отчет	
Условия обучения	Методически оснащенная аудитория	
Мониторинг и оценка	Устный контроль: вопросы и ответы	

<i>2.2. «Узловые дерматозы: псориаз, красное железо. Нейродерматозы. Аллергические заболевания кожи. Дерматит. Токсикодермия. Синдром Лайелла. Экзема» технологическая карта лекции.</i>		
Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверить посещаемость учеников, проконтролировать готовность помещения к	Они слушают Он видит

	занятию. 2. Подготовка образовательного контента по теме. 3. Запустите мультимедийную презентацию лекции. 4. Предоставьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	
Введение в тему 1	1. Знакомство с целью и функцией темы. 2. Задаёт вопросы по теме (плану) 1 Псориаз, красный плоский утюг. 2. Нейродерматозы. 3. Аллергические заболевания кожи. Дерматит. 4. Токсикодермия. Синдром Лайелла. 5. Профессиональные дерматозы. Экзема.	Они слушают Студенты отвечают на поставленные вопросы Он видит
2-й основной этап	1. Разъясняет тему, демонстрирует мультимедиа. 2. Используются демонстрационные плакаты.	Они слушают Он видит Они слушают
Заключительный этап 3:	1. В заключение 2. Включает информацию о узловых дерматозах. 3. Покажите пациенту (или отобранное видео), чтобы усилить передаваемую информацию.	Он слушает Делает заметки Он видит
Задания на самостоятельное обучение	Обеспечивает самостоятельную работу: Аллергические заболевания кожи: Дерматиты. Токсикодермы. Экзема. Узловые дерматозы: Псориаз. Красный плоский утюг. Информация о нейродерматозах.	Он слушает Делает заметки

Дерматит. Токсикодермия. Синдром Лайелла

Дерматит - это острое воспаление кожи, в основном вызванное внешней средой. Этот эффект может быть физическим или химическим.

Особенность дерматита в том, что после устранения воздействия этих вредных факторов процесс быстро и даже самопроизвольно исчезает.

Физические эффекты включают изменения температуры, воздействия, рентгеновских лучей, радиоактивности и электричества.

К химическому воздействию относятся кислоты, щелочи, органические растворители, химические вещества, краски, лаки, некоторые типы металлов и другие вещества. Кроме того, могут быть биологические эффекты, такие как определенные виды растительности и механические воздействия - надавливание, трение.

Внешние воздействия могут быть условными и безусловными.

Безусловные эффекты называются связями. Все они вызывают дерматит у всех людей в результате воздействия на кожу.

Условные эффекты. Другими словами, аллергены вызывают дерматит только у людей, чувствительных к некоторым из этих эффектов.

Дерматит, вызванный безусловным воздействием, называется простым, искусственным или искусственным дерматитом. Условные побочные эффекты называются аллергическим дерматитом.

К особому виду дерматита относится токсикодермия. Они вызваны веществами, которые проникают в организм и вызывают острое воспаление кожи. Эти вещества образуются, когда пища вводится в организм через пищу или при вдыхании, или между мышцами, под кожей, в вену. Следует отметить, что раздражение кожи возникает только у людей, чувствительных к этим веществам.

Кроме того, бывают дерматиты, которые возникают под действием лекарств или различных лекарств, которые бывают как простыми, так и аллергическими. Лекарственный дерматит

развивается под действием пенициллина, стрептомицина, стрептозида, новокаина, резорцина, салициловой кислоты, амидопирина, йода и других препаратов.

В зависимости от силы и характеристик внешних воздействий могут возникать острые и хронические формы дерматита. При остром дерматите - эритема, отек, инфильтрация, волдыри и волдыри или некроз тканей с последующим рубцеванием и атрофией.

Хронический дерматит характеризуется недоразвитой гиперемией, инфильтрацией, лихенификацией и гиперкератозом.

Нормальный контактный дерматит.

Особенности нормального контактного дерматита:

- 1) застой только в зоне воздействия внешней среды
- 2) Организм не чувствителен к этому воздействию, сенсibilизация исчезает.
- 3) дерматит не распространяется дальше места развития. Хотя он не лечит дерматит, он исчезает через 1-2 недели.

Причины простого дерматита: механические причины - до сих пор надавливание, растирание (тесная одежда, обувь, неправильно наложенный пластырь и т. Д.). Под воздействием памперсов у детей часто развивается пеленочный дерматит. В этом случае швы, складки пеленок вызывают гиперемия кожных покровов ребенка, ссадины эпидермиса, увлажнение. Когда к этому клею добавляется инфекция, начинается пиодермия и болезнь усугубляется.

Под воздействием физических факторов

- а) разной степени воздействия высоких и низких температур, холодного отверждения
- б) Дерматит - солнечный дерматит. Часто дерматит развивается в результате воздействия коротких и ультрафиолетовых лучей. У рыбаков. У моряков, людей, работающих в поле и на открытых ландшафтах, может развиваться хронический шпаклевочный дерматит.
- в) рентгеновские лучи - возможно развитие альфа-, бета-, гамма-, нейтронно-лучевого дерматита
- ж) химическое воздействие - это пестициды, применяемые в сельском хозяйстве, бытовые или промышленные дезинфицирующие средства, мыло, порошки. Все это часто приводит к профессиональному и семейному дерматиту.
- г) Часто растения - фитодерматитами можно назвать, например, борщ, первоцвет, сорняки, которые растут на полях и в открытом грунте. Основное действие хлорофилла и эфира в растениях. Часто они являются аллергенами.

Клиника: Клиника заболевания зависит в основном от индивидуальных особенностей организма, химических реакций. При дерматите кожа обычно красная, граница чистая и слегка припухшая, а в некоторых случаях появляются небольшие узелки и волдыри. Затем они могут стать зудящими, кожными и зудящими. В некоторых случаях образуются большие и маленькие волдыри, которые могут характеризоваться некротическими изменениями.

Субъективные симптомы - пациенты жалуются на повышение температуры тела, раздражительность, стеснение, боль и различной степени тяжести.

Общие симптомы также могут различаться в зависимости от тяжести и распространенности поражения. В некоторых случаях повышается температура тела, пациенты становятся беспокойными, нарушается сон и нервозность. Дерматит обычно проходит через 1-2 недели, не оставляя следов.

При затяжном дерматите исчезает острая воспалительная реакция, а заболевание характеризуется появлением умеренной инфильтрации, лихенификации, гиперкератоза (например, образование кадмия у людей, занимающихся физическим трудом).

Поставь диагноз

В зависимости от следующих факторов:

- 1) связь с внешними воздействиями
- 2) острое начало болезни после действия внешних воздействий
- 3) процесс воспаления происходит в основном на открытых участках тела
- 4) очаг поражения четко ограничен и выделяется на фоне окружающей здоровой кожи
- 5) не распространяется на другие участки кожи и не вызывает аллергических высыпаний
- б) быстрое возвращение болезни после снятия внешних воздействий.

Аллергический дерматит:

Аллергический дерматит у некоторых людей развивается в результате чувствительности к аллергенам. Чувствительность может быть врожденной - так называемая индивидуальная непереносимость (например, яйца, продукты из цитрусовых ...). Часто гиперчувствительность развивается в результате повторного воздействия аллергена. Это явление называется моновалентной сенсibilизацией. Это аллергическая реакция постепенного происхождения, при которой в клетках эпидермиса образуются комплексы антиген-антитело. Однако следует отметить, что общее состояние организма, включая нервные, эндокринные железы, желудочно-кишечный тракт, обмен веществ и иммунный статус имеют большое патогенетическое значение в развитии этой реакции.

При аллергическом дерматите, даже если аллерген поражает только кожу, чувствительность - *sesibilizasiua* - остается специфической для всего организма. Если моновалентная сенсibilизация развивается раньше, то при рецидиве заболевания организм может стать более чувствительным не только к одному аллергену, но и к нескольким другим веществам. Это называется поливалентной сенсibilизацией. В этом случае аллергический дерматит может перейти в экзему.

Клиническая картина. Клинические признаки характеризуются оригинальным полиморфизмом. В этом случае воспаление кожи сопровождается образованием пятен (эритемы), волдырей, узелков и водянистых участков. Симптомы аллергического дерматита аналогичны симптомам обычного контактного дерматита. Однако для аллергического дерматита характерно следующее: процесс воспаления возникает только в тех местах, где аллерген контактирует с другими частями кожи. Появление аллергических высыпаний вдали от места воздействия аллергена. Появление клинических признаков, нередко характерная для экземы (водянистая, пузырьчатая) рецидив заболевания - рецидив Аллергический дерматит длится долго. Кожные пробы с аллергеном, который более вероятен, чем обычный контактный дерматит, оказываются положительными.

Основное отличие экземы от аллергического дерматита уха в том, что когда этиологический фактор при аллергическом дерматите перестает действовать, болезнь быстро исчезает. Иногда отличить аллергический дерматит от экземы очень сложно.

Уход:

При лечении простого дерматита необходимо купировать действие фактора, вызывающего воспаление. Затем применяется наружное местное лечение от причины воспаления. Это включает вскрытие волдырей для удаления воспалительной жидкости, промывание бактерицидными растворами (перманганат калия, риванол, танин, фурациллин), цинком, ихтиолом и другими антисептическими мазями, увлажнение кожи раствором нитрата серебра, танина или ихтиола. жидкий протир и другие вещества.

При лечении аллергического дерматита также необходимо выявить аллерген, вызвавший сенсibilизацию, и устранить его. При появлении признаков интоксикации следует провести промывание ЖКТ, диуретики.

Затем применяются противовоспалительные и противовоспалительные препараты.

1 антигистаминные препараты (дифенгидрамин, тавегил, задитен).

2 добавки кальция

3 седативных средства.

4 витамина

В случае местного лечения отеков обезвоживание-увлажнение растворами антисептиков.

После периода острого воспаления на золу наносят водно-глицериновые или жидкие фигурные пасты, при сухой коже применяют ланолиновый крем, ежедневно применяют кортикостероидные мази (преднизолон, фторокорт, лоринден).

Токсикодермис

- Это острое воспаление кожи, которое возникает при вдыхании эффекта через дыхательные пути или пищеварительный тракт, внутривенном, подкожном или внутримышечном введении. В его патогенезе присутствуют токсико-аллергические факторы, в том числе отравление. Токсикодерматит вызывается различными лекарствами, поэтому его еще называют

лекарственным дерматитом. В патогенезе этого заболевания токсико-аллергические факторы могут поражать не только кожу, но и слизистые оболочки, внутренние органы, нервную и сосудистую системы. Кожная аллергия проникает в клетки и другие ткани, связывается с органами цитоплазмы (нуклеопротеиды, митохондрии) и попадает в плазму крови. Повреждение кожи и других органов этим препаратом нарушает активность ферментных систем в клетке, Клинический ландшафт.

Токсикодермия часто вызывает эритему, узелки, волдыри. Иногда на коже и слизистых оболочках появляются узелки, пузыри и волдыри, а иногда - широко распространенные эритематозные очаги или эритродермия.

При этом каждый препарат дает конкретную клиническую картину токсикодермии. Например, препараты йода и брома содержат йод и бром, или tuberozpaaua представляет собой токсикодермию, называемую йододермией, бромодермией.

Сульфаниламид часто развивается в виде ограниченной красной эритемы, ограниченной эритемы или ограниченной фиксирующей эритемы эритемы, которая всегда появляется в одном месте после приема препарата и исчезает через несколько дней. Вместо этого остается волосисто-коричневая пигментация.

Сульфаниламидная эритема чаще всего возникает на ладонях, слизистых оболочках рта, губ и половых органов. Ухудшается общее состояние больного, повышается температура тела, становится вялым, нарушается функция различных органов. Клиническая картина иная при обострении заболевания, но часто он похож на оспа, сыпь, корь, скарлатина, корь, различные формы экссудативной эритемы, урасси лишай и другие могут напоминать высыпания. Наиболее серьезным осложнением является острый эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). В этом случае на коже и слизистых оболочках внезапно появляются большие расклеванные очаги, на которых образуются волдыри. После того, как волдыри рассасываются и верхние слои эпидермиса становятся все толще и толще, появляются большие водянистые эрозивные участки. В этом случае симптом Никольского положительный.

Состояние очень тяжелое, температура 39-40, проблемы с сердцем, нейтрофилия в крови, повышение СОЭ, альбуминурия в моче, эритроциты, белки, эксфолиативный дерматит при постановке диагноза, токсикоз плода, острая гнойная крапивница, синдром Стивенса-Джонсона. (экссудативную полиморфную эритему следует отличать тяжелой формой).

При лечении важно знать причину заболевания. Затем назначают десенсибилизирующие и антигистаминные препараты, диуретики, вит. С, V, обычные лекарства, очистители кишечника. Иногда в зависимости от клинических симптомов назначают гормональные препараты и другие методы лечения. Если есть очаги некроза, их удаляют, и назначают обезболивающие и противовоспалительные препараты.

Экзема (ЭКЗЕМА) Слово «экзема» происходит от слова «ехео» - кипение, и болезнь названа так потому, что острое поражение экземой, наполненное маленькими пузырьками, напоминает кипящую воду. Экзема - это воспаление кожных складок. Имеет специфический нейрогенный эффект. -аллергическая природа

Этиология и патогенез.

Нервная система играет особую роль в возникновении и развитии экземы. Каждый дерматолог на собственном опыте наблюдал, что экзема может возникать или рецидивировать из-за раздражительности и сильного стресса.

По данным Т. П. Павлова (1894), область с экземой и окружающая кожа имеют повышенную электрическую чувствительность к боли, которая проявляется еще до появления сыпи. Иногда болезнь начинается с травмы периферической нервной системы. Исследования показали, что у большинства больных экземой выявляются различные изменения и заболевания центральной нервной системы. Накопление ацетилхолина в коже пациентов еще раз доказывает, что нервная система играет важную роль в патогенезе экземы. Дисфункция желудочно-кишечного тракта также играет роль в развитии экземы.

Schnitzer (1955) наблюдал различные патологические изменения внутренних органов у 93 из 136 больных экземой. В печени таких больных обнаруживается нарушение обмена веществ, снижена ее антитоксическая функция. Низкая кислотность желудочного сока у больных

экземой свидетельствует о высокой заболеваемости гастритом, колитом, холециститом, важной роли желудочно-кишечного тракта в патогенезе заболевания. Различные вещества также играют важную роль в возникновении экземы. Примером этого является экзема, вызванная синтетическими моющими средствами (щелочами, порошками), обнаруженными у домохозяек. В настоящее время возбудители болезней, называемые «пнеumoаллергенами», привлекают внимание многих ученых. Пнеumoаллергены на пыль, текстильные волокна, монеты из эпидермиса человека или животных и другие. В результате ухудшения состояния окружающей среды с каждым годом увеличивается количество болезнетворных факторов. Экзема также может возникнуть в результате приема различных лекарств и антибиотиков. Подробно они описаны в теме «Дерматиты». Говоря об этиологии и патогенезе экземы, нельзя забывать об инфекционных факторах.

Например, при микозе стопы или эпидермофитии чуже вторичные аллергические высыпания - экзематозные эпидермофиты - наблюдаются на участках, удаленных от очага заболевания. Похожая ситуация наблюдается при микробной экземе.

Клиника. Экзема подразделяется на следующие типы в зависимости от ее патогенетической природы, этиологических факторов и преимущественно клинических проявлений: экзема подбородка, микробная, профессиональная, себорейная и детская экзема. В зависимости от клинического течения различают острую, умеренно острую и хроническую экзему.

Подбородочная экзема. Сыпь характеризуется полиморфизмом, покраснением, появлением мелких узелков, волдырей, абсцессов, прыщиков, гнойничков и новообразований кожи. Сыпь при экземе имеет определенную эволюцию, то есть высыпания вызваны изменениями одного элемента за другим. Например, из узлов образуются пузырьки, а из них - пустулы.

Вышеперечисленные симптомы характерны для острой экземы подбородка, сыпь в основном появляется на лице, ягодицах, коже стоп и других частях тела и продолжается сильным сморщиванием, иногда раздражением и покраснением.

В зависимости от того, какой из морфологических элементов чаще встречается в клинической картине экземы, различают разные типы экземы: влажную, папулезную, везикулярную, пустулезную, плоскоклеточную и пустулезную.

Умеренно острая экзема - это более легкая форма острой экземы, характеризующаяся незначительным отеком и покраснением кожи, а также прекращением острой сыпи и значительным уменьшением сморщивания. Иногда бывает сложно определить, острая ли экзема или умеренная, в зависимости от клинических проявлений. При этом в зависимости от течения болезни условно делят на вышеперечисленные виды. Период экземы до 6 недель - острый, следующий - умеренно острый.

Хроническая экзема характеризуется клинической и гистологической инфильтрацией воспаления, поэтому кожа пораженного участка утолщается и утолщается. На коже с инфильтратом низкой эластичности появляются белые, желтовато-коричневые или красноватые пустулы, иногда узелки и волдыри. Хроническая экзема усугубляется определенными факторами; Это вызывает покраснение кожи, отек и сыпь.

Экзема не всегда протекает одинаково. Иногда сыпь возвращается вскоре и долго не повторяется. Когда экзема рецидивирует, она может захватить и другие участки пораженного участка.

Дисгидротическая экзема. Он сопровождается образованием крошечных волдырей на подошвах стоп и щиколотках. Кожа слегка краснеет, волдыри лопаются и оставляют царапину, которая покрывается желтыми волдырями, а иногда бывают случаи, когда волдыри затвердевают вместе с жидкостью внутри, не разрываясь. Здоровый участок вокруг пораженного участка резко отделяется от кожи.

При микробной экземе. более оральная пиодермия становится вторичной по отношению к экземе. Поэтому клиническая картина характеризуется наличием симптомов, характерных для экземы и пиодермии. Заболевание в основном наблюдается у телят, на внешней стороне волосистой части головы и на коже черепа, граница поражения резко разделена, форма гладкая и спокойная. Сыпь асимметричная. Пораженный участок кожи покрывается пластинчатой кожей, при удалении заменяется розовым пятном, экзематозными лунками и серозными

каплями экссудата. Иногда вокруг пораженных участков появляются небольшие пустулы, которые могут образовывать экзематозные поражения. Заболевание прогрессирует с усыханием. Микробная экзема бывает паратравматической и варикозной. Их внешний вид механический (неправильное приклеивание штукатурки),

Профессиональная (профессионал) экзема возникает на открытых участках кожи тела. Развитие болезни обусловлено появлением аллергенов, которые могут оказывать сенсibilизирующее действие на организм. У большинства пациентов кожная проба положительна на сенсibilизирующие факторы. Клиническое течение такого дерматита практически неотлично от экземы. Только при устранении аллергенов болезнь продлится дольше, чем дерматит.

Себорейная экзема (маслянистый гусь) - патологический процесс преимущественно в коже, где расположены сальные железы, в основном волосистая часть головы, серая стрелка вверху, длинная серая нижняя сторона, а также пятна и узелки, монеты и пустулы, которые заражают грудная клетка покрыта мелкими гнойничками и состоит из. Эти пятна желтоватые, границы довольно резко разделены, большинство из них сливаются друг с другом. В середине узлов могут образовываться звенящие элементы. Заболевание начинается при половом возбуждении. Себорейная экзема чаще всего протекает без сыпи. Пораженная кожа жирная, и эти участки имеют усыхание.

Детская экзема. Детская экзема в основном вызывается экссудативным диатезом или наследственными факторами, а также изменениями иммунной реактивности организма. Определяется, есть ли у родителей или родственников ребенка, больного экземой, различные аллергические заболевания. Из-за снижения иммунобиологических свойств организма пациента они становятся очень чувствительными к химическим веществам, продуктам питания и лекарствам.

Заболевание может начаться уже в первые дни жизни ребенка. Патологический процесс начинается в волосистой части лица, шеи, головы и постепенно распространяется на другие участки тела, эти участки тела краснеют и сморщиваются, появляются небольшие экссудативные узелки и волдыри. Везикулы разрываются и тело отекает, затем верхняя часть покрывается желтовато-желтыми пустулами, черной коркой, иногда у больных эритематозно-плоскоклеточной себореей. Затем болезнь может прогрессировать до диффузного или диссеминированного нейродермита.

Гистология. Спонгиоз наблюдается в шиповатом слое эпидермиса, затем клетки шиповатого слоя отделяются и образуют полости. В роговом слое наблюдается паракератоз. Расширены кровеносные сосуды в молочном слое дермы, вокруг которых имеется инфильтрат лимфоцитов, гистиоцитов. В хронической фазе болезни утолщается колючий слой и наблюдается акантоз, иногда наблюдается слабый спонгиоз.

Лечение. Регулирование диеты важно при лечении детской экземы. Важно ограничить количество углеводов, соли и жидкости, потребляемых с пищей, поскольку они усиливают процесс воспаления в коже. Лекарства, используемые для лечения экземы у детей, почти неотличимы от других видов лечения экземы. Единственная разница заключается в количестве принимаемого лекарства. При лечении экземы, прежде всего, необходимо устранить причинные факторы (аллергены) и лечить заболевания внутренних органов, нервов, эндокринных и других органов и систем. Используются седативные средства нервной системы (транквилизаторы и седативные средства) - бром, новокаин, тазепам, нозепам и другие. Хорошие результаты дают гипнотерапия и сонная терапия. Соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция), тиосульфат натрия рекомендуются для лечения аллергических реакций. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. Для снятия аллергии рекомендуются соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция), тиосульфат натрия. С первого дня лечения

увлажняющие кремы и индифферентные пасты (свинцовые, лассо, нафталиновые пасты). Мази, уменьшающие зуд (ментол, анестезия, дифенгидрамин), применяют после процесса острого воспаления. Использование мазей и кремов с кортикостероидами также увеличивает эффективность лечения. Основная задача при лечении хронической экземы - рассасывание инфильтрата. Для этого рекомендуются мази из серы (33% -5,0), нафталина (20% -1,00), дёгота (10% -2,0).

3-й лен антисептического стимулятора Дорогова (ДАС) более целебен при абсорбции инфильтрации. Применяется в виде мази 5-10%.

Профессиональные заболевания

Профессиональные дерматозы (профдерматозы) - это кожные изменения или заболевания, вызванные производственными факторами. Классифицируют такие дерматозы по факторам, вызывающим заболевание, следующим образом:

1. Дерматозы, вызванные химическими веществами.
2. Дерматозы, вызванные физическими факторами.
3. Дерматозы, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний.

Профессиональные дерматозы, вызванные химическими веществами. Химические дерматозы занимают значительное место среди профессиональных дерматозов. Существует множество химических веществ, которые воздействуют на человеческий организм извне: а) непосредственно воздействуют на кожу и вызывают воспаление в этих областях, простые или обязательные эффекты (минеральные кислоты, щелочи, соли и т. Д.); В результате воздействия этих веществ повышается чувствительность организма к этим веществам (сенсбилизация), и они становятся аллергенами для макроорганизма. Обычно не все люди чувствительны к таким химическим веществам, у некоторых они вызывают воспалительную реакцию только на коже; б) более двух и более. (комбинация) вещества (сенсбилизатор и связывающий агент) реакции совместного возбуждения, например соли хрома; в) нефтяные углеводы и угольные продукты - летучие фракции (керосин, бензин и др.), банальный дерматит, воспаление фолликулярного аппарата, фотодерматит. гиперкератоз, иногда вызывающий опухоли кожи.

Следующие профессиональные дерматозы распространены в клинической дерматологии.

Профессиональный дерматит - острое воспаление кожи, при образовании которого никакое вещество не проникает в кожу в одном месте и не распространяется за ее пределы (баня, контактный дерматит). В этом случае после устранения эффекта признаков воспаления не будет.

Профессиональная экзема вызывается выделением химического вещества (аллергена), которое увеличивает чувствительность (сенсбилизацию) организма во время производства. Эти дерматозы не отличаются от истинной экземы Дьюара в зависимости от клинической картины. УК является основным морфологическим элементом образования пятен, узелков, пузырьков, материи, зробиуа, черной корки. Заболевание имеет тенденцию распространяться и часто повторяться. Еще сложнее определить, вызвана ли экзема вредным воздействием какого-либо вещества, имеющего непосредственное отношение к профессии. Позже болезнь рецидивирует, несмотря на потерю экзогенных факторов.

Фолликулярные собачки или жировые отложения чаще всего встречаются у людей, которые напрямую работают с нефтепродуктами и углем. Воспаление связано с волосяными фолликулами и сальными железами. Основные заболевания - слесари, смазочные материалы, угольщики и другие. Поражения чаще встречаются на коже запястий, бедер и живота. Вначале на волосяных фолликулах накапливаются небольшие черные точки, состоящие из масла и угольной пыли, а затем в этих местах появляются опухшие узелки и прыщи.

Токсическая меланодермия возникает в результате длительного воздействия углеводородов на кожу. Заболевание характеризуется общей интоксикацией, слабостью, головной болью, снижением сна и аппетита, а затем у пациента шеи, шеи и т. Д. Оно связано с эритемой, пигментными пятнами, фолликулярный гиперкератоз, телеангиэктазия и другие симптомы в области трещины и на коже всего тела. Пораженные участки становятся коричневыми, и со

временем на этих участках появляются полосы. Либа не морщится, не сморщивается, а лечение не помогает.

Профессиональные поражения кожи или доброкачественные опухоли, легкая боль, овальной или округлой формы. характеризуется наличием ограничивающего кольца вокруг него. Эти симптомы обычно вызваны попаданием химикатов на ранее порезанные, поцарапанные, поцарапанные участки или трещины. Они уникальны по внешнему виду, напоминают «птичий глаз». Профессиональные поражения кожи встречаются на пальцах ног, запястьях, а иногда и на ногах у тех, кто работает с кислотами, щелочами, карбидами и хромом.

В результате многолетней работы с углем и нефтепродуктами на коже появляются здоровые опухоли. Их можно увидеть на любом участке тела, а их внешний вид напоминает обычную бородавку или папиллому. Иногда они могут перерасти в злокачественные опухоли, поэтому важно выявить их как можно раньше.

Профессиональные аллергические дерматозы возникают в результате многократного воздействия аллергена на кожу человека и повышенной чувствительности организма. В то же время нервные, желудочно-кишечные, эндокринные нарушения, гнойные и грибковые инфекции могут вызывать аллергические реакции.

При аллергических дерматозах тест на возбудителя однозначно положительный, а на другие аллергены - отрицательный. Клинически аллергический дерматит похож на неаллергический контактный дерматоз, но с преобладанием аллергического дерматита. Для него характерно появление высыпаний даже на участках, не подверженных воздействию химикатов. Аллергические дерматозы быстро заживают при потере аллергена, а в случае рецидива он может выводиться из организма.

Профессиональные дерматозы, вызванные физическими факторами - Такие дерматозы вызываются высокими или низкими температурами, солнечным ударом, различными механическими воздействиями, поражением электрическим током и другими. Заболевание также может быть вызвано тяжелыми физическими нагрузками, буксировкой, земляными работами, бурением, асфальтированием и т. Д.

Улучшение производственных условий, механизация всех тяжелых работ приводит к резкому снижению профессиональных дерматозов, вызванных физическими факторами. В руках у тех, кто не много работает, есть несколько «пакетов с водой». Это не профессиональное заболевание, а физиологическая химическая реакция организма на механические воздействия. Однако многолетние физические нагрузки приводят к утолщению кожи ладоней рук, что у этих людей становится признаком определенной профессии. Иногда эти участки разрываются, в результате чего возникает вторичная пиококковая инфекция, которая приводит к гнойному заболеванию, которое может временно или полностью потерять трудоспособность.

Стигмы разные в разных профессиях, например, плотник, кузнец, сапожник, у колхозников сухая упаковка и глазурь, кровопийцы (шахтеры), пятна на коже пожарных, раскаленный металл в виде шрамов, оставленных на металлистах, работающих с порошк.

У тех, кто работает под непосредственным воздействием внешней среды, бывают случаи холода или, наоборот, теплового удара.

Несоблюдение санитарных правил при работе с радиоактивными веществами, а также несвоевременное проведение дозиметрического контроля, аварии на АЭС могут привести к острой или хронической лучевой болезни.

Профессиональные дерматозы, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний. Если заболевание передается напрямую при выполнении работы по какой-либо профессии, это называется профессиональным заболеванием. Остановимся на некоторых из них, самые распространенные из которых.

Профессиональные грибковые заболевания кожи

- Ветеринары и сельскохозяйственные работники, зоотехники, животноводы, доярки, а также банные работники, экспериментаторы на животных, часто контактирующие с животными, пораженными грибковыми заболеваниями, в процессе работы подвергаются воздействию микроспоридий., *Trichofitiua*, *favus*, *epidermofitiua*, рубромикоз, кандидоз, актиномикоз,

споротрихоз. В зависимости от клинических проявлений они обычно почти неотличимы от аналогичных непрофессиональных заболеваний.

Эрисепелоидная чума или чума свиней. Возбудитель - бактерии, вызывающие у свиней желтую лихорадку. Болезнь в основном поражает домашних животных, мясников, мясников, рабочих столовых, консервных заводов, рыбозаводов и птицеводов, которые находятся в тесном контакте с больным животным, подхватывают болезнь в процессе работы. Бактерии попадают на пораженный участок кожи и проявляют клинические признаки заболевания после непродолжительного мочеиспускания. Сначала образуется четкая граница, и эти участки превращаются в красновато-синюю эритему и становятся болезненными. В пораженных очагах появляются узелки и волдыри. Суставы больного опухают, становятся болезненными, увеличиваются лимфатические узлы, повышается температура и недомогание, а затем эритематозное поражение становится розовато-синим. Заболевание может длиться от нескольких дней до нескольких недель и перейти в хроническую форму. Если у пациента не было постоянного иммунитета, он мог заразиться.

Узелки у молочных коров обнаруживаются в тесном контакте с крупным рогатым скотом (коровы, овцы, козы). Заболевание может передаваться ветеринарам и зоотехникам, возбудителем которых является вирус оспы.

После инкубационного периода 3-4 дня на пальцах рук, запястьях, а иногда и на коже лица появляются шаровидные узелки, похожие на горошины. Цвет у них голубовато-розовый, середина вогнутая, как врожденная, преимущественно на участках гиперемии и припухлости. Иногда между узелками могут появляться гнойные пузыри. Заболевание длится несколько недель, после чего остается гиперпигментированное пятно или рубец. В результате механизации доения заболеваемость резко снизилась.

Методы диагностики, лечения и профилактики профессиональных заболеваний. Некоторые профессиональные дерматозы диагностировать несложно, так как они наблюдаются только у людей определенных профессий (толстые фолликулярные собаки, профессиональные щенки). Кроме того, некоторые люди, выполняющие одну и ту же работу, внезапно заболевают. Однако отличить профессиональные дерматозы от непрофессиональных дерматозов очень сложно. Следует отметить, что в повседневной жизни мы используем моющие средства для стирки, а также многие бытовые аллергены, такие как лак, клей, краски, никель, скипидар, которые, конечно же, являются аллергенами, связанными с их производством. Необходимо дифференцировать.

Аллергические эффекты веществ, используемых или полученных на производстве сотрудников, регулярно изучаются специалистами санитарно-эпидемиологической станции, а клиническая картина заболевания оценивается дерматологом. Вспышки профессиональных заболеваний и их клинические проявления зависят, прежде всего, от условий труда, производственных условий, окружающей среды и аллергенных свойств веществ, вызывающих чувствительность кожи, и, самое главное, от санитарно-гигиенических навыков рабочего.

Для определения профессиональной предрасположенности заболевания и оценки его характера следует использовать следующую информацию:

1. Близость макроорганизма к условиям работы и действующему веществу. Какие участки кожи пациента находятся рядом с действующим веществом, контактировали ли они ранее с таким же веществом; необходимо определить, были ли на учете в этом учреждении подобные пациенты.
2. Продолжительность болезни, есть ли у пациента изменения кожных покровов перед началом работы. Определить, распространилась ли болезнь, необходимо при работе с другими технологическими процессами или новыми химикатами.
3. Клиническое течение болезни. У большинства пациентов возникает рецидив, как только они прибывают в свое учреждение, и, если они не работают какое-то время, они немедленно выздоравливают или их состояние ухудшается. Если долго не работать, пациент выздоравливает. в таких случаях подтверждается, что болезнь имеет отношение к профессии. Если болезнь полностью не вылечена (даже если больной не работает в том месте, где работает), а на ее месте появляются высыпания, то болезнь не имеет отношения к профессии.

4. Расположение очагов инфекции. В зависимости от профессии очаги поражения при дерматозах обнаруживаются в основном на открытых участках кожи.

5. Чтобы доказать актуальность дерматозов для любой профессии (определить чувствительность организма к химическому веществу, используемому в этой профессии), были проведены кожные пробы. Компрессионные и капельные пробы широко используются в дерматологии.

Метод сжатия. Марлю размером 1,5x1,5 см, пропитанную раствором стимулятора, складывают на четыре части и кладут на подушечку для письма запястья, накрывают и завязывают компрессную бумагу размером 4x4 см. Сертификат регистрируется на срок от одного дня до двух дней.

Капельный метод. Этот метод очень прост и применим в любой ситуации. Спиртовой раствор действующих веществ, широко используемых в производстве, заранее готовится для капельного тестирования. Каплю раствора закапывают в здоровую кожу (кожу живота) и окружают химическим карандашом. Результат фиксируется через 24-48 часов. Если реакция положительная, на месте закапывания появляется небольшое количество эритемы, припухлости, одного или нескольких узелков или волдырей. Для отделения от неспецифических реакций вещества симметрично прессуют с помощью раствора сулема 1: 1000 в компрессе, 4,5% водного раствора формалина и 2% спиртового раствора сулема капельным методом. Проведение аллергических реакций требует от специалиста большой ответственности. В то же время отрицательный результат кожной пробы не стал поводом отрицать, что болезнь имеет отношение к профессии.

Лечение профессиональных дерматозов. В первую очередь необходимо немедленно удалить действующее вещество или аллергены, попавшие на кожу, а также принять меры по дезинфекции кожи и предотвращению возврата этих веществ на пораженную кожу. Иногда только эта помощь помогает пациенту выздороветь. Аллергические или неаллергические профессиональные дерматозы

Лечение непрофессионального дерматита почти такое же, как и лечение непрофессиональных дерматозов.

При остром начале профессиональных аллергических дерматозов - антигистаминные препараты, 30% раствор тиосульфата натрия или 10% раствор хлорида кальция по 10 мл ежедневно внутривенно в течение 8-10 дней; глюконат кальция вводится между мышцами.

При отеке кожи марлю лучше смочить в 1% растворе резорцина в воде или 0,25% растворе нитрата серебра; После воспаления смачивание 2% борной кислотой. Ихтиоловая или 2-5% -ная нафталиновая паста используется, когда кожа перемещается и начинается обморожение. При жирных фолликулах у собак пораженные очаги промывают теплой водой с мылом и натирают смесью серы. Витамин А назначают для питья.

Больным рожистым заболеванием назначают антибиотики для питья. Иногда пенициллин 600000-800000 ВР вводят внутримышечно каждые 4 часа в течение 5-7 дней, если лечение проводится в сочетании с сульфаниламидами, результаты хорошие, пораженные участки кожи подвергаются воздействию ультрафиолета, мази 20% ихтиола или гиоксизона. использовал.

Следует отметить, что лечение дает наилучшие результаты, если пациенту не разрешается повторно контактировать с аллергеном во время лечения.

Проверка работоспособности имеет важное значение для профилактики профессиональных дерматозов. При неаллергическом контактном дерматите, а также при жирных фолликулах пациента временно переводят на другую работу или выдают больничный на 1-2 месяца. Если те, кто работает с химическими веществами, становятся более чувствительными к этим веществам и болезнь имеет тенденцию распространяться, пациента переводят на другую работу.

При профилактике дерматозов, связанных с псориазом, в первую очередь необходимо улучшить условия труда, заменить действующие вещества другими веществами, а также полностью исключить факторы, вредно воздействующие на организм. Санитарное состояние рабочих мест должно находиться под постоянным контролем, а сотрудники должны быть полностью осведомлены о мерах индивидуальной защиты и обеспечены специальной одеждой.

Для индивидуальной защиты кожи от различных воздействий в производстве используются 1% алмазный синий, 3-5% йода, 70% спирт, раствор Новиковой, мазь Микул. Для очищения кожи используют мыло-ланолиновую пасту, содержащую оксид цинка (3,5 г), стерин (14 г) и растительное масло (82,5 г).

Нейродерматозы - сильный зуд тела включает ряд кожных заболеваний, связанных с. К ним относятся усыхание кожи, различные типы нейродермита, зуд, крапивница и многое другое.

зуд кожи (КОЖАНЫЙ Зуд)

Смягчение кожи длится долго и сопровождается усадкой и ссадинами кожи. Теперь ясно, какие рецепторы вызывают зуд. без понятия. Некоторые ученые также предполагают, что болевые рецепторы уменьшаются; Считается, что импульсы зуда проходят по нервным волокнам в подкорковые и корковые центры и становятся субъективными ощущениями.

Он также встречается при заболеваниях крови, обмена веществ, печени, почек, поджелудочной железы.

Поэтому необходимо предварительно внимательно осмотреть внутренние органы пациента.

Объективные признаки сморщивания крачек характеризуются отсутствием на коже первичных морфологических элементов и наличием ссадин и геморрагических корочек от вторичных элементов. Это значит, что кожный зуд - результат нарушения субъективной чувствительности. В результате длительного зуда кожи ногти у пациента выглядят «шаткими». Зуд усиливается во второй половине дня или вечером, иногда настолько сильный, что даже влияет на трудоспособность пациента и приводит к депрессии. При длительном сохранении зуда кожи развивается лихенификация, которая постепенно может переходить в нейродермит.

Возникает диффузный или ограниченный зуд кожи, ограниченный тип чаще всего наблюдается в области половых органов (вульва, вульва и анус) в результате рвоты, остроконечных кондилом, вегетативного невроза, местного потоотделения, эндокринных заболеваний и т. Д.

Лечение. В первую очередь необходимо своевременно выявить и устранить этиологические причины. Лечится в основном симптоматически, антигистаминными препаратами, гипосенсибилизаторами, а также седативными средствами - тазепамом, элениумом, седуксеном, аминазином и другими.

Местное лечение - тимол (1-2%), карбол (2%) и ментальные растворы; Рекомендуются охлаждающие смеси (болты), содержащие ментол и анестезию. Полезны кортикостероидные мази.

Нейродермит- Хроническое, рецидивирующее воспаление кожи, сопровождающееся сильным зудом тела с последующим появлением узловой сыпи - папулы, утолщение кожи, обострение лихенификации. В зависимости от клинических проявлений нейродермит бывают диффузные и ограниченные типы. Также существуют атипичные формы нейродермита, такие как гипертрофический, гиперкератотический, фолликулярный мочевого пузыря, диффузный лихенификация.

Этиология и патогенез. Нейродермит в основном вызывается эндогенными факторами, функциональные изменения нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, эндокринной системы, нарушения обмена веществ играют важную роль в формировании нейродермита. Невротические расстройства нервной системы: сильное возбуждение, слабость, астения, эмоциональная нестабильность, бессонница и др. Методы обследования, такие как электроэнцефалография, плетизмография, хроноксиметрия, показали функциональные изменения центральной и вегетативной нервной системы (стабильный дермографизм, отчетливый пилomotorный рефлекс, нарушения терморегуляции и потоотделения и др.).

Иногда дисфункция центральной нервной системы может быть вторичной, в результате бессонницы и сильного зуда нервная система становится напряженной, и это нейродермит. отрицательно сказывается на клиническом течении.

«Стресс», вызванный нагрузкой на нервную систему (сильное возбуждение и др.), Сильно влияет на деятельность коры надпочечников, при которой выработка гормонов замедляется или полностью прекращается; Снижаются противовоспалительные свойства организма, увеличивается потребность в глюкокортикоидных гормонах.

Следовательно, уменьшение количества кортикостероидов у пациентов приводит к усилению аллергической реакции или рецидиву патологического процесса в коже.

Вышесказанное показывает, что нервная и эндокринная системы тесно взаимосвязаны.

Сообщалось о повышенной или пониженной активности щитовидной железы у большинства пациентов с нейродермитом.

Значение аллергического процесса в патогенезе нейродермита определяется следующими данными:

1. Тщательное изучение истории болезни пациента показывает, что он страдал детским диатезом в молодом возрасте; На коже больше волдырей, прыщиков и экзематозных «колодцев», чем других элементов (инфильтрация, лихенификация). Это характерно для нейродермита экссудативного типа.

2. При очаговом нейродермите аллергические высыпания также могут обнаруживаться на участках, удаленных от пораженного участка.

3. Большинство пациентов с нейродермитом страдают аллергией на лекарства и продукты питания.

4. Нейродермит иногда сопровождается аллергическими заболеваниями, такими как бронхиальная астма, вазомоторный ринит, крапивница.

Таким образом, нейроэндокринные нарушения и аллергические реакции играют важную роль в возникновении и развитии нейродермита. Патологические изменения, обнаруженные в разных органах и системах, указывают на развитие взаимозависимости.

Хроническое воспаление слизистой оболочки толстой кишки и анального канала играет важную роль в патогенезе ограниченного нейродермита вокруг заднего прохода. Хронический гастрит, колит, энтероколит, гастроэнтероколит и проктоанусит приводят к запорам. В результате токсины всасываются в кишечнике, и организм подвергается аутоинтоксикации.

Кроме того, трещины на коже вокруг ануса, геморрой, рвота являются одними из этиологических факторов, вызывающих ограниченный нейродермит.

Диффузный (диффузный) нейродермит. В клинической картине диффузного нейродермита на фоне неострой кожной эритемы сильно развивается лихенификация и инфильтрация.

Вспышки, по-видимому, обостряются во время беременности в области шеи, рук и ног, половых органов и паха. Первичным морфологическим элементом является узелок, который располагается на нормальной неизменной коже или на светло-розовой коже. Эти узлы объединяются, образуя инфильтруемые области. Кожа при патологическом процессе сухая, поверхность покрыта эксклюзивными и мелкозернистыми монетами. Саморасслабление происходит и в естественных складках тела. Типичные симптомы - сильный зуд кожи, монотипная сыпь, дисфункция нервной системы, одермография, четкий пиломоторный рефлекс, нейродермит. Сильный зуд может привести к нарушению сна и невротизму. Пациентам с гипотонией, гиперпигментацией, адинамизмом, аллергическими реакциями, пониженной секрецией желудочного сока и мочи.

Клиническое течение нейродермита часто связано с фальсификацией. Заболевание в основном обостряется зимой и достигает клинической ремиссии летом.

Нейродермит может сосуществовать с бронхиальной астмой, вазомоторным ринитом, сенной лихорадкой и другими аллергическими заболеваниями.

Под действием некоторых сильных раздражителей бывают случаи острого воспаления патологического процесса (везикулы, сыпь, покраснение).

Гистопатология. Пара и гиперкератоз, акантоз, на коже. В лимфогистиоцитарном инфильтрате дермы имеется опухоль внутри и между клетками, а также вокруг резко нерасширенных кровеносных сосудов.

Ограниченная нейродермия. Сильно раздражается определенный участок кожи. Поражения располагаются на шее сзади или сбоку, на половых органах, в складках между ягодицами, в сгибательных суставах крупных суставов. В начале болезни изменения кожных покровов практически незаметны. При усилении зуда на коже появляются небольшие узелки, которые покрываются твердой консистенцией, перхотью. Позже узлы могут соединяться вместе и занимать мало места. Сыпь светло-розовая, коричневая, округлой формы. Кожа постепенно

утолщается и утолщается (lichenifikasiua) (рис. 22). При заболевании выделяются средние и гиперпигментированные периферические участки, состоящие из бледно-розовых узелков в центре лишайника, которые лихенифицированы. царапины наблюдаются при острых воспалительных поражениях. Иногда образующиеся тромбы превращаются в черную чесотку, часто усугубляемую вторичной пиодермией. Заболевание длится долго.

Гистопатология. Наблюдаются паракератоз, акантоз, инфильтрация молочных и ретикулярных слоев дермы.

Лечение. Седативные и психотропные препараты используются при лечении нейродермита. Для снижения аллергического состояния организма рекомендуются десенсибилизирующие и антигистаминные препараты (тавегил, задиген, дифенгидрамин и др.). С целью нормализации деятельности центральной нервной системы и уменьшения невротического состояния используются сон, гипноз, препараты брома, нейролептики (триоксазин, элениум, седуксен, мепротан), ганглиоблокаторы (нанофин, аминозин, гексан) и другие. Используются витамины (витамины группы В, А, RR). В тяжелых случаях назначают кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон, триамсиалон и др.).

К физиотерапевтическим средствам относятся сероводород, радоновые ванны, ультрафиолетовые лучи, ПУВА-терапия и другие.

Кортикостероидные мази (Синалар, Лоринден, Флузинар, Целестодерм, Дерматоп и др.) Используются в качестве местного лечения. При ограниченном нейродермите вокруг пораженных очагов вводят гидрокортизон, кенолог и другие стероидные гормоны. Использование лучей Баки при нейродермите мигрени также дает хорошие результаты. Во избежание прогрессирования и рецидива заболевания рекомендуется лечение в санаториях (Чартак, Чимган), для устранения хронических инфекций.

Атопический дерматит Атопический дерматит является многофакторным наследственным заболеванием и является наиболее распространенным дерматозом в детской дерматологии.

Этиология и патогенез. Важно определить происхождение заболевания на ранних стадиях заболевания: детская экзема, диатез, а также наличие аллергических состояний или заболеваний у близких родственников (аллергический ринит, бронхиальная астма, экзема и т. Д.). Заболевание желудочно-кишечного тракта (расстройство желудка, ферментопатия, дисбактериоз, плохое усвоение витаминов и белков) в период грудного вскармливания и раннего детства, а также у детей старшего возраста - психоэмоциональное переутомление, стресс и др. Причинные факторы атопического дерматита. Некоторые ученые говорят, что атопический дерматит - это форма нейродермита, в то время как другие считают, что каждая из них является самостоятельным заболеванием. У пациентов с атопическим дерматитом в детском возрасте

Клиника. Заболевание возникает в основном на лице (вокруг глаз и рта), шее, локтях и ниже колен. В патологических очагах встречаются эритема - плоскоклеточный рак, фолликулярные папулы, везикулы, эрозии, корочки, монеты, эти элементы располагаются преимущественно на лихенизированной коже (рис. 23). В то же время аналогичные клинические проявления кожи встречаются и на других участках тела. Сухая кожа и сильный зуд характерны для атопического дерматита, часто первичные очаги осложняются вторичными инфекциями.

Лечение. Аналогично лечению нейродермита и детской экземы. Опыт показал, что он очень полезен при лечении атопического дерматита.

Зуд (ПРУРИГО) Известно несколько типов анального зуда: почесуха младенца, почесуха взрослого человека.), узловой кожный зуд (prurigo nodularis), кожный зуд (prurigo Ne'gae).

Зуд у детей. Заболевание впервые было изучено Викканом и Бейтманом, которые назвали его строфулузом. Заболевание возникает у детей от 6 месяцев до 3-4 лет. Если патологический процесс вовремя не проходит, детский кожный зуд может превратиться в классический кожный зуд Гебры. Многие ученые также называют детский зуд детским зудом.

Этиология. Факторы, вызывающие кожный зуд у детей, не отличаются от факторов детской экземы. Детский зуд чаще встречается у детей с экссудативным диатезом (иногда детская сыпь позже вызывает зуд). Причиной заболевания могут быть рвота, неправильное питание или

кормление ребенка искусственными молочными продуктами, несварение желудка из-за непереносимости определенных продуктов (яйца, шоколад).

Клиника. Вначале на коже образуются морщинки. Посреди большого количества волдырей появляются очень зудящие узелки, размером с головку узла. В узелках образуются пузыри. Узелки ярко-красные, мелкие, конические, твердой консистенции. Узелки обычно быстро исчезают, а узелки прослужит дольше. На локтях и ягодицах появляются высыпания. Сильный зуд тела нарушает аппетит у детей во сне, они становятся капризными. Вторичная пиодермия может быть связана с кожным зудом, и в этом случае заболевание носит хронический характер. Если вовремя не лечить, это может перерасти во взрослый зуд или диффузный нейродермит.

Гистопатология. В начале болезни изменения кожных покровов практически неотличимы от изменений попки. Позже образуется дермоэпидермальный узелок, также называемый серозной папулой. Инфильтрат вокруг кровеносных сосудов содержит лимфоциты, гистиоциты и эозинофилы; папилломатоз, спонгиоз и образование пузырей на эпидермисе.

Лечение. Основа лечения - диетическое лечение; яйца, мед, шоколад, конфеты, соленые и жареные блюда запрещены. Рацион должен состоять в основном из овощей (морковь, горох, горох) и фруктов. Кисломолочные продукты: рекомендуются ацидофилус, кефир. Диета должна быть с низким содержанием жиров, углеводов и высоким содержанием витаминов (А, В, С). Необходимо устранить источники глистов и хронических инфекций, которые являются одним из факторов, способствующих заболеванию.

Для снижения гиперчувствительности у пациентов желателен использовать антигистаминные препараты и нейролептики, при более тяжелом течении заболевания назначают кортикостероиды. В качестве местного лечения рекомендуются 1% дифенгидрамин, анестетики и кортикостероидные мази. Если заболевание осложняется, то применяется раствор анилиновых красителей, мази, содержащие антибиотики.

Зуд у взрослых. Кожа рук, стоп, талии, живота, ягодиц сморщивается и становится узловатой. Папулы рассыпаны в поту, большая их часть покрыта кровотокающей и огрубевшей кожей, узелки сильно зудят, а после их исчезновения иногда остаются рубцы. Некоторые элементы на коже часто выглядят как неровности. Часто заболевание осложняется вторичными инфекциями. При кожном зуде, как и при нейродермите, изменяется общее состояние больных и развивается нервное состояние. Заболевание хроническое.

Лечение аналогично лечению нейродермита.

Узловой зуд. Заболевание впервые было описано Хардуэем в 1880 году.

Этиология и патогенез неизвестны. Некоторые ученые считают, что заболевание вызвано нарушением функции гонад, другие считают, что интоксикация играет важную роль в патогенезе узлового зуда. Расстройства нервной, нервной и желудочно-кишечной систем также влияют на возникновение и развитие болезни. Укусы насекомых (комаров и блох, ручейники) также могут вызывать заболевание.

Клиника. Встречаются твердые узелки сферической формы и узелки размером 7-13 мм; Узелки могут иметь форму грецкого ореха или больше. Заболевание сопровождается сильной усадкой. Иногда высыпания наблюдаются сами по себе или в сочетании друг с другом, занимают малозаметное место и вызывают гипертрофию. Узлы также могут быть гипертрофированы или сохраняться долгое время.

Гистопатология. Наблюдается утолщение рогового слоя, а иногда и зернистого слоя, явный акантоз дермы, инфильтрация сетчатки, состоящая из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов. Отчетливо видны отсутствие коллагеновых и эластических волокон в центре инфильтрата, гиперплазия нервного волокна, утолщение шванновской оболочки.

Лечение. Стероидные растворы, 25% раствор метиленового синего и 1-2% раствор новокаина вводят возле и под узлы. Для удаления узелков используются жидкий азот, уголекислота, диатермокоагулянты; Назначаются десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. Местное лечение заключается в применении кортикостероидных или абсорбирующих мазей (нафталина, ихтиола, ДАС).

Крапивница

Осел - это аллергическое заболевание, характеризующееся появлением волдырей на коже, иногда на слизистых оболочках, и сильным зудом.

Этиология и патогенез. В основе заболевания лежит повышенная чувствительность организма к различным воздействиям. Причины заболевания могут быть экзогенными (химические, механические, физические, фармацевтические, пищевые) и эндогенными (патология внутренних органов - нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, печени, нервной системы). Под влиянием эндогенных и экзогенных факторов в организме увеличивается количество гистамина, серотонина и других биологически активных веществ, в результате чего эти вещества расширяют капилляры, повышают их проницаемость и вызывают острый отек в молочном слое дермы. Гистамин и другие биоактивные вещества в основном находятся в базофильных клетках и высвобождаются из клеток при повышении активности ферментов протеазы.

Клиника. По клиническому течению различают острую, хроническую рецидивирующую и стойкую узловатую формы ослы.

Острая икота внезапно начинается с волдырей на коже пациента и сильного зуда. Шишки выступают над кожей, розовато-красные, круглой формы или могут быть удлиненными, иногда они сливаются друг с другом и принимают разные формы (рис. 25). При этом меняется общее состояние больного, повышается температура тела, появляется слабость, нарушение функции ЖКТ, «крапивница». Ослы могут перемещаться по разным частям тела. Сыпь часто возникает в гортани, гортани и других участках слизистых оболочек, где эти участки опухают, что затрудняет дыхание и глотание. Через несколько часов эшукем полностью исчезает, иногда повторяясь.

Острая ограниченная опухоль Квинка (ангионевротическая опухоль) - это тип острого ослы, характеризующийся появлением ограниченной опухоли на коже (или слизистых оболочках), подкожной клетчатке или гениталиях. Кожа грубая, эластичная, беловатая или розовая. Пациенты также не жалуются на зуд. Возможный. Часто это сопровождается нормальной задницей. Ограниченный отек Квинке более опасен, и его сыпь в гортани может вызвать стеноз или асфиксию.

Количество высыпаний на моей хронически повторяющейся попке невелико. Локальные высыпания длятся месяцами или годами. Этот вид ослы - хронические инфекционные очаги (тонзиллит, холецистит и болячка). При появлении высыпаний меняется общее состояние пациента, наблюдаются случаи головной боли, тошноты, рвоты и диареи, а также эозинофилия и тромбоцитопения в крови.

Стойкий узловатый герпес возникает в результате стойких высыпаний на коже пациента и появления папул. В этом случае ограниченная опухоль в коже постепенно замещается инфильтратом из лимфоцитов, и наблюдается процесс гиперкератоза, акантоза. Сыпь в основном красновато-коричневая, распространяется на области рук и ног.

Он принадлежит к группе фотодерматозов, которые образуются под воздействием солнца, в основном при заболеваниях печени и порфириновом обмене. и у людей, очень чувствительных к солнечному свету. Заболевание возникает весной и летом и возникает на открытых участках тела, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, руки, шея). Элементы сыпи ничем не отличаются от элементов в нормальной заднице.

Гистопатология. Для него характерен процесс острого воспаления. В эпидермисе между клетками возникает опухоль, а во всасывающем слое дермы - скопление серозной жидкости, хрупкость соединительной ткани, инфильтрат вокруг сосудов, состоящий из эозинофилов, лимфоцитов и гистиоцитов.

Диагностика. Опознать мою задницу несложно. Заболевание следует отличать от строфулуса, дерматита, вызванного укусами насекомых, а также от герпетического дерматита Дюринга.

Лечение. В первую очередь необходимо выявить и устранить причины заболевания (патология желудочно-кишечного тракта и нервной системы, очаги хронических инфекций и др.), Рекомендуются гипосенсибилизаторы, антигистаминные и седативные средства. В тяжелых случаях назначают стероиды. При острой болезни ослы рекомендуется давать мазь, очищающую мазь, мочегонные средства (фуросемид, лазикс и др.).

В качестве местного лечения используются водные и свинцовые пасты, коктейли, гормональные мази и кремы. Пациентам рекомендуется диета.

Псориаз - Хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиление пролиферативных процессов и нарушение дифференцировки (развития) клеток эпидермиса. Заболевание длится годами и чередуется с рецидивами и ремиссиями.

Эпидемиология: псориаз поражает 2% населения мира. Согласно литературным данным, псориаз широко распространен в Западной Европе и Скандинавии. Например, в Дании он составляет 2,9%, в Великобритании - 2,0%, в Норвегии - 4,8%, а в Китае и Гонконге - 0,37%. Мужчины и женщины в равной степени подвержены этому заболеванию. Псориаз чаще всего встречается у людей в возрасте от 20 до 40 лет.

Этиология и патогенез. Существует несколько теорий происхождения псориаза:

наследственные, иммунологические, нейрогенные, эндокринные, нарушения обмена веществ (углеводы, белки, жиры, циклические нуклеотиды, келаны и др.).

- **Наследственная теория.** Было обнаружено, что псориаз чаще встречается у родственников. Соответственно, псориаз делится на два типа: Тип 1 возникает в семьях и родственниках людей, больных псориазом, и начинается в возрасте 18-25 лет. На этот тип приходится 65%, и болезнь протекает тяжелее. Псориаз 2 типа протекает относительно легко в возрасте от 50 до 60 лет, и никаких семейных случаев не выявлено. Такой анализ показывает, что псориаз - многофакторное заболевание с генетической долей 60-70%. Различные гены участвуют в развитии псориаза по отдельности или вместе. У больных псориазом обнаружены нарушения жирового и углеводного обмена и увеличение количества протеогликогена (mys, fos, abl) в коже.

- **Иммунологическая теория.** Нарушения иммунной системы играют ключевую роль в патогенезе псориаза. В этом случае рост Т-лимфоцитов, пролиферация и дифференцировка эпидермальных клеток - вторичный процесс. Первые изменения происходят в дерме и эпидермисе. Процесс воспаления в дерме приводит к нарушению деления клеток эпидермиса, что проявляется повышенной пролиферацией. Гиперпролиферация приводит к секреции цитокинов и эйкозаноидов кератиноцитами. Это вызывает воспаление в псориазическом поражении. В поврежденных очагах клетки продуцируют интерлейкин-1 (ИЛ-1), который, в свою очередь, активирует Т-лимфоциты (помощники). Этот фактор (ИЛ-1) вырабатывается кератиноцитами и активирует лимфоциты тимуса.

ИЛ-1 приводит к инфильтрации Т-лимфоцитов в эпидермисе. Т-лимфоциты продуцируют интерлейкин и интерферон. Это приводит к повышенной гиперпролиферации эпидермальных кератиноцитов.

Нарушается пролиферация кератиноцитов и процесс образования кератиноцитов в 28 раз больше, чем обычно.

увеличивается. Экспериментальный псориаз при взятии Т-лимфоцитов у больного человека и введении им в кожу мышей.

созданный.

Триггерные факторы включают стресс, физические травмы, лекарства, инфекционные заболевания, гипокальциемию, алкоголь, климат и многое другое.

Клиника. Псориаз начинается у пациентов с различными клиническими проявлениями. Первичная сыпь резко ограничена, размер круга проявляется в виде розового пятна размером с головку булавки.

М. С. Пильков отмечал, что псориазическая сыпь имеет розовый (красный) цвет. (Симптом Пилькова) Цвет сыпи может варьироваться от ярко-розового (красноватого) до ярко-красного. От появления красноватого пятна на поверхности бело-серебряных монет. В некоторых случаях первичный элемент при пальпации с самого начала выглядит как узелок. В таких случаях, если монеты удалены, этот вид исчезает. Размер сыпи постепенно увеличивается, инфильтрация увеличивается. По мере увеличения и размножения монет появляются монотипные высыпания в виде узелков. Появляется периферическое разрастание высыпаний или слияние крупных высыпаний различной формы. Основная отправная точка - конечности. В основном, локти, колени, волосистая часть головы, кожные складки и участки тела. У некоторых

пациентов псориазная сыпь может располагаться в области ладоней и образования пузырей. Это называется обратимым псориазом (обратный псориаз). Диагноз псориаза характеризуется тремя специфическими симптомами (псориазная триада) и феноменом Кобнера или изоморфной реакцией. Псориазная триада характеризуется раздражением папулы, которое состоит из трех явлений.

1) перхоть с бело-серебряными монетами (феномен стеарина или свечного масла), 2) образование влажной сыпи после удаления монет (феномен терминальной или псориазной корки), 3) кровавые пятна, если раздражение продолжается » Наблюдается благоприятное или кровавое явление росы. Эти явления являются результатом патогистологических изменений (паракератоз, акантоз, папилломатоз). В клиническом течении псориаза выделяют 3 стадии.

1. Прогрессивный период: для него характерно появление высыпаний, зуда на теле, расширение старых элементов и появление красной бахромы вокруг папул, появление язв, феномен Кобнера и псориазная триада.

2. Стационарный период: прекращается высыпание, прекращается рост соцветий к периферии. .

3. Регрессивный период: период угасания сыпи. Вокруг папул - депигментированное соцветие (псевдоатрофное соцветие Воронова). Папулы начинают рассасываться из центральной или периферической части. После впитывания элементов часто остаются депигментированные, иногда гиперпигментированные пятна.

Изоморфная реакция Кобнера типична для псориаза, и специфические для псориаза папулы появляются на пораженных или поцарапанных участках через 10-14 дней или позже. При псориазе слизистые оболочки меньше повреждаются. Это происходит в основном в виде пустул и тяжелых артропатических поражений. Поражение ногтей (в основном рук, иногда стоп) является одним из симптомов псориаза. Это называется симптомом «ангишвона». Кроме того, могут наблюдаться линейные и поперечные поражения, изменение цвета ногтей, деформация ногтевых пластин, переломы свободной части, онихолиз или онихогрифоз. Повреждение ногтей чаще встречается при артропатической, пустулезной и псориазной эритродермии. Повреждение ногтей не всегда указывает на тяжесть заболевания. УА также может быть обнаружен при псориазе с ограниченной ониходистрофией. Повреждение ногтей при псориазе следует диагностировать сравнительно с другими дерматозами.

Из субъективных симптомов псориаза пациенты жалуются на зуд в области ладоней, особенно в волосистой части головы, а при артропатическом типе боли в суставах.

Выделяют следующие клинические проявления псориаза:

- 1) вульгарный (простой) псориаз
- 2) экссудативный псориаз
- 3) себорейный псориаз
- 4) артропатический псориаз
- 5) псориаз erythrodermiuasi
- 6) пустулезный псориаз
- 7) псориаз ладоней и подошв.
- 8) псориаз интертригиноз

Экссудативный псориаз. От обычного псориаза отличается преобладанием экссудативных процессов, в результате чего псориазные высыпания желтеют, а кожа и кожные покровы шелушатся. При удалении кожи появляется смешанная водянистая сыпь.

Себорейный псориаз. Он располагается в основном в волосистой части головы и себорейных областях и имеет уникальный клинический вид. Процесс протекает долго в ограниченном виде, а воспаление проявляется в виде слабой перхоти. В таких случаях сложно диагностировать псориазные высыпания, если они не находятся на других участках кожи и не передаются по наследству. Кроме того, в области груди хорошо видны папулы или прыщики, покрытые слоями монет. Знак псориазной троицы слабее вульгарной.

Артропатический псориаз. Это тяжелая форма заболевания, часто приводящая к инвалидности, а иногда и к смерти от кахексии. При псориазе поражение суставов является признаком системного процесса. Этот тип чаще встречается у мужчин. Начало болезни бывает разным. Повреждение суставов иногда ограничено, иногда сопровождается появлением кожных

покровов. Рентгенологические изменения суставов: остеопороз вокруг суставов, сужение суставов, остеофиты, цистоз костной ткани, эрозия костей, олигоартрит, псориатический спондилит, псориатический сакроилит. Жалуются на сильную боль в суставах. Пораженный сустав краснеет и опухает на I стадии заболевания. Ухудшается общее состояние больного, повышается температура тела, снижается аппетит, нарушается деятельность желудочно-кишечного тракта. Эти симптомы постепенно исчезают, процесс становится острым, а затем хроническим. Со временем это приводит к деформации суставов и анкилозирующему спондилиту.

Псориатическая эритродермия. Псориаз развивается как осложнение, а также в результате неправильного лечения, неправильного применения мазей, УВН, инсоляции. Erythrodermia постепенно занимает всю кожу. При этом кожа становится бледно-красной, поверхность гнойная, покрывается сухими белыми монетами. Когда пациент раздевается, с него выпадает большое количество бело-серебряных монет. Кожа, мочки ушей и кожа головы выглядят так, будто их присыпали мукой. Кожа инфильтрирована, опухшая, горячая на ощупь и слегка шершавая. Больные жалуются на кожный зуд, стянутость кожи, раздражение. Типичные псориатические папулы и прыщи обнаруживаются на некоторых участках кожи. Erythrodermia ухудшает течение псориаза. Общее состояние больного нарушено, температура тела повышается до 38-39С,

Существует 2 типа пустулезного псориаза: генерализованный пустулезный псориаз (Джумбуш) и ограниченный ладонный пустулез (Барбер). Обобщенная форма тяжелая. Повышение температуры тела, слабость, лейкоцитоз сопровождаются повышением ЭХТ. На фоне эритемы появляются небольшие папулы в области прыщиков и неизмененных участков кожи, что сопровождается болью и раздражением. Пустулезный ладонный псориаз встречается часто, сыпь симметричная. Пустулы появляются внутри эпидермиса и инфильтрируются и лихенифицируются на фоне кожи гиперемия.

Псориаз ладоней и подошв. Этот тип псориаза встречается у физически активных людей в возрасте от 30 до 50 лет. Клинически различают следующие типы: линзовидные, круговые, разветвленные, уплотненные. Типичные псориатические высыпания возникают на других участках кожи. Явления терминальной перепонки и пятна кровавой росы обнаружить трудно.

Интертригиноз псориаз Псориаз морщин чаще встречается у детей и пожилых людей, особенно у людей с диабетом. Процесс часто возникает под мышками, под молочными железами, вокруг пупка, в межреберье. Перхоть не известна, очаги поражения четко разграничены, стебель гладкий, красноватый, иногда слегка влажный. Иногда в складках появляются трещины.

Сравнительный диагноз

Псориаз можно сравнительно диагностировать со следующими заболеваниями.

1. парапсориаз.
2. с травматическими папулами
3. красный уасси темиртки
4. псориатическая эритродермия
5. при эритродермическом типе грибкового микоза
6. рыжие темиртки
7. ревматоидный артрит
8. При болезни Рейтера

Сравнительная диагностика псориаза с капельным парапсориазом.

При псориазе эпидермальные папулы разных размеров покрывают белыми серебряными монетами. Псориаз характеризуется «псориатической триадой». Сыпь часто начинается на конечностях и располагается на коже черепа и тела.

При парапсориазе высыпания часто располагаются с обеих сторон тела, а не на лице и голове. Перхоть не заметна, папулы нечетко прикрыты тонкой монеткой, края которой плотно сомкнуты посередине, слегка приподняты. Перхоть видна только при расчесывании (симптом сильной перхоти). Монеты не так легко отделяются, как псориаз, и их цвет желтовато-белый. Явлений стеарового пятна и терминальной мембраны не наблюдается, явление пятнистой

кровянистой росы наблюдается незначительно. Сыпь не сливается, и пациенты не испытывают кожного зуда. Параспориоз - это полиморфизм, длительное рецидивирующее заболевание.

Различные аспекты вторичной папулезной язвы. При псориазе сыпь более яркого цвета и наблюдаются эпидермально-кожные папулы. Папулы вторичного поражения имеют слабый розовый цвет и появляются кожные папулы. В псориатических папулах много перхоти, которая разрастается по периферии и сливается между собой, образуя бляшки. Наблюдается феномен «псориатической троицы». Серологические реакции в ране отрицательные.

Красный полский лишай При псориазе цвет сыпи розовато-красный. Часто возникает перхоть, слизистые оболочки повреждаются редко. У красного восковидного железа высыпание располагается в складках, цвет пурпурный. Между папулами имеется пупочное вдавление, признак Уикхема положительный, часто сопровождается поражением слизистых оболочек и слизистой оболочки рта, наблюдается сильный интенсивный зуд кожи.

Сравнительный диагноз рубромикоза от кандидоза и эпидермофитии хове следует ставить при локализации псориаза в зонах компенсации между пальцами.. Кандидоз области больших складок протекает остро. Больше травмируются наиболее уязвимые участки кожи, сложно определить границы, сильно выражена сыпь, с краев раны свисают остатки эпидермиса. На участках кожи, близких к этой травме, можно обнаружить многочисленные мелкие очаги в виде пузырьков в виде пятен. Отличие от рубромикоза: при псориазе подошв ног меньше повреждаются ногти на ногах, на ногтях проявляется признак «ангишвона». Феномен «псориатической троицы» является положительным, и грибов, подобных рубромикозу, в области раны не обнаруживают. При рубромикозе подошв стоп перхоть очень мелкая, ногти желтоватые, бледные, утолщенные, часто ногтевые пластины смяты, наблюдается состояние атрофии, в очагах обнаруживается грибок.

Гистопатология:

При псориазе наблюдается нарушение процесса ороговения с развитием патогномичных симптомов, что в 27 раз больше, чем при обычном обморожении. В эпидермисе наблюдаются паракератоз, акантоз, внутриклеточный отек, скопление нейтрофилов из дермы (микроабсцесс Манро). Роговой слой над узелком утолщается, состоит в основном из паракератотических клеток с палочковидным пучком. Между клетками рогового слоя много трещин, и, поскольку они заполнены воздухом, монеты имеют серебристый вид. При более старых высыпаниях гиперкератоз встречается чаще, чем паракератоз. Гранулярный слой может быть утрачен или состоять из однослойных клеток. В дерме наблюдается папилломатоз. Очевидно, что капилляры молочного слоя расширены и наполнены кровью. В молочном слое и под ним имеется воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, гистиоцитов.

Уход:

Лечение псориаза должно быть направлено на противовоспалительное, антигиперпролиферативное действие эпителиальных клеток и их нормализацию. Сегодня существует множество способов лечения псориаза, и к каждому лечению следует подходить индивидуально, прежде чем назначать его. Следует учитывать пол пациента, возраст, род занятий, клинические формы заболевания, периоды, сезонность, распространенность процесса, сопутствующие заболевания, предшествующее лечение. Также большое значение имеет психологическое состояние пациента. В беседах с больным необходимо объяснить ему об этом заболевании, рассказать об успехах, достигнутых в лечении.

Пациенту следует сообщить о необходимости своевременного лечения и соблюдения предписаний врача, тем самым объяснив, что заболевание позволяет достичь длительной ремиссии.

Больным псориазом независимо от клинической формы и периода заболевания необходимо соблюдать диету и уход за кожей. Таким пациентам нельзя употреблять алкоголь и есть острую и жирную пищу. Кроме того, необходимо ограничить потребление быстроусвояемых углеводов (сахар, мед, варенье). Вместо этого рекомендуется употреблять богатые белком молочные продукты, рыбу, мясо, овощи, фрукты.

Общий метод лечения

1. Гипосенсибилизирующие препараты: 30% тиосульфат натрия, 10% хлорид кальция или глюконат кальция.
2. антигистаминные препараты: диозалин, супрастин, дифенгидрамин, аналлергин, лоратал, тавегил, кетотифен и др.
3. седативные витамины (А, С, В, никотин)
4. иммуномодуляторы ПУВА - терапия
5. селективная фототерапия ароматическими ретиноидами
6. Re PUVA- терапия метотрексатом
7. Циклоспорин А (сандиммун-Неорал), глюкокортикостероиды

ПУВА-терапия. При лечении псориаза рекомендуется использовать препараты (фотосенсибилизаторы), повышающие чувствительность кожи к ультрафиолету. Этот метод лечения называется ПУВА-терапией. В качестве фотосенсибилизаторов можно использовать пувален, ламадин, псоберан, аммифурин. В настоящее время используются светоизлучающие устройства общего назначения типа ПУВА-22, ПУВА-22А, ВАЛ ДМАНН-УФ-1000, ПУВА-12 для конечностей, ПСОРИЛУУКС-3050 и ПУВА-4 для головы. Однородное УФ-излучение УК находится в диапазоне 320-400 нм.

ПУВА-терапия рекомендуется при распространенном псориазе на кожном уровне, когда другие методы лечения неэффективны. Инструкция против ПУВА-терапии:

Сердечно-сосудистые заболевания, вторичная и третичная гипертензия, заболевания печени, почек, щитовидной железы, опухоли, беременность, острые респираторные заболевания у женщин во время менструального цикла, у детей и пожилых людей, а также гиперчувствительность к УБН или фотосенсибилизаторам. Лечение пациентов с помощью ПУВА-терапии проводится строго запрещено. При отсутствии противопоказаний необходимо определить чувствительность кожи пациента к УБН. Для этого используется MED (минимальная доза эритемы) «биодоза», которая представляет собой четко ограниченную начальную дозу покраснения кожи. Это соответствует начальной дозе ПУВА-терапии, которая составляет 0,25-0,5 Дж / см². Курс лечения состоит из 20-30 процедур.

Пациенты, получающие ПУВА-терапию, должны защищаться от других лучей, особенно солнечных лучей.

Селективная фототерапия (СФТ). История SFT была впервые открыта в 1987 году А. Wiskemann, ближе к PUVA-терапии. SFT использует средневолновый ультрафиолетовый свет (UF-B). Длина волны 315-320 нм. На курс лечения 25-30 процедур.

Использование ароматических ретиноидов и витамина А. Механизм действия этого метода направлен на уменьшение разрастания эпителиальных клеток, улучшение процесса замораживания. В настоящее время применяется арамейский ретиноид-ацетритин (неотигазон). Способ применения: рекомендуется от 0,5 мг до 1 мг на 1 кг массы тела пациента. Курс лечения - 6-8 недель. Неотигазон оказывает хороший лечебный эффект при псориазическом артрите ладоней, компенсаторном псориазе, псориазе ногтей.

Ре-ПУВА - терапия. Этот метод основан на сочетании ПУВА-терапии и AP. В этом случае доза УБН и AP снижается до половины рекомендуемой дозы. Ре-ПУВА-терапия оказывает хороший лечебный эффект при псориазической эритродермии (после симптомов острого воспаления), более тяжелых формах вульгарного псориаза, псориазическом артрите.

Циклоспорин А. Это циклический полипептид, состоящий из 11 аминокислот, обладающий иммунодепрессивным действием. Впервые препарат использовали, чтобы не удалять трансплантат. Механизм действия циклоспорина основан на подавлении интерлейкинов и других лимфоцитов, активируемых Т-лимфоцитами. Потому что интерлейкин снижает активность Т-лимфоцитов в эпидермисе и дерме, что приводит к сосудистым состояниям, гиперпролиферации эпидермиса и обострению воспалительных процессов в клетках.

Циклоспорин влияет на рост кератиноцитов. Рекомендуется пить по 3-4 мг / кг в сутки. Если состояние пациента улучшается, дозу постепенно снижают до минимума. Циклоспорин оказывает нефротоксическое действие, поэтому необходимо контролировать артериальное давление и креатинин сыворотки. В тяжелых формах циклоспорин применяют, когда терапевтический эффект неэффективен или есть противопоказания к другим методам лечения.

Лечение глюкокортикоидами.

Рекомендуется при пустулезном псориазе, артропатии, псориатической эритродермии и других системных методах лечения, когда они неэффективны или противопоказаны. Могут применяться гормональные препараты, такие как триамсинолон, дексаметазон, преднизолон. Уровень гормонов определяется индивидуально в зависимости от клинических проявлений и тяжести заболевания. Рекомендуются малые (25-30 мг / сут) или умеренные (40-50 мг / сут) дозы.

Метотрексат является антагонистом фолиевой кислоты. Цитостатически влияет на синтез ДНК, пролиферацию клеток и, в меньшей степени, на синтез РНК. Метотрексат назначают внутрь в дозе 2,5 мг дважды в сутки или по 5 мг внутримышечно один раз в сутки в течение 5 дней с перерывом в 3 дня. Один из методов UAna - это введение 25-30 мг внутримышечно или внутривенно 1 раз в неделю.

При псориазе проводят 4-5 циклов до достижения клинической ремиссии.

После 3-дневного перерыва доза составляет 5 мг / сут в течение 5 дней. Это количество сохраняется в последующих циклах. Во время приема метотрексат проводится в сочетании с фолином кальция.

Местные методы лечения.

При выборе препаратов для местного лечения учитывается стадия и клинические формы псориаза. Местные препараты уменьшают воспаление, перхоть, инфильтрацию. К таким препаратам относятся мази, кремы. Они содержат 2% салициловой кислоты, 2-10% серы, 10% мочевины, 0,25-3% дитранола. Кроме того, используются кремы, мази и лосьоны с глюкокортикоидами. Лосьон обычно наносится на участки кожи головы.

В прогрессирующей стадии заболевания обычно применяют 2% -ную салицилатную мазь и гормональные противовоспалительные мази. Фторсодержащие гормональные мази - целестодерм, молочные железы, дипросал.

- консерванты дитранол против псориаза - псориаз, синьолин, сигнодерм
- Кальципотриол (соркутан и дайвонекс) - синтетический аналог витамина D3.
- местные иммуномодуляторы: такролимус (протопик) и пимекролимус (элидел)
- введение в инфицированные очаги кортикостероидов - кенолог и дипроспан
- аппликация с цитостатиками
- (5-фторурациловая мазь) Лёкин побочные эффекты (эрозия, некроз, токсическая гиперпигментация и воздействие).

В настоящее время многие дерматологи используют одновременно несколько методов (ПУВА-терапия и ароматические ретиноиды), (местные глюкокортикоиды, местные иммуномодуляторы и кальципатриол), (метотрексат и местные глюкокортикоиды, ПУВА-терапия и кальципатриол, метотрексат, мет. Сипатриол и др.)

Красный плоский лишай

Рожа - хроническое заболевание, характеризующееся мономорфными папулезными высыпаниями на коже и видимых слизистых оболочках с сильным зудом. Wilson (1869) идентифицировал красную уретру и подробно описал первичный элемент, обнаруженный в ней. В некоторых случаях слизистая оболочка рта может располагаться в красных губах и половых органах с ограниченными узлами. Красная уретра составляет 0,5% всех кожных заболеваний. Заболевание может возникать в разном возрасте, травмы слизистой чаще встречаются у женщин в возрасте 40-60 лет.

Этиология и патогенез полностью определены. В научной литературе существуют различные теории происхождения болезни.

Вирусная теория сторонники говорят, что воздействие отфильтрованных вирусов на коже пациентов увеличивает их активность в то время, когда иммунологическая защита организма ослаблена. Л. Н. Машкиллейсон (1965) приводит следующие критерии для подтверждения вирусной теории.

1. Наличие вирусных и других инфекционных агентов на коже больных краснухой.
2. Возникновение рожи у других членов семьи.

3. Сыпь расположена как окружающее железо, лимфоцитоз в крови, а также увеличение лимфатических узлов и т. Д.

4. Иногда лечение больных антибиотиками дает хорошие результаты. Однако вирус до сих пор не изолирован от пациентов.

Многие ученые считают, что начало болезни связано с нарушением работы нервной системы (эмоциональное возбуждение, стресс). В этом случае сыпь может располагаться по ходу нервных волокон. Гипнотерапия дает хорошие результаты у большинства пациентов.

Теория токсичности (отравления) Соответствующая красная уретра вызвана действием различных препаратов на организм, аутоинтоксикацией, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени. Известно, что под действием антибиотиков (стрептомицин, тетрациклин), золота, йода, препаратов свинца, фтивазида и других препаратов красная мочевины вызывается железом.

Иммуноаллергическая теория По мнению сторонников, уменьшение количества Т-клеток в крови и коже пациентов сопровождается изменением доли Т-лимфоцитов в субпопуляции. Увеличение количества клеток Лангерганса на дермоэпидермальной границе, увеличение коэффициента Т-клеток и Т-супрессоров в дермальном инфильтрате с помощью моноклональных антител, отложение Ig M еще раз доказывает иммуноаллергическую теорию. Возникновение многоформной эритемы на слизистой оболочке полости рта, устойчивость к длительному лечению в той или иной степени приводит к наличию у пациента хронических заболеваний, в результате чего происходит снижение защитной функции организма. В связи с этим важны, прежде всего, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. У некоторых людей заболевание напрямую связано с сосудистыми (эндокринными) и эндокринными (диабет) патологиями, в некоторой степени с травмой слизистой оболочки полости рта из-за стоматологической патологии. Зубы с покрытием из разных металлов существенно влияют на состав слюны, в слюне наблюдаются частицы металла и образуются гальванические токи. Это связано с тем, что замедляется секреция ферментов, что также играет роль в патогенезе заболевания.

Клиника Основным морфологическим элементом заболевания являются дермоэпидермальные папулы диаметром 1-3 мм, которые имеют следующие особенности.

1. многоугольный, uassi-образный
2. Наличие пупочной полости в ядре папулы (преимущественно в центре).
3. Рост в зависимости от периферии.
4. При нанесении на прыщики растительного масла появление сетчатых форм - признак Уикхема (нерасширение зернистого слоя эпидермиса).
5. Розовато-пурпурный оттенок папул в проходящем свете.

Сыпь может распространяться на остальную часть тела, часто на согнутые участки рук и ног (локти, запястья, ступни). Сыпь иногда возникает в полости рта и на слизистых оболочках половых органов, в основном на щеках, в виде белых полос, которые сливаются друг с другом, образуя бляшки. Это может быть хроническое заболевание. В период болезни сыпь постепенно стихает и нарастает, а затем болезнь переходит в стационарный период. В этом случае папулы медленно выталкиваются, оставляя темно-коричневое пятно; На пораженном участке кожи появляются папулы, которые располагаются в виде арок. Заболевание сопровождается сильным зудом. Повторение встречается чаще. При изаморфной реакции красной осы по Кобнеру ногти иногда меняют цвет и тускнеют.

Клинические проявления типичного типа - небольшие белые выделения размером 2 мм, коричневого цвета, наблюдаются в виде шестиугольных узелков, узелки сливаются в сеть линейных листочков. На языке узелки до 1 см в виде чешуек и напоминают лекоплазию, коричневые выделения в уретре не перемещаются, если их разрезать шпателем.

В некоторых случаях узелки, прикрепляющиеся к малым половым губам, имеют звездообразную форму. Во многих случаях они объединяются, образуя полосатые тромбоциты. Больные сильнее ощущают сухость и небольшую боль при употреблении горячей и грубой пищи, узелки на слизистой оболочке щек травмируют область вокруг корней зубов, языка, вала, полости рта, травмируется нижняя губа. Для экссудативного гиперимического типа характерна

типичная узловатая сыпь, высыпание располагается на покрасневших отечных слизистых оболочках. Этот тип болезненен. Сосуществование эрозивной уарали красной уаси темиратки с сахарным диабетом или пневмонией называется синдромом Гриншпала. Существует несколько разновидностей красной осы.

1. Гипертрофический, бородавчатый тип возникает в результате гиперплазии узлов. Образовавшиеся узелки розовые, красновато-коричневые, покрытые гиперкератическими слоями. Вокруг таких высыпаний можно найти типичные высыпания красной уаси темиратки.

2. Атрофические и склеротические папулы и бляшки могут рассасываться, а на коже могут оставаться атрофические и склеротические изменения. Поскольку дерматит имеет светлый цвет, некоторые дерматологи называют его белым железом. Сыпь возникает на шее, руках, груди и животе. Иногда атрофические изменения волосистой части головы напоминают псевдопелу и сопровождаются кератозом фолликулов, расположенных в пищущих узлах кистей и стоп. Это называется симптомом Литтла-Лассуэра.

3. В форме пемфигоида или везикул, наряду с типичными элементами красной уаси темиратки, пузырьки заполнены серозными или кровянистыми серозными жидкостями размером с горошину или вишню.

4. Монилевидное красное железо наблюдается в виде коралловидных камней размером с косточки вишни. В основном они встречаются на коже лба, над ушами, живота, ягодицах, напоминают бусинки.

5. При остром типе, наряду с узелками, встречаются узелки заостренной или конической формы, расположенные преимущественно в фолликулах. Если сыпь находится на коже черепа, могут появиться небольшие атрофические рубцы.

6. Кольцеобразная красная оса чаще всего встречается в гениталиях самцов.

Этот вид болезни начинается в середине высыпания. Встречаются также псориазиформные, устаревшие зоостриформные разновидности красной уаси темиратки.

Гистопатология:

Все слои эпидермиса утолщаются, наблюдается акантоз, гиперкератоз. Гранулированный слой не утолщается за один прием, а гранулированный слой гипергранулозы совпадает с нормальным толстым гранулированным слоем. В верхнем слое дермы имеется инфильтрат, состоящий из папилломатоза, преимущественно лимфоцитов.

Диагностика Диагностировать наличие красновато-пурпурных узелков несложно, но необходимо обратить внимание на их расположение и изоморфную реакцию Кобнера на розовато-узловые пурпурные узелки в середине пуповины. Если сыпь есть на слизистых оболочках половых органов, ее следует сравнить с раной, при осмотре раны может быть серореакция крови, поиск белых трепонем в узелках позволяет собрать анамнез. Наличие типа Уикхема на красном узелке уретры, отсутствие атрофии отличает его от эритемы. Вокруг эрозивного рожистого воспаления нет типичных узелков по сравнению с обычным рожистым воспалением. Однако регенерирующий эпителий вокруг эрозии имеет бело-жемчужный цвет. Похоже на мешок, который закрывается шнурком. В таких случаях необходимо нанести пресс-смазку. в пастернаке обнаружена аконтолитическая клетка. При рожистом воспалении очаг гипериммунный, инфильтрированный, в ядрах очага поражения небольшое пятно гиперкератоза. Вокруг очага атрофия, и эти изменения не характерны для красной осы. При многогранной экссудативной эритеме возникает гипериммунная опухоль с развитыми слизистыми оболочками, которые покрыты пузырьками и эрозиями неправильной формы, фиброзными оболочками, вызывающими сильную боль. Вокруг эрозии узелков нет, рана заживает через 4-6 недель. Пример небольшого пятна в очаге - гиперкератоз. Вокруг очага атрофия, и эти изменения не характерны для красной осы. При многогранной экссудативной эритеме наблюдается гипериммунный отек слизистых оболочек, который покрывается пузырьками и эрозиями неправильной формы, фиброзными оболочками, вызывающими сильную боль. Вокруг эрозии узелков нет, рана заживает через 4-6 недель. Пример небольшого пятна в очаге - гиперкератоз. Вокруг очага атрофия, и эти изменения не характерны для красной осы. При многогранной экссудативной эритеме наблюдается гипериммунный отек слизистых оболочек, который покрывается пузырьками и эрозиями неправильной формы, фиброзными

оболочками, вызывающими сильную боль. Вокруг эрозии узелков нет, рана заживает через 4-6 недель.

Прогноз хороший, но сохраняется надолго. Пациентам с тяжелой и длительной эрозивной крапивницей больно и трудно есть или даже говорить.

Лечение Пациенты должны быть тщательно обследованы для назначения патогенетического лечения. Прежде всего, устранение возбудителей болезней, санация очагов инфекции, обследование желудочно-кишечного тракта, определение объема крови, артериального давления, психоневрологического статуса пациента.

Санацию полости рта проводят при появлении красной сыпи на слизистой оболочке рта; удаляются различные металлические покрытия и большое значение имеет рациональное протезирование. Этим пациентам запрещено употреблять горячую и грубую пищу.

При всех видах заболеваний седативная терапия, при типичной экссудативной гиперемии рецинол-ацетат, концентрат витамина А (по 10 капель 3 раза в день в течение 2 месяцев, с перерывом 2 месяца) назначают длительный прием витаминов группы В, особенно никотиновой кислоты. При типе эрозивной чумы преднизон 20-25 мг, ксингамид 0,25 г 1-2 раза в день в течение 4-6 недель, никотиновая кислота 0,05 г 3 раза в день после еды или тионикол по 1 таблетке 3 раза в день или внутримышечно по 1-1,5. месяцы. Количество преднизона снижается до 5 мг через 7-10 дней, при ограниченном эрозивном типе мочевины назначают гидрокортизон субцезон или преднизон. Вводить по 1-1,5 мл 1 раз в 3 дня, по 8-12 инъекций на эрозию поэтапно, эту обработку повторяют каждые 3 месяца.

Местное лечение ментол и карболовый спирт - глюкокортикоидные мази. При гипертрофическом типе заболевания рекомендуется проводить диатермокоагуляционную сыпь, вводя SO₂ с жидким азотом. Во время ремиссии пациенту назначают лечение в санаториях и санаториях..

Список использованной литературы

Основная литература

1. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдинов А.А. Дерматология. Иллюстрированное руководство по клинической диагностике. - Г. Москва. "Граница". 2018 г.
2. Эшбоев Э.С., Ташкенбаева Ю.А. Кожно-половые заболевания и их лабораторная диагностика. Учебник. Ташкент. - «Навро«Z». 2018 г.
3. Вайсов А.Ш. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент, «Новое поколение». 2009 г.
4. Арифов С.С., Эшбаев Э.С. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент. "Энциклопедия". 1997 г.

Дополнительная литература

1. Атиф Хаснаин Казми. Цветной атлас клинической дерматологии. Нью-Дели, Индия. Медицинский паб Jauree Brothers 2015
2. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Г. Москва. «Практическая медицина». 2015 г.
3. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., Одинец А.В., Дерматовенерология. Учебник. - Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2013г.
4. Пасрича Дж.С., Рамджи Гупта. Иллюстрированный учебник дерматологии. Нью-Дели, Индия. JP Medical Ltd. 2013г.
5. Краткая Н.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. -Г. Москва. "Медицинское информационное агентство". 2011 г.
6. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Дерматовенерология. Национальное руководство. -Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2009 г.
7. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.В., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Москва, ГЭОТАР Медиа 2009г.
8. Ананьев О.Л., Анисимова Е.В. Кожно-венерические заболевания. Учебник. ЭКСМО, 2006 г.

9. Пол К. Бакстон Дерматовенерология. Учебник. -Россия. «Бином». 2005 г.
10. Элинон Е. Сан. Дерматология. 100 случаев из практики. Учебник. Россия. Бином, 2001
11. Мирзиёев Ш.М. Вместе с нашим смелым и благородным народом мы построим наше великое будущее. ОУзбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
12. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, кратДисциплина и личная ответственность должны быть повседневным правилом каждого лидера. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.
13. Мирзиёев Ш.М. Свободный и процветающий, демократический ОВместе мы построим государство Узбекистан. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2016 г.

Сайты:

1. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
2. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
3. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html .;
4. www.Mosbycom//Mosby//Периодические издания//медицинские//CPDM//dm/html;
5. www.skindex.com .;
6. www.ama-assn/org//журналы//постоянный//derm//dennhome.htm.;
7. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld.html.
8. www.ziyonet.uz;
9. www.info@minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

ЛЕКЦИЯ 3

Инфекции, передающиеся половым путем. Общее течение травмы, современная классификация. Вербальный и невербальный уретрит. СПИД.

5.1. Модель образовательной технологии

Тренировочное время	Количество учеников: 18 человек
Форма обучения	Познавательная лекция, мультимедийная лекция
План лекции:	1. Инфекции, передающиеся половым путем. 2. Общее течение травмы, современная классификация. 3. Микробиология и эпидемиология ран. 4. Первичные и вторичные травмы, третичные и врожденные травмы. 5. Вербальный и невербальный уретрит. 6. OITS.
Цель обучения	Образовательные: Научите студентов диагностировать ЗППП и СПИД. Предоставить общую информацию об этиологии и патогенезе этих заболеваний. В ходе лекции проинформировать студентов об этиологии и патогенезе этих заболеваний, основах диагностики и профилактических мерах. Научить применять правильную лечебную тактику и современные методы лечения. Образовательные: Улучшение общественного здоровья в сознании студентов на реальных примерах, стремление внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, прививание любви к выбранной профессии Разработчик: Достижение развития студентов как современных кадров на основе новой литературы, научно обоснованных данных в объяснении темы. Важно диагностировать инфекции,

	передающиеся половым путем, и разработать меры профилактики.
Учебные пособия	Учебник, учебник, текст лекции, проектор, компьютер
Стиль обучения	Информативный и презентационный отчет
Условия обучения	Методически оснащенная аудитория
Мониторинг и оценка	Устный контроль: вопросы и ответы

3.2 «Инфекции, передаваемые половым путем. Общее течение травмы, современная классификация. Вербальный и невербальный уретрит. СПИД». Технологическая карта лекции.		
Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверить посещаемость учеников, проконтролировать готовность помещения к занятию. 2. Подготовка образовательного контента по теме. 3. Запустите мультимедийную презентацию лекции. 4. Предоставьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Они слушают Он видит
Введение в тему 1	1. Знакомство с целью и функцией темы. 2. Задаёт вопросы по теме (плану) 1. Инфекции, передающиеся половым путем. 2. Общее течение травмы, современная классификация, 3. Микробиология и эпидемиология ран. 4. Первичные и вторичные травмы, третичные и врожденные травмы. 5. Вербальный и невербальный уретрит. 6. OITS.	Они слушают Студенты отвечают на поставленные вопросы Он видит
2-й основной этап	1. Разъясняет тему, демонстрирует мультимедиа. 2. Используются демонстрационные плакаты.	Они слушают Он видит Они слушают
Заключительный этап 3:	1. В заключение 2. Инфекции, передающиеся половым путем. Включает информацию о травме 3. Покажите пациенту (или отобранное видео), чтобы усилить передаваемую информацию.	Он слушает Делает заметки Он видит
Задания на самостоятельное обучение	Обеспечивает самостоятельную работу Инфекции, передающиеся половым путем. Общее течение травм, современная классификация. Вербальный и невербальный уретрит. Информация о СПИДе	Он слушает Делает заметки

сифилис

Сифилис - хроническое инфекционное венерическое заболевание, вызванное протекающей трепонемой. Поражение имеет специфическое клиническое течение: чередование периода активных клинических проявлений с острым периодом; Он характеризуется образованием глубоко специфичных инфекционных гранул из клинически и патологически аномальных слабых кожных поражений. Эти гранулемы затем некротически разлагаются и заменяются рубцом.

Краткие сведения об истории травмы. Рана известна с давних времен. Есть три теории о его происхождении и распространении на Земле.

Согласно первой теории, рана была принесена в Европу в 1493 году, когда был изобретен американский кит, раненным моряком Христофором Колумбом. По мини-данным, моряки Колумба заразились раневой инфекцией от местных жителей, регулярно занимавшихся сексом с ламами (наличие спирохетоза у лам известно и доказано с древних времен). Вернувшиеся в Испанию моряки Колумба передали заразу другим. Тогда король Карл VIII прибыл в Рим со своей армией, где у него был нерегулярный секс с испанскими проститутками, и в результате среди солдат распространилась «опасная болезнь». Зная об этом, король рассредоточил свои войска, что привело к эпидемии ран в Европе. Таким образом, согласно первой теории, родиной раны является Центральная Америка.

Сторонники второй теории считают, что родиной поражения является африканский континент. Они (ученые Кокберн и Хадсон) считают, что возбудители эндемического или тропического трепонематоза и возбудитель венозных язв являются разными проявлениями рода *Treponema*. В процессе возникновения и эволюции человека трепонематозы стали возбудителем венозных язв. Депортация африканского населения в Европу и Азию (часто в качестве рабов) привела к распространению болезни на другие континенты.

Сторонники третьей теории Нихуата утверждают, что травма существовала в древние времена в Европе, Азии и на Ближнем Востоке. Симптомы заболевания (уара, афта, кандидоз и др.), Написанные в трудах великих ученых прошлого Галена, Гиппократ, Абу Али ибн Сино и других, напоминают клинику травм. Открытие специфических для травм радиологических изменений в костях человека, обнаружение в кровеносных сосудах символических веществ, используемых при лечении травм, еще раз подтверждает европейскую теорию.

Таким образом, ни одна из вышеперечисленных теорий не является общепринятой. Однако наиболее правдоподобно предположение, что это поражение появилось на Земле одновременно с человеком.

Этиология. Протечка раны вызывает трепонему. Это 1905 г. Открыт Ф. Шаудиным и Э. Гоффманом. Под оптическим микроскопом наблюдается, что трепонема утечки имеет спиралевидную форму и имеет 8-12 складок. Протекающая трепонема очень разнообразна - трипанемма мауадниксимой-волнистая, извилистая, может вращаться. Дырявая трепонема отличается от других трепонем односторонним движением. Поскольку они являются факультативными анаэробами, они надолго задерживаются в лимфатической системе. Электронно-микроскопическое исследование показывает, что протекающая трепонема окружена тремя слоями оболочки, каждый из которых имеет свою структуру и функцию. Под слоями находятся фибриллы и цитоплазматическая мембрана, удерживающая цитоплазму. Фибриллы имеют форму нитей. одним концом прилипает к блефаробластам. Трепонемы передвигаются с помощью фибрилл. Цитоплазматическая мембрана, как и внешняя оболочка, состоит из 3-х полостей. Цитоплазма содержит рибосомы разного размера, которые осуществляют синтез белковых молекул, вакуолей и лизосом.

Дырявые трепонемы возникают из-за поперечного деления. Неблагоприятные условия окружающей среды для трепонем (воздействие антибиотиков, недоедание и т. Д.) Приводят к их трансформации в «выживающие» формы (- форма, цисты). Кисты представляют собой шаровидные трепонемы, окруженные снаружи лекарственно-устойчивой слизистой оболочкой. Кистозные трепонемы не оказывают патогенного действия на организм и длительно сохраняются в организме. Из-за отсутствия реакции организма между макро- и микроорганизмами существует условное «равновесие». Однако при снижении иммунологических свойств макроорганизма и устранении неблагоприятных условий, влияющих на микроорганизм, кистовидные микробы становятся патогенными трепонемами. Этот процесс называется реверсиуа.

Для предотвращения образования кистозных и ` - трепонем рекомендуется применение высоких доз антибиотиков при лечении пациентов с травмами.

Опытное поражение впервые было обнаружено у шимпанзе (И. И. Мечников, Э. Ру, 1903), а затем и у кроликов. В настоящее время целесообразно использовать кроликов в качестве модели при изучении клинического течения, патогенеза и действия антибиотиков на трепонемные поражения. Протекающая трепонема попадает в организм человека через

поврежденную кожу и слизистые оболочки. Он обнаруживается в крови пациента, потовых железах, лимфатических узлах, задней спинномозговой жидкости, слюне, нервной ткани и во всех органах. даже в молоке инфицированной женщины или в сперме мужчины. Пациент с травмой очень заразен для окружающих во время активной фазы болезни. Потому что трение, трение (в сексе), В результате механического и химического зуда из пораженных кожных покровов выделяется серозная жидкость, богатая трепонемами, и основным источником травм является пациент; она заболевает, когда целует здорового человека, занимается сексом или пользуется посудой. Заболевание чаще всего передается половым путем, в последнее время случаи травм при переливании крови редки. В этом случае раневая инфекция (трансфузия) передается от тела пациента (донора) к кровоснабжающему организму. В последние годы сообщалось о случаях переливания крови. В этом случае раневая инфекция (трансфузия) передается от тела пациента (донора) к кровоснабжающему организму. В последние годы сообщалось о случаях переливания крови. В этом случае раневая инфекция (трансфузия) передается от тела пациента (донора) к кровоснабжающему организму.

Общее течение сифилис.

В клиническом течении поражения сыпь на коже и слизистых оболочках характеризуется постепенным регрессом и сменой периодом купирования высыпаний. Такое течение болезни связано с иммунологической реактивностью организма, в том числе с гуморальным иммунитетом на ранних стадиях заболевания. постепенно выработался клеточный иммунитет. Развитие клеточного иммунитета часто сопровождается образованием специфических инфекционных гранулем.

В клиническом течении поражения различают инкубационный, первичный, вторичный и третичный периоды.

Инкубационный период длится от попадания протекающих трепонем в организм до появления первых признаков заболевания - безболезненного твердого шанкра. Этот период может длиться в среднем 1 месяц, иногда сокращается до 10-15 дней или продлевается до 4 месяцев. Увеличение продолжительности инкубационного периода связано, в основном, с низким уровнем использования антибиотиков при лечении других сопутствующих заболеваний (грипп, гонорея) (количество применяемых антибиотиков недостаточно для лечения раны). Ученые (К.Р.Астасатуров, М.Н. Бухарович) отмечают, что попадание в организм большого количества сифилитической инфекции из отдаленных очагов, быстрое генерализацию протекающих трепонем в организме приводит к быстрым иммунным изменениям. И, как следствие, укорачивается инкубационный период.

Начальный период травмы. Охватывает период от появления первичной сифиломы (шанкра тяжелой степени) на коже до появления высыпаний на коже и слизистых оболочках, который составляет 6-7 недель. После образования твердого шанкра (обычно через 5-7 дней) появляется второй симптом первичного поражения, при котором регионарные лимфатические узлы (регионарный склераденит) набухают, увеличиваются и слегка уплотняются. Протекающие трепонемы в лимфатических узлах попадают в кровоток через лимфатические сосуды и вызывают иммунологические изменения в организме против раневой инфекции. В первые 2 недели первичной травмы реакция Вассермана и седиментация отрицательные (первичная серонегативная травма) », затем (обычно через 4 недели после появления тяжелого шанкра) подтверждаются серологические реакции (первичный серопозитивный зухт). К последней неделе первичного за-хт протекающие трелономы распространились на все лимфатические узлы в организме, и их количество также увеличилось. Клинически это состояние характеризуется увеличением всех лимфатических узлов (полиаденит). Примерно у 20% пациентов препарат высыхает, повышается температура (38-8,5 ° C), головная боль и боли в суставах, потеря аппетита, наблюдается бессонница. В периферической крови наблюдается анемия, лейкоцитоз, повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Этот период длится 6-7 недель.

Вторичная стадия поражения обычно начинается через 6-7 недель после появления твердого шанкра, с розеола-папулезными высыпаниями на коже и слизистых оболочках на фоне клинических признаков, характерных для первичного поражения (тяжелый шанкр,

регионарный склероаденит, полиаденит) . Вторичное поражение длится 2-4 года, в течение которых серологические реакции положительны. Характерным признаком вторичного поражения является чередование периода активной передачи сыпи с острыми или бессимптомными периодами. Если первое появление высыпаний на коже и слизистых оболочках при вторичной травме, такая травма называется вторичной раной. Примерно через 2-3 месяца (если заболевание не лечить) сыпь исчезает сама по себе, и болезнь переходит во вторичный латентный или латентный период. В дальнейшем, если появляются высыпания, значит, возникает вторичная рецидивирующая травма. Скрытый период вторичной травмы может длиться разный срок. Этот период зависит от сложного иммунобиологического процесса между макроорганизмом и микроорганизмом. При вторичной травме сыпь может повториться 3-4 раза. Сыпь при вторичных рецидивирующих поражениях больше, чем при вторичных поражениях, менее многочисленна, неплотного цвета, имеет тенденцию к скоплению, формированию и локализуется в наиболее частых областях (аногенитальная область, полость рта). делает. При вторичной травме сыпь может повториться 3-4 раза. Сыпь при вторичных рецидивирующих поражениях больше, чем при вторичных поражениях, менее многочисленна, неплотного цвета, имеет тенденцию к скоплению, формированию и локализуется в наиболее частых областях (аногенитальная область, полость рта). делает. При вторичной травме сыпь может повториться 3-4 раза. Высыпания при вторичных рецидивных поражениях крупнее, чем при вторичных язвах, менее многочисленны, имеют неплотный цвет, имеют тенденцию к скоплению, формированию и ограничиваются многими областями (аногенитальная область, полость рта). делает.

Третичный период травмы. Через 3-5 лет второй период переходит в третий период травмы; этот период травмы наблюдается не у всех пациентов. Со временем количество протекающих трепонем в организме уменьшается, но повышается чувствительность тканей к возбудителю. Третичный период травмы длится годами. Лигированные UAI инфильтраты, такие как вишневые комочки или яйца, иногда более крупные десны, появляются, разрушают ткань, превращаются в комок и покрываются рубцами. Исход болезни зависит от расположения десны. Если повреждены жизненно важные органы, такие как миокард, сердце, вены и печень, жизнь пациента находится под угрозой; При его повреждении скелет носа разрушается, пациент становится некрасивым, а нос искривлен. Движение, зрение, слух, Повреждение нервной системы может привести к пожизненной инвалидности. Сыпь при вторичных высыпаниях отличается малой восприимчивостью к другим. Это связано с тем, что протекающих трепонем в выделениях этих высыпаний очень мало или они отсутствуют. Высыпания при третичных поражениях появляются внезапно и характеризуются мономорфными, малонаселенными, асимметричными и сгруппированными участками. Различают активные или явные и острые виды травм третичного уровня. У некоторых пациентов с третичной травмой наблюдаются тяжелые воспалительно-дегенеративные изменения, такие как прогрессирующий паралич и задний инфаркт миокарда. Иногда рана протекает бессимптомно, и тогда для нее характерно поражение нервной системы и внутренних органов. Приобретенный иммунитет не развивается у пациентов с травмами и лечением. у них нет врожденного иммунитета. Также возможно повторное заражение травмой. Иммунитет, который развивается в организме при раневой инфекции, называется нестерильным инфекционным иммунитетом. Этот иммунитет является реакцией организма на протекающую трепонему, а инфекционный иммунитет сохраняется до тех пор, пока инфекция не останется в организме. Если «часть» трепонемы попадает в тело пострадавшего, это называется суперинфекцией. Суперинфекция проявляется по-разному на разных стадиях травмы. Морфологические элементы суперинфекции соответствуют элементам травматического периода у пациента (например, если пациент с вторичным поражением инфицирован раневой инфекцией, то элементы вторичного поражения на коже пациента - папулы, розеола - и др. перелив). Если больной заражен сифилитической инфекцией в течение инкубационного периода или в первые 10-14 дней первичного поражения, то после непродолжительного инкубационного периода у этого пациента наблюдается небольшой и тяжелый характер. появляется шанкр. На третичной стадии поражения протекающие трепонемы настолько малы, что иммунобиологическая реактивность организма не может

поддерживаться на высоком уровне. Заражение такого организма трепонемным кровоизлиянием (суперинфекция) протекает в виде сильного шанкра или вторичных симптомов. С. Т. Павлов назвал это состояние ресуперинфексиа. появляется шанкр. На третичной стадии поражения протекающие трепонемы настолько малы, что иммунобиологическая реактивность организма не может поддерживаться на высоком уровне. Заражение такого организма трепонемным лейкозом (суперинфекция) протекает в виде сильного шанкра или вторичных симптомов. С. Т. Павлов назвал это состояние ресуперинфексиа. появляется шанкр. На третичной стадии поражения протекающие трепонемы настолько малы, что иммунобиологическая реактивность организма не может поддерживаться на высоком уровне. Заражение такого организма трепонемным кровоизлиянием (суперинфекция) протекает в виде сильного шанкра или вторичных симптомов. С. Т. Павлов назвал это состояние ресуперинфексиа.

Классификация Захт. После инкубационного периода наблюдаются следующие стадии травм:

1. Первичное серонегативное повреждение.
2. Первичное серопозитивное поражение.
3. Первичное повреждение уаширином.
4. Вторичная раневая травма.
5. Вторичная рецидивирующая (нелеченая) травма.
6. Вторичная рецидивирующая (пролеченная) травма.
7. Вторичный васкулит: серологические тесты и первый диагноз в скобках.
8. Серозное рецидивирующее поражение, которое интерпретируется как «вторичное рецидивирующее поражение, серологический рецидив» -
9. Серорезистентное повреждение УАширина.
10. Серологические реакции становятся более положительными после лечения острых серофильных поражений, т. Е. Серорезистентных поражений дополнительными средствами лечения (неспецифическими методами лечения).
11. Третичная активная травма.
12. Третичное повреждение мочевыводящих путей.
13. Ранняя язва - это бессимптомное клиническое поражение, при котором серологические тесты положительны и менее чем через 2 года после заражения.
14. Вечерняя язва, протекающая бессимптомно, серологические реакции положительные, с момента поражения прошло более 2 лет. .
15. Язва недиагностированная - поражение, серологические реакции которого положительны, но время заражения неизвестно.
16. Преждевременная родовая травма. Сюда входят врожденные пороки развития груди (у младенцев до 1 года) и маленьких детей (у детей от 1 до 4 лет).
17. Вечерняя врожденная травма.
18. Врожденный порок сердца.
19. Раннее травматическое инфицирование нервной системы, поражение нервной системы до 5 лет.
20. Вечернее повреждение нервной системы, при котором повреждение нервной системы обычно происходит через 5 лет после начала заболевания.
21. Ложная спина миуа.
22. Прогрессирующий паралич.
23. Висцеральная травма, которая указывает, какой из внутренних органов поражен.

Первияный сифилис

Когда протекающая трепонема попадает на кожу или слизистые оболочки, появляются признаки первичного воздействия поражения (твердый шанкр), а период до его смены симптомами вторичного периода называется начальным периодом поражения. Начальный период делится на серонегативный и серопозитивный периоды в зависимости от результатов реакции Вассермана и осадка в крови пациента. При классическом течении поражения первичное поражение длится в среднем 6-8 недель. Тяжелая форма шанкра или первичная сифилома начинается с образования ограниченного инфильтрата на коже и слизистых

оболочках, который попадает в трепонему. Позже верхняя часть инфильтрата некротизируется, что приводит к эрозии или уаре. В зависимости от расположения твердого шанкра можно договориться о пути передачи раневой инфекции. Твердый шанкр чаще всего встречается в половых органах (головка полового члена, крайняя плоть, задний проход, большие и малые половые губы, шейка матки) и указывает на то, что заболевание передается половым путем. Зан твердый шанкр можно найти в ногах, животе и других областях. Жесткий. шанкр располагается где угодно на коже или слизистых оболочках тела, чаще всего на губах, языке, груди и миндалинах, и указывает на то, что болезнь передается половым путем. Твердый шанкр обычно овальной или круглой формы, четко отделен от окружающей кожи, а твердость подобна бесшумному гвоздю. Цвет эрозий красный, края сидячие, надрезанные и слегка приподнятые, наклонные к дну (напоминающие по форме сосуда). Сама Ura толстая, гладкая, телесного цвета, центр которой иногда может быть покрыт желтоватой масляной пылью. Из эрозий выходит немного серозная жидкость, придавая шанкру «лакированный» вид. Одна из характерных черт твердого шанкра - наличие твердого инфильтрата. Пальпация пальцами может выявить твердый инфильтрат под эрозией. Край твердого шанкра Уарали выше дна, а твердый инфильтрат внизу хорошо впитывается рукой. Если эрозивные шанкры удаляются путем эпителизации, на уретре остается рубец. Первичный сифилис - это боль без субъективных симптомов, а иногда и без уведомления. В последние годы произошли некоторые изменения в клинических проявлениях твердого шанкра. Раньше у 80-90% пациентов с травмой был один (одиночный) шанкр, но теперь есть два и более шанкра. В то же время нередки случаи крапивницы и ее осложнение гнойной инфекцией. Чаще встречается твердый шанкр в аногенитальных областях. Наличие твердого шанкра в полости рта чаще встречается у женщин, а его расположение вокруг анального отверстия - у мужчин; Наличие первичного сифилиса на этих участках указывает на наличие нежелательных форм полового акта. Атипичные шанкры. Тяжелые шанкры встречаются в следующих атипичных формах: индуративный отек, амигдалит-шанкр, панаризис-шанкр. Ткани половых органов опухают и затвердевают, не оставляя отпечатков пальцев при нажатии.

При амигдалите-шанкрах миндалины односторонне увеличены, слегка опухшие, красные, затвердевшие, но не болезненные, иногда не видны ура и эрозии, у пациента нет температуры, не болит во время еды, комфортно. Однако лимфатические узлы на шее и под челюстью с одной и той же стороны увеличены. Общее состояние пациента не меняется. Панарисии-шанкр чаще всего встречается на указательном пальце медперсонала (гинекологов, стоматологов и лаборантов). При этом палец увеличивается в размерах, становится синевато-синим, края неровные или неровные, форма неправильная, болит; лимфатические узлы в локтевом суставе увеличены. Клиническое течение болезни напоминает стрептококковый панариций. Ликопин характеризуется тяжелым инфильтратом, наличием регионарного склераденита и отсутствием острой воспалительной эритемы панариций-шанкр. Осложнения твердого шанкра. Осложнения тяжелого шанкра при вторичной инфекции и несвоевременное лечение могут привести к таким осложнениям, как эрозивный баланопостит, фимоз, парафиноз, гангрена, фagedенизм. Эрозивный баланопостит - одно из наиболее частых осложнений тяжелого шанкра. Адекватная влажность, равномерная температура и благоприятная среда для кормления в препустилярном мешке приводят к быстрому размножению микроорганизмов. Вокруг твердого шанкра образуются припухлость, эритема, эрозии, в результате их поверхность покрывается серозно-гнойным экссудатом. Такая картина меняет классическое клиническое течение твердого шанкра. Развитие легкого воспалительного процесса в препустилярном мешке, богатом лимфатическими сосудами, также может привести к фимозу. В этом случае периферический разрез головки полового члена увеличивается, теряет эластичность, а крайняя плоть мешает удалению головки полового члена. Maserasiua внутри препустилярного мешка образует большие эрозии на головке полового члена; экссудат наблюдается из отверстия суженного препустилярного мешка. Боль и снижение подвижности при пальпации регионарных лимфатических узлов. В результате отека и инфильтрации крайней плоти препустилярное кольцо сдавливает головку полового члена. В результате нарушается циркуляция крови и лимфы, а ткань головки полового члена и крайней плоти может быть некротизированной. Это

называется парафимозом. Maserasiua внутри препуциального мешка образует большие эрозии на головке полового члена; экссудат наблюдается из отверстия суженного препуциального мешка. Боль и снижение подвижности при пальпации регионарных лимфатических узлов. В результате набухания и инфильтрации крайней плоти препуциальное кольцо сдавливает головку полового члена. В результате нарушается циркуляция крови и лимфы, а ткань головки полового члена и крайней плоти может быть некротизированной. Это называется парафимозом. Maserasiua внутри препуциального мешка образует большие эрозии на головке полового члена; отток экссудата наблюдается из суженного отверстия препуциального мешка. Боль и снижение подвижности при пальпации регионарных лимфатических узлов. В результате отека и инфильтрации крайней плоти препуциальное кольцо сдавливает головку полового члена. В результате нарушается кровообращение и лимфообращение, а ткань головки полового члена и препуса может быть некротизирована. Это называется парафимозом. В результате нарушается циркуляция крови и лимфы, а ткань головки полового члена и крайней плоти может быть некротизированной. Это называется парафимозом. В результате нарушается циркуляция крови и лимфы, а ткань головки полового члена и крайней плоти может быть некротизированной. Это называется парафимозом.

Гангрена и фагеденизм - самые тяжелые формы тяжелого шанкра, которые возникают у слабых и много пьющих людей. В то же время добавление инфекции фоспириллеза приводит к быстрому развитию болезни. В головке твердого шанкра образуется грязно-черная или толстая черная гниль (гангрена), а при движении - геморрагически-гнойный дефект уретры. Дефект постепенно покрывается грануляционной тканью, оставляя рубец. Если процесс воспаления гангренного шанкра распространяется внутрь и внутрь, это называется фагеденизмом. При этом больной дрожит, жар, головная боль, признаки отравления; Сильная фрагментация тканей приводит к образованию больших и глубоких полостей и кровотечению. Региональный склераденизм является вторым основным симптомом первичных поражений. развивается через 5-7 дней после появления твердого шанкра. Если твердый шанкр расположен в наружных половых органах, то увеличиваются лимфатические узлы в области малого таза. Если он расположен в шейке матки или выше сфинктера прямой кишки, то лимфатические узлы в малом тазу увеличиваются. Увеличение лимфатических узлов под челюстью и подбородком наблюдается, когда твердый шанкр располагается в губе или во рту. Для регионарного склераденизма характерно увеличение лимфатических узлов, жесткая эластичная консистенция, подвижность их при пальпации, отсутствие прилипания к коже и безболезненность. Они всегда сходятся вместе, за ними следует шанкр, а без пузыря твердый шанкр не бывает ».

Диагностика. Твердый шанкр следует отличать от простого везикулярного железа, пиодермии шанкровидной формы и крапивницы, вызывающей рак. При нормальной везикулярной эритеме образованные пузырьками эрозии опухшие, располагаются на гиперемизированной коже, имеют полициклическую кайму, у основания нет твердости, есть боль. Создает затруднения. Это связано с тем, что при шанкровидной пиодермии также наблюдается безболезненное уплотнение уретры или эрозии и увеличение регионарных лимфатических узлов. При диагностике множественных эрозий или трепонемы утечки каналов важно принимать во внимание результаты реакции Вассермана. При опухолях кожи (раке кожи) очаг поражения четко обозначен, дно твердое, края неглубокие, изогнутый он часто эродирован, а окружающая область слегка разорвана. Поскольку уретра глубже, чем у первичной сифиломы, наблюдается кровотечение и медленное торпидное течение. Моча при опухолях кожи также чаще встречается при кариесе.

Вторичный сифилис

Вторичный период поражения начинается в среднем через 2-3 месяца после начала трепонемы или через 6-7 недель после начала первичной сифиломы с высыпанием на коже и слизистых оболочках. Заболевание длится 3-5 лет без лечения. На втором этапе травмы существуют различные патологические изменения во внутренних органах, опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

В первые 5-7 дней вторичной травмы у части больных (10-15%) наблюдается общее недомогание, вялость, головная боль, повышение температуры тела (37,2-38 ° C), к вечеру

возникают боли в суставах и костях. Однако общее состояние пациента часто не сильно меняется.

Вторичная стадия поражения подразделяется на вторичное поражение (первая сыпь) и вторичное рецидивирующее поражение (рецидив сыпи). Промежуток времени между высыпаниями называется вторичной сыпью.

Появление и исчезновение высыпаний во вторичном периоде, а также их количество, морфологические особенности зависят от активности протекающих трепонем и их иммунобиологического родства с макроорганизмом.

Высыпания, возникающие во вторичном периоде, имеют общую черту. Встречаются на разных участках тела, имеют круглую форму, резкую границу и голубовато-красный цвет, не имеют тенденции к слиянию, не имеют субъективных ощущений, не оставляют следов через некоторое время, даже если без лечения выполняется. исчезает. В эрозивном ядре вторичного сифилиса имеется большое количество протекающих трепонем, которые сильно кровоточат. Реакции Вассермана и седиментации на 100% остро положительны при вторичных поражениях (высокий титр реагентов - 1: 160, 1: 320), остро положительны при вторичных рецидивирующих поражениях у 96-98% пациентов (низкие титры реагентов), иммунофлюоресценция - чувствительна. реакция резко положительная у 100% больных.

При лечении антибиотиками пациентов с вторичными язвами наблюдается повторная реакция Лукашевича-Вариша-Херкшеймера (повышение температуры тела, общие симптомы, учащение высыпаний и повышение яркости цвета). Под действием антибиотиков многие протекающие трепонемы погибают, и в результате из этих микроорганизмов выделяются пирогенные (токсичные) вещества. Эти вещества влияют на кровеносные сосуды и клинически характеризуются реакцией Лукашевича-Уариша-Херкшеймера.

При вторичных поражениях морфологические элементы включают пятна (розеола), узелки (папулы), а иногда и пузырьки и пустулы. При этом в этот период наблюдается сифилитическая лейкодермия и выпадение волос (сифилитическая алопеция).

Сифилис вторичной стадии поражения мелкий и многочисленный, ярко окрашен, симметричен, не распространяется, не отслаивается. В этот период у некоторых пациентов можно обнаружить остатки тяжелого шанкра и регионарного склераденита, у 80-90% больных развивается полициклраденит. При вторичных рецидивирующих поражениях сыпь бывает крупной и мелкой, часто асимметричной, склонной к группированию и локализованной в областях с сильным трением (бедро, гениталии, полость рта).

Пятнистый сифилис (сифилитическая розеола). Вторичная стадия поражения часто начинается с сифилитической розеола. Размер пятен бесшумный или меньше, цвет розовато-красный, форма круглая. Если пятно надавить, оно исчезает, появляется кожа, кожа не шелушится, кожа не поднимается. Розеола чаще всего встречается на коже: груди, живота и ягодиц, ягодиц, бедер и слизистой оболочки рта. Розеола разливается 1-2 недели, остается неизменной в течение 3-4 недель, затем обесцвечивается и постепенно бесследно исчезает.

Помимо описанной выше типичной розеола, иногда встречаются нетипичные или редкие разновидности:

1. Розеола одуванчика - верх элемента покрыт монетками одуванчика, а середина слегка утоплена.
2. Выпуклый (приподнятый) периваскулярный мочевого пузырь розеола слегка возвышается над окружающей кожей из-за опухоли и клинически напоминает осла.
3. Присоединяющаяся розеола образуется сложением элементов и образует крупные эритематозные ветви.
4. Фолликулярная мочекаменная (пятнистая) розеола - это промежуточный элемент между розеолой и папулой, образованный периваскулярным инфильтратом мочевого пузыря вокруг волосных фолликулов.

Папулезный сифилис. Папулезный сифилис чаще встречается при рецидивах вторичных поражений. В зависимости от размера папул различают чечевицеобразный мочевого (уасмиксимон) и миарный типы.

Чечевицеобразные папулы имеют форму полумесяца, граница четкая и резкая, розового цвета, не сливается между собой, поверхность шелушащаяся, монеты расположены вокруг папул (симптом «воротничка Био»). Милиарные папулы обнаруживаются на выходе из волосяных фолликулов и часто встречаются у пациентов с сухими волосами. Такие папулы могут быть размером с узелок.

Папулы вокруг влагалища, гениталий и ануса увеличиваются под воздействием трения и раздражающих выделений (гипертрофические папулы), которые в совокупности образуют пилакозные папулы или обширный кандидоз. В результате растираний на поверхности таких крупных папул появляются эрозии (эрозивные папулы) и высыпания (накладные папулы). На поверхности таких эрозивных и мокнущих папул много протекающих трепонем, что очень опасно для окружающих. Папулезные высыпания на ладонях и подошвах не возвышаются над общим уровнем кожи, напоминают темно-красные пятна, папулы имеют твердую консистенцию и покрыты толстыми плотными монетами. Псориаз (псориазоподобный сифилис) и себорейные (себорейные сифилитические папулы) папулы также обнаруживаются во вторичном периоде поражения. Сифилитические папулы постепенно рассасываются, оставляя после себя пигментные пятна. Пятна тоже со временем исчезают.

Гистопатология. В дерме развивается воспалительный инфильтрат. Инфильтрат состоит в основном из плазматических клеток, которые диффузно расположены вокруг кровеносных сосудов молочной железы. Эндотелий сосудов претерпевает острую гиперплазию.

Диагностика. Сифилитические папулы следует отличать от папул, возникающих при псориазе, рожистом воспалении и мультиформной эритеме. Широкий кандидоз следует отличать от острого кандидоза, геморрагических узелков.

Пустулезный сифилис. Пустулезный сифилис встречается в основном у людей с пониженной реактивностью организма и алкоголизмом. Сыпь в основном поражает волосистую часть головы, поясницу и ноги.

Пустулезные высыпания часто сопровождаются папулезным сифилисом. Различают несколько типов гнойничкового сифилиса:

1. При язвенном импетиго в центре папулы находится вещество (пустула), которое быстро сохнет и появляется кожа. Элементы не растут к периферии, не сливаются между собой и не имеют субъективных ощущений.
2. Клинические проявления сифилитического сифилиса напоминают нормальный сифилис. Ликопиноподобный сифилис также встречается в несекторейных областях, отсутствуют симптомы себореи (камедоны).
3. Чечексимон сифилис. Образуется шаровидная пустула, которая вскоре засыхает посередине (напоминает оспу), вокруг которой образуется коричневато-красный инфильтрат. Количество пустул невелико (10-20) и не оставляет рубцов при длительном хранении.
4. При сифилитической эктима образует глубокую пустулу, покрытую толстой серой или коричневой кожей. Под кожей остается шрам, который в дальнейшем заканчивается рубцом. Вокруг элемента сплошной инфильтрат, окруженный красным фланцем. Пустулы располагаются на передней части голени, а иногда и на теле, конечностях и волосистой части головы. Отличие банальной эктимы от сифилитической эктимы в том, что она вызывается стрептококками; располагается в ягодицах и пояснице, а окружающая эритема имеет большие размеры.
5. Сифилитический разрыв, разрывной разрыв. Сифилитическая эктима - это тип инфильтрата, при котором инфильтрат увеличивается, жидкость со дна затвердевает в слоистую глубокую вену, *Rupia* возникает после начала заболевания и указывает на тяжелое поражение, такое как эктима.

Во вторичном периоде поражение слизистое, как и на коже. В слоях (полость рта, горло, гортань, покраснение губ, слизистые оболочки больших и малых половых губ) также встречаются папулезный и пустулезный сифилис. Из-за розового цвета слизистых оболочек сразу выявить (диагностировать) эти элементы сложно. Мягкое нёбо, нёбный язык, розеола в миндалинах соединяются вместе, образуя большой очаг, который называется сифилитической

стенокардией. Сифилитическая стенокардия характеризуется односторонней или двусторонней, бессимптомной, без лихорадки и резкого отделения сыпи.

слизистый папулезные высыпания также можно обнаружить на полу. Они беловатые, круглые, с резкой каймой, плотные при прикосновении, темно-красного цвета. Если эпителий пулы в полости рта поврежден, он становится белым и красноватым по краям. Аналогичные паллоидные высыпания можно обнаружить на слизистых оболочках десен и половых органов. Если папулы расположены в голосовых связках или в гортани, то звук хриплый.

Сифилитическая алопеция. Различают малую, диффузную и смешанную разновидности сифилитической алопеции. При сифилитической алопеции с небольшими очагами кожа волосяных фолликулов не изменяется и не шелушится. Волосы сплетены небольшими складками, волосы по краям выдергиваются вручную, признаков воспаления нет. При UAlpi (диффузной) алопеции волосы на голове плетутся таким же образом. Также можно плести бороды, брови, ресницы. Из-за плетения и роста ресниц ресницы бывают разной длины и ступени. -Uani напоминает (это называется знаком Пинкуса), мелкозернистое плетение бровей называется «трамвай» или «омнибусли» сифид-крышкой. У некоторых пациентов волосы могут полностью запутаться. Отсутствие раздражающих элементов на коже, а также зуда, кожа остается теп-тёки с. Выпадение волос UAlpi часто происходит на вторичной стадии поражения. Смешанное плетение волос. Видны как вьющиеся, так и густые волосы. Выпадение волос - характерный признак заболевания. Через несколько месяцев волосы снова отрастают.

Сифилитическая лейкодермия или пигментный сифилис Лейкодермия пищевода часто возникает во вторичной рецидивирующей фазе поражения. Выглядит как протекающее пятно и не беспокоит пациента. Пятна размером с горошину и меньше можно увидеть на груди, шее и спине, а иногда и на плечах и руках. В порядке. Кажется, что пятна объединяются, образуя сеть. Патологические изменения задней спинномозговой жидкости выявляются у 56% больных сифилитической лейкодермией (Т. В. Ва-силев, 1963). Клиническая патология спинномозговой жидкости выявляется у 73% больных сифилитической алопецией и лейкодермией (А. К. Уакубсон, 1940). Лейкодермия постепенно исчезает через несколько месяцев даже без специального лечения.

Повреждение внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и во вторичном периоде травмы. На втором этапе травмы, повреждения внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата очень редко, и в результате патологических изменений не представляют угрозу для жизни пациента.

Иногда может наблюдаться клиническая картина острого гепатита, напоминающая болезнь Боткина. Печень у больных увеличена, болезненна при пальпации, нарушена. Черный развод. также может быть увеличен. Серологические реакции в крови таких больных резко положительны.

Поражение почек при вторичных поражениях характеризуется протеинурией, сифилитическим липидным нефрозом.

Со стороны сердечно-сосудистой системы возникает сифилитический миокардит (повышенная утомляемость, общая слабость, одышка), который выявляют при электрокардиографии.

Наблюдаются желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, снижение аппетита, гипоацидный гастрит).

По нервной системе можно диагностировать клинические симптомы скрытого сифилитического менингита, острого генерализованного менингита, базального менингита и сифилитической гидроцефалии.

На ранних стадиях вторичной травмы возникает боль в длинных костях стопы, которая усиливается к вечеру. Одновременно развиваются клинические симптомы болезненного периостита и остеопериостита,

При своевременном лечении пенициллином или другими антибиотиками указанные патологические процессы постепенно возвращаются (регрессируют).

Третичный период сифилис В последние годы количество пациентов с третичным периодом травм значительно сократилось. Это приводит к тому, что пациента не лечат полностью или вообще не лечат. При развитии третичного периода, травмах (психических, физических) и

хронических заболеваниях, отравлениях. возраст пациента и другие факторы важны. Третичный период - 3-5 лет или позже. Она характеризуется повреждением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата. рин делится на периоды. Этот период делится на период транспортировки туши и узла (гуммы) соответственно. Количество высыпаний невелико (количество шишек 10-20, на десне обычно одна-две), оставляя рубец. Если сыпь находится в жизненно важных органах и системах, она представляет серьезную угрозу для жизни пациента. Элементы менее заразны для окружающих, потому что у них очень мало трепонем, в основном на дне инфильтрата. Третичная травма вызывает серьезные изменения в организме. В этот период происходят изменения в подкожно-жировой клетчатке, костях и мышцах, нервной системе и внутренних органах. Третичные элементы чувствительны к йоду и тяжелым металлам, и при их лечении элементы быстро исчезают. Регрессирует. Стандартные серологические реакции отрицательны у 30-35% пациентов. Однако реакция на иммобилизацию трепонем редко дает отрицательный результат. Поэтому важно исследовать кровь пациента на наличие ОТИР.

Туберкулезный сифилис. В дермальном слое кожи пациента Образование клеточных инфильтратов приводит к образованию туберкулезного сифилиса. Это может произойти на любом участке кожи. Гантели не болят, не сжимаются и не набухают. Они бывают уаримосимон или уасси, красноватого цвета, асимметрично расположены на коже. Гантели имеют форму вишни, отличаются твердостью, консистенцией и четкостью, ограниченностью. Дамбок. Чалар располагается в слое дермы и эпидермиса. Инфильтраты гантелей со временем некротизируются и образуются бородавки. Рубцы образуются на поверхности ВП, покрытых грануляционной тканью. Атрофия образуется на месте регрессии пузырей сухим способом. Из-за переполнения гантелей наблюдается, что элементы находятся на разных стадиях с морфологической точки зрения, когда они регрессируют. Различают несколько видов гантельного сифилиса: групповой (элементы расположены группами, лёк и не сливаются между собой), репильный или серпингиоз (гантели складываются, регрессируют от центра, а в периперических ветвях образуются новые элементы. будет), квадратный (гантели складываются в квадрат), низкорослый (наблюдаются гантели, похожие на зерна тарика). Тупой сифилис протекает без субъективных изменений. низкорослый (наблюдаются голени, похожие на зерна тарика). Тупой сифилис протекает без субъективных изменений. низкорослый (наблюдаются голени, похожие на зерна тарика). Тупой сифилис протекает без субъективных изменений.

Диагностика. Третичный сифилис может быть вызван туберкулезом туберкулеза, туберкулезным типом проказы. Реактивный артрит часто протекает в острой форме, для которой характерен гуммиозный отросток, расположенный в суставе (эпифизе, метафизе). Часто хроническое синовиальное искусство бывают обряды и имеют на них аллергическую природу объяснил. Клинически этот тип артрита характеризуется припухлостью и болью в суставах, скоплением жидкости в суставах и, как следствие, частичным нарушением функции суставов. Остеоартроз - заболевание суставов. возникает в результате смолистого поражения пораженных костей возникает и развивается (их еще называют смолистые эпифизы). Уумалок в шишковидной железе в результате рентгенологического исследования. Видны дефекты, склеротическая реакция вокруг них менее выражена. Больше всего страдают коленные, плечевые, локтевые и голеностопные суставы. Тем не менее, движение пораженного сустава сохраняется, с необъяснимой болью. общее состояние больного не сильно меняется. Все эти симптомы, а также результаты клинических и лабораторных исследований учитываются при сравнительной диагностике, особенно при туберкулезном артрите, травма, как и на самых ранних стадиях, вызывает поражение внутренних органов и систем. Язвы с поздним началом, включая третичные язвы, часто поражают внутренние органы, сердечно-сосудистую систему и печень. Во втором и особенно в третьем периоде наблюдаются миокардит, одышка, повышенная утомляемость, общая слабость, аритмия, неслышимость сердечных тонов и расширение левой границы сердца. Травматический миокардит не имеет специфических клинических признаков и практически неотличим от других миокардитов естественной природы. Его диагноз ставится на основании других клинических и лабораторных признаков

травмы. Особое внимание следует обратить на аортит с миокардитом. Травматический артрит - наиболее частая форма висцерального повреждения, основные изменения наблюдаются в средней аорте (мезаортит). Это приводит к затвердеванию стенки аорты и расширению восходящей части аорты (последний признак характерен для аорты, поврежденной в результате травмы). Если норма у здорового человека на 3-3,5 см выше аорты, при мезаортите достигает 5-6 см и часто разрастается в виде колбасы. Осложненный травматический аортит может привести к аневризме аорты. Его разрыв приводит к катастрофическим случаям: в третичном периоде поражения печень встречается у 2-4% повреждений внутренних органов. Печень. Геммоз, миарник геммоз или таркок. Наблюдаются инфильтративный и хронический эпителиально-язвенный гепатит. В период третичной язвы поражения внутренних органов - почек, легких, желудочно-кишечного тракта и др. Встречаются редко (в целом висцеральная патология третичных язв - 1-я). В третичном периоде поражение, у овец наблюдаются патологические изменения нервной системы (поздний нейросифилис): скрытый сифилитический менингит, позднее диффузное менинговаскулярное поражение уретры, Инфаркт миокарда (васкулит), инфаркт миокарда и прогрессирующий паралич. Сифилитический менингит с поздним началом обычно начинается через несколько лет после того, как инфекция попала в организм. Иногда сифилитический менингит с ранним началом на второй стадии поражения может прогрессировать до сифилитического менингита с поздним началом. У пациентов с этим типом нейросифилиса нет субъективных симптомов, подобных раннему сифилитическому менингиту мочевого пузыря. Иногда жалуются на легкие головные боли, звон в ушах, снижение слуха и головокружение. Офтальмологическое обследование выявляет гиперемия диска зрительного нерва и папиллит. При диагностике заболевания важно проверить спинномозговую жидкость (ЦСЖ). Допускаются признаки менее развитого воспаления в спинномозговой жидкости (повышенный окислительный стресс, цитоз, глобулиновые реакции), положительная реакция Вассермана, патологические проявления реакции коллоидного золота (Ланге). Патологический процесс в Лии-воре более устойчив, чем лечение травмы. При ранних ишемических язвах спинномозговая жидкость быстро выводится во время лечения (sanasiua). Поздние диффузные менинговаскулярные язвы развиваются в основном на фоне острого сифилитического менингита и характеризуются незначительным патологическим поражением спинномозговой жидкости. Больные жалуются на легкую головную боль и головокружение. В результате поражения сосудов головного мозга симптомы заболевания напоминают симптомы гипертонического криза. При этом происходит повреждение миаульных нервов, потеря чувствительности, Наблюдаются патологические рефлексы, парестезии, гемипарез, паралич, нарушения памяти и произношения. Ork, a miua sukhtasi (зрение, табес), характеризуется тяжелой хронической формой. При этом у орка, миуа снаряды, столбы и гнойнички травмируются, сильная боль. наблюдаемый. Боль похожа на боль при сердечном приступе или боли в почках и печени. Такие боли начинаются внезапно и быстро исчезают, иногда надолго. vak.t тоже можно продолжить. Парестезия с сегментарными признаками при крапивнице, нарушениях мочеиспускания и дефикации мочеиспускания, парез мочевого нерва, дисфункция продолговатого мозга, атрофия зрительного нерва, естественная артропатия, глубокие трофические поражения пятки, выпадение волос, потеря зубов, остеопатия и другие симптомы разрешены.

Прогрессирующий паралич. В зависимости от заболевания мелкие кровеносные сосуды головного мозга капилляры и поражения головы, головы и центрального серого вещества. В результате атрофия клеток наблюдается во всех слоях. В период обострения болезни наблюдаются деградация, прогрессирующая умственная отсталость, галлюцинации, кахексия, алопеция и др., В завершающей стадии которых могут развиваться различные формы прогрессирующего паралича, такие как слабоумие, экспансивное расстройство, слабоумие и депрессия.

Прогрессирующий паралич в виде деменции. Отсутствует работа с жабрами, быстрая апатия, слабоумие, общий паралич. В развернутой форме у пациента наблюдается эйфория, мания величия и тошнота. При обострении болезни больной сильно возбужден, что опасно для окружающих. Страх относится к депрессивной форме депрессии.

Ранние психические изменения при прогрессирующем параличе включают:

1. Изменения в поведении человека: у пациента кружится голова, бывают случаи сарказма или плача, двусмысленности или крайней нежности. Такое изменение характера больного происходит внезапно. Поэтому врач должен обращать внимание на такие изменения в поведении пациента, а также в поведении.
2. Изменение памяти, при котором пациент вспоминает события, которые когда-то имели место, и забывает, что произошло в то время.
3. правильная дата пациента из-за психических изменений не могу.
4. Пациент не может правильно печатать, письмо прерывистое.
5. Пациент становится быстрым или сёкин-говорящим, его речь становится прерывистой.

При проведении лабораторных исследований состояние пациента Дарт серологические реакции 95-98% в крови и 100% в спинномозговой жидкости. положительный; В спинномозговой жидкости реакция Ланге паралитическая, при этом OTIR и RIF положительны в 90-94% случаев.

Упомянутые выше последствия заднего инфаркта миокарда и прогрессирующего паралича зависят от своевременности лечебных мероприятий. На ранних стадиях болезни полезно лечение пенициллином.

Табопаралич. Если у пациента наблюдается сочетание прогрессирующего паралича и симптомов заднего инфаркта миокарда, то проводится диагноз «табопаралич».

Скрытый сифилис

Иногда сифилитологи диагностируют язвы только на основании положительных серологических тестов крови. Клинические проявления поражения не наблюдаются в коже, слизистые оболочки, слизистые оболочки, внутренние органы, нервная система, опорно-двигательный аппарат пациентов с острыми язвами. По статистике травм больше. имеет место. Хорошая серологическая диагностика, своевременное серологическое обследование населения, применение антибиотиков при различных заболеваниях (грипп, пневмония, бронхит, ангина и др.), Самолечение пациента и др. Чем сложнее вовремя выявить, тем больше банок уаширин травмапожелания. Есть ранние и поздние типы острых поражений, а также неизвестные типы.

Ранний скрытый сифилис в том числе период, равный периодам первичной серопозитивной и вторичной рецидивирующей травмы, актив не имеет клинических признаков. Средняя продолжительность этого периода с момента заражения составляет 2 года. У пациентов с ранним язвенным колитом могут появиться заразные высыпания на коже и слизистых оболочках. Вот почему В отношении больных необходимо проводить эпидемиологические мероприятия (госпитализация, специфические лечебные мероприятия, обследование половых и бытовых контактов).

1. Тщательно собранный анамнез. Пациенту сообщают о наличии остроконечных кондилом, эрозий или бородавок в полости рта, облысении и о том, принимал ли он антибиотики в течение 1-2 лет.
2. Обследование людей, имевших с ним половой акт, т.к. у тех, кто вступал с ним в половой акт, часто выявляется активная (ранняя) форма поражения. Это поможет в диагностике раннего повреждения мочевыводящих путей.
3. Клиническое обследование выявляет наличие рубца или атрофии, остатков регионарного склераденита на месте первичной сифиломы.
4. В К, то серологические реакции имеют резкий положительный результат и высокие титры реагентов (1: 120, 1: 160, 1: 320). Люки n антибиотикис или начальная ранняя травма уаширином Серологические реакции могут быть слабо положительными или титр реагентов может быть низким (когда период соответствует периоду первичного серопозитивного повреждения).
5. Во время терапии пенициллином иногда наблюдается рецидивирующая реакция (реакция Герксхаймера).
6. Снижение титра реагентов при лечении и быстрая отрицательность серологических реакций.
7. Возраст пациента обычно 40 лет и старше.

8. В задней спинномозговой жидкости миокарда определяются нормальные параметры.

Эпидемиология поздних ночных язв не представляет опасности. Пациенту с данным типом травмы ставится диагноз в основном при серологических исследованиях и профилактическом осмотре. Специфические реакции (RIF и OTIR) должны использоваться для диагностики и подтверждения заболевания.

Поздний скрытый сифилис Следующая информация поможет определить:

1. Анамнез. Активное клише раны за 2-3 года до пациента. Была получена информация о том, наблюдалось ли прозвище. Ленин. Нередко болезнь может протекать клинически и серологически бессимптомно.

2. Конfrontasiua. У людей, имевших половой акт с пациентом, обнаруживаются поздние формы поражения или у них есть сифилис. Не будет литической инфекции.

3. Серологические реакции положительные или резко положительные, титр реагентов низкий (1: 5, 1:10, 1:20); специфические реакции (РИФ, СИТ) бывают положительными или резко положительными.

4. При проведении специфического лечения длительно отрицательные серологические реакции.

5. Отсутствие рецидивирующей реакции (реакции Герксхаймера) на фоне терапии пенициллином.

6. В спинномозговой жидкости наблюдается патологический процесс, и во время лечения санасиуа очень сёкин. Дегенеративный компонент развивается в спинномозговой жидкости.

7. Больные проходят тщательный осмотр у невролога, терапевта, офтальмолога, отоларинголога, часто у них выявляются специфические изменения во внутренних органах.

Врожденная травма

Сифилитическая инфекция от беременной матери с травмой заражает и вредит будущему ребенку. Это называется врожденной травмой.

До двадцатого века существовало несколько теорий, объясняющих происхождение врожденных повреждений.

Начиная с двадцатого века, начали появляться другие представления о врожденных пороках сердца. Анализы показали, что трепонема передается от беременной матери ее будущему ребенку через плаценту. Этот процесс происходит во втором триместре беременности, когда начинает циркулировать плацента. ради. У плода не было обнаружено трепонем, который умер в возрасте 3-4 месяцев.

находится посередине. Развитие врожденных образований зависит от стадии сифилитической инфекции в женском организме, ее длительности, вторичная стадия поражения опасна для плода. Иногда инфекция может передаваться плоду от женщин с третичными и поздними врожденными язвами. Врожденную травму можно предотвратить, если женщине назначить специальное лечение до или во время беременности.

Пути передачи сифилитической инфекции от беременной к плоду.

1. Через пупочную вену в виде эмбола.

2. Через лимфатические сосуды пуповины.

3. Чтение с трепонемы через поврежденный спутник (ниспутниковое считывание трепонем не передает).

Пораженная плацента становится увеличенной и гипертрофированной, весит 1 / 4-1 / 3 плода (в норме - 1 / 6-1 / 5). Выявлено, что в сателлитных сосудах образуются пери- и эндартерииты, абсцессы. У плода - сепсис сифилитической инфекции, а во внутренних органах - трепонемы. Если беременная женщина не лечится от травмы, у нее обычно случается выкидыш на 4-5 месяцах беременности, или травма может привести к преждевременным (7-8 месяцев) или мертворождению.

В зависимости от клинических проявлений, течения и продолжительности врожденные травмы делятся на 4 типа: 1) травмы плода; 2) преждевременная родовая травма (срок от рождения до 4 лет); 3) поздняя врожденная травма (у детей старше 4 лет); 4) врожденный порок сердца (три в разном возрасте) Райди).

Травма плода. Под влиянием сифилитической инфекции в плаценте нарушается питание, обмен веществ, а через 6-7 мес. происходит выкидыш. Диффузно-воспалительные изменения в виде мелкоклеточных инфильтратов (лимфоцитов, состоящих из плазматических клеток) во внутренних органах под влиянием трепонем, которые переходили от матери к плоду с первого месяца беременности, с последующим разрастанием соединительной ткани. и желчных и солитарных десен вудга соблюдается.

Из внутренних органов чаще всего печень, селезенка, легкие, внутренняя секретуальная железа, поражается центральная нервная система. Печень увеличена, гладкая, на разрезе желтовато-коричневая. Иногда печень обезвоживается и паренхима диффузно-фиброзная атрофия. Черная селезенка также увеличивается в размерах и затвердевает. Инфильтрация, гиперплазия и десквамация при альвеолярной эпилепсии наблюдаются в пространстве между альвеолами легких. Такие изменения называются ок пневмония и приводят к быстрой гибели плода.

В желудке и кишечнике в результате их переваривания образуются инфильтраты и мочеточники.

В центральной нервной системе встречаются лептоменингит, менингоэнцефалит, железистый эпендимит и иногда заболевания десен.

Если ломила не погибнет, она будет отставать в умственном и физическом развитии.

Есть разница между ранними врожденными образованиями груди (до возраста) и молодыми (от 1 до 4 лет).

Клинические признаки врожденных образований у детей, находящихся на грудном вскармливании, появляются в первые 3 месяца жизни. Начинает проявляться язвенная сыпь. Все внутренние органы, нервная система, повреждение опорно-двигательного аппарата, кожи и слизистых оболочек.

Новорожденный ребенок. Появляется каримсик, кожа сморщивается, он становится тусклым и тусклым. Голова у ребенка большая, покрыта серебряными монетами, подкожно-жировой слой развит слабо, дистрофический. Повреждение костей вызывает сильную боль, ребенок не может спать и громко плачет (симптом Systo).

Диффузно-папулезный инфильтрат Гоксингера наблюдается на коже лица, ладоней, пяток и ягодиц. УО'z, вокруг рта, подбородка, лба узелки на бровях образуют инфильтраты и регенерируют. Инфильтрат кожи врожденный в возрасте кормления грудью. Вычисляется первый знак хт. Заболевание начинается с появления пятен или диффузной эритемы на коже, затем кожа утолщается, затвердевает и становится красновато-коричневой, вокруг них образуются спонтанные трещины, которые заканчиваются рубцеванием и сохраняются на всю жизнь (симптом Робинсона - Фурнье). Если диффузный инфильтрат находится на бровях, ресницах и коже головы, волосы рождаются там; Если слизистая носа расположена на полу, малышу трудно дышать и сосать. При исследовании инфильтратов обнаруживаются трепонемы.

Сифилитическая пузырчатка характерна для поражений грудного возраста. На ступнях и ладонях (иногда на лице, теле, стопах и пепле) появляются серозно-гнойные пузыри, размером с тарик, иногда горошинчатые. Поверхность их плотная, симметричная, в основании остается инфильтрат. Везикулы имеют свойство сливаться друг с другом и не вызывают субъективных ощущений.

Внешний вид папул на коже напоминает линзовидные папулы в период вторичных поражений, но отличается склонностью к слиянию. делает.

Травма слизистой оболочки носа Сифилитический ринит называется Различают 3 его стадии. На первой стадии (покраснение) слизистая оболочка носа слегка опухает и утолщается. Затруднить ребенку дышать и сосать. Стади. Во второй (секреторной) стадии - слизистая носа набухает и из нее вытекает гной. После дыхания через нос при вдохе вы слышите свистящий звук. На третьей (уарали) стадии наблюдаются деструктивные изменения в носях и костях носа, в результате чего нос оседает. Сифилитический грипп - характерный симптом врожденных пороков развития грудной полости, поражения слизистых оболочек гортани, охриплости голоса, афонии, а иногда и стеноза.

При врожденных пороках развития груди наблюдается поражение костей, в основном сифилитический остеохондрит, периостит и остеопериостит. Такие изменения, конечно, обнаруживаются нулевым рентгеновским лучом. Сифилитический остеохондрит трубчатых костей (преимущественно серых, плечевых) чаще встречается при костных изменениях. Первоначально на рентгенограмме выявляется остеохондрит I и II степени. На границе метафиза с тогаем имеется увеличенная зона первичного разжижения (до 2-2,5 мм; обычно это тёмная, в виде четкой системы, ширина 0,5 мм), которая относится к I степени остеохондрита. При остеохондрите II стадии зона истончения составляет 2-4 мм, на стороне, обращенной к эпифизу, появляются колючие опухоли и бугорки (в месячном возрасте ребенка не видно на рентгенограммах шишковидной железы, потому что он имеет тогаиную структуру). Рентген скелета необходимо проводить на сроке до 3 месяцев, так как в дальнейшем эти изменения могут исчезнуть. При отсутствии других клинических признаков травмы невозможно диагностировать врожденный горб только на основании симптомов остеохондрита I степени, поскольку такие изменения в кости также возникают при различных патологических состояниях (витамин D-гипервитаминоз, гипотиреоз). .фиуа, гиповитаминоз и др. х, органы). При остеохондрите II степени первичная зона разжижения исчезает, как если бы она была разрушена. В метафизе присутствует черная система деструкции. Его толщина 2-5 мм. Сууак-Обмен грануляционной ткани с водой в метафизе вызывает перелом мочеочника, и у Парро развиваются псевдопараличи: ребенок не может свободно двигаться, трясая или сгибая ноющую ступню и ногу, или сохраняются чувствительность и движение в пальцах ног. Это единственный признак врожденного порока сердца.

Кроме того, наблюдаются сифилитический периостит и остеопериостит, которые часто локализуются в длинных трубчатых костях, что приводит к менее выраженным, ограниченным болезненным опухолям в костном мозге. Иногда они располагаются в области лопатки, для которой характерны изменения черепа (симптомы «ягодоподобного черепа» и «олимпийского лба», а также выпуклость лба и верхней части черепа.) .ib подставка). Периостит и остеопериостит часто имеют диффузный характер (экссудативно-пролиферативный процесс), но также могут иметь гуммозный характер. Иногда может возникнуть сифилитический фалангит или дактилит. Они характерны для врожденных поражений, при которых повреждаются основные фаланги. Из-за диффузных или гуммиозных язв кости набухают, приобретая цилиндрическую или пластичную форму, пальцы опухают и выглядят как бутылки. Обычно повреждается большая часть фаланг, иногда процесс развивается односторонне, возникает боль и перфорация. Этим пораженный дактиль отличается от дактиля туберкулеза. сделал бы. Дактилит - единственный признак врожденного поражения и часто развивается у детей от 1 до 4-5 лет, даже до 6 лет.

Часто глаз травмируется органами чувств. В этом возрасте часто возникает врожденный язвенный хориоретинит (поражение типа и сосудистой оболочки глаза) периферической части глазного дна. образуются характерные желтые точки. У ребенка курит кобилиуати обычно не меняется.

Склеротические изменения, вызванные диффузными инфильтратами, развиваются во внутренних органах (печени, селезенке, почках, легких, слизистых оболочках). Инфильтраты, которые первоначально начинаются вокруг кровеносных сосудов, постепенно распространяются на все органы. Поражение нервной системы проявляется в виде менингита, менингоэнцефалита, гидроцефалии.

Серологические реакции монеты (реакция Вассермана, ОТИР, РИФ) всегда положительны при раннем раке груди.

Сифилис у новорожденных (Будь мне 4 годаган период) появляются клинические признаки травмы. Задний проток, половые органы, вегетативные, ограниченные, большие папулы на коже таза, а также пустулы (вещества) на лице и волосистой части головы у слабых детей. Розеола реже встречается при врожденных поражениях, чем при приобретенных. На слизистой оболочке рта присутствуют эрозивные папулы. Папулы в уголках рта эродированы, вызывая изменения, похожие по внешнему виду на процесс воспаления, вызванный пиококками и дрожжеподобными грибами.

Врожденные поражения характеризуются наличием темно-красного инфильтрата вокруг папулы и отсутствием шишки, образованной роговым слоем (стрептококковый стрептококк). В этом случае увеличиваются все лимфатические узлы, рождаются волосы, патологические изменения наблюдаются со стороны периостита и остеопериостита, внутренних органов (гепатит, нефрозонефрит, пневмония) и нервной системы (гемиплегия, гидроцефалия, менингит и др.). Часто серологические реакции крови положительные.

Поздняя врожденная сифилис.Срок травмы составляет от 4 до 17 лет.встречается у детей с Это считается рецидивом врожденных поражений, возникших во время кормления грудью, которые не были диагностированы и не лечились.

В зависимости от клинического течения различают три случая поздних врожденных пороков развития.гумма или гуммидные инфильтраты располагаются в коже, слизистых оболочках, костях (гуммический периостит, остеопериостит), суставах, внутренних органах и нервной системе (гуммиозный менингит). На коже появляется тупой сифилис. Некоторые эндокринные железы, кровь в голове или спине могут быть повреждены (такие изменения приводят к парезам, параличам и столбняку). Редко развивается задний инфаркт миокарда или прогрессирующий паралич.

Помимо перечисленных выше симптомов (они характерны для третичного периода приобретенного поражения) различаются только особенности позднего врожденного поражения. Они разделены на группы. Первые - это достоверные или безусловные признаки, характерные для поздних врожденных пороков сердца. Вторую группу составляют вероятные признаки, которые учитываются только при наличии других признаков, подтверждающих наличие поражения (результаты серологических реакций крови, спинномозговой жидкости).технологические изменения, анамнез матери и ребенка и результаты их обследования). Третья группа - дистрофия (стигма)обнаруживаются при хронических инфекционных заболеваниях и не считаются врожденными. Однако сумма нескольких дистрофий и других доказательств, подтверждающих наличие сифилитической инфекции (например, положительные результаты реакции Вассермана в крови матери и ребенка), может помочь правильно диагностировать заболевание. Кроме того, наличие дистрофий также важно при диагностике парасифилитических заболеваний.

Гетчинсона к безусловным или достоверным признакам поздней врожденной аномалиитроица (паренхиматозный кератит, сифилитический лабиринтит и болезнь Гетчинсона). Паренхиматозный кератит характеризуется покраснением и тусклостью роговицы, невозможностью смотреть на свет, слезами и снижением остроты зрения. Обычно сначала поражается один глаз, затем другой. При лечении кератит часто возвращается или роговица становится непрозрачной, а иногда она может сильно измениться, что приведет к сухости.родня Иногда сифилитический кератит, ирит, иридоциклит и хориоретитпри гниде, сифилитическом лабиринтите или лабиринтной глухотехарактеризуется снижением слуха (обычно повреждаются обе серые стрелки) и появлением шума в серой стрелке. Эти клинические признаки - инфильтрация лабиринта.при лучевом изъязвлении и дегенерации слухового нерва 5. Карабеллия - наличие дополнительного пятого купола (шишки) в жевательной полости первого молярного зуба верхней челюсти.

6. Gashe dystema - это расположение резцов на расстоянии друг от друга.

7. Гипертрихоз, скованность (волосы растут и иногда сливаются с бровями) -

8. Изменения черепа, лба, лба и скул вытеснены, а промежутка между ними нет в боте.

RIF и OTIR положительны при вечерних врожденных поражениях.

Профилактика врожденных травм. Раннее выявление и лечение важны для предотвращения врожденных пороков развития. В частности, желательно проводить своевременные обследования и лечение беременных. Согласно существующим методическим рекомендациям, женские консультации (консультации) принимают во внимание всех беременных иник и серологии. Серологическое исследование проводится дважды - на первом и втором сроке беременности. Если у беременной обнаруживается

активное или скрытое поражение, то проводится только специальное лечение антибиотиками. Если женщина ранее лечилась от язвы, необходимо провести профилактическое лечение во время беременности; Цель профилактического лечения - обеспечить рождение здорового ребенка. В таких случаях новорожденный проходит профилактическое обследование и лечение по схеме, утвержденной Минздравом.

Лечение сифилиса

Лекарства, применяемые при лечении травм, специфичны и используются в качестве пробной терапии для профилактики или диагностики после постановки диагноза травмы. При лечении заболевания следует учитывать период травмы, возраст пациента и степень поражения нервной системы и внутренних органов, а также аллергические реакции на лекарства.

Пенициллин, бициллин-1, бициллин-3, би-силлин-5 и др. Для лечения язв используются другие антибиотики. Эти препараты имеют прямое действие на протекающую трепонему. При этом, помимо специфического лечения, применяется неспецифическое лечение для повышения иммунологических свойств организма и преодоления инфекции. Неспецифическое лечение сочетается со специфическим лечением.

Помимо лечения травмированных пациентов, в борьбе с травмами используются следующие методы лечения.

1. Профилактическое лечение - во избежание возникновения травмы травма назначается людям, имевшим половой и бытовой контакт с больными на ранней стадии (если период контакта не превышает 3 месяцев).
2. Профилактическое лечение - проводится беременным женщинам и их детям (даже при отсутствии серологических и клинических признаков) с предыдущей раной или одновременно с раневой инфекцией.
3. Пробное лечение назначают при подозрении на травму нервной системы, внутренних органов.

На поздних стадиях травмы (третичная травма, поражение внутренних органов и нервной системы) назначаются специальные лечебные мероприятия; В течение 1-2 недель применяют препараты йода, висмута (биохинол 2 мл в сутки, общая доза 40-50 мл), затем каждые 3 часа вводят внутримышечно пенициллин 400000. Через 1,5-2 месяца проводят второй курс лечения. В этом случае вместо биохинола назначают бисмоверол по 1,5 мл 2 раза в неделю, курс лечения 18-20 мл.

Рекомендуется применять неспецифическое лечение у пациентов с отсроченными серологическими реакциями или неотрицательной крови, вечерними язвами, нейро-, висцерозами, врожденными язвами. Пирогенные препараты (пирогенал, продигозан) в качестве неспецифического лечения. body) и иммуномодуляторы (декарис, метилурацил, нуклеинат натрия).

Гонорея

Это инфекционное заболевание, передающееся половым путем, в основном передающееся половым путем. Это слово также называют «гонорея» по-гречески, «триппер» по-немецки, а иа означает «утечка». В основном мочеполовые гениталии. иногда также поражаются прямая кишка, глаза, слизистая рта, слои.

Этиология и патогенез. Возбудитель гонококков был открыт в 1879 году немецким ученым Альбертом Нейссером. Э. Бум, напротив, смог получить его в специальной питательной среде (1885 г.).

Самый распространенный способ научиться говорить - это половой акт. Заболевание передается при половом акте с больным гонореей, а также от мужчин и женщин с хронической гонореей. Заболевание также передается через предметы, которыми пользуется пациент: простыни, полотенца и т. Д. Они даже начинают работать над ферментом пенициллиназой против некоторых антибиотиков, таких как пенициллин. Гонококки - это грамотрицательные неактивные микроорганизмы, которые обычно не образуют споры. Вне человеческого тела щетка, а иногда и больше, хранится в

невыносимом густом гное и в различных предметах (или мокром белье, полотенцах и т. Д.). В организме человека их сопротивление намного выше.

Гонококки особенно устойчивы к нагреванию до 40 ° С. температуры, а также под воздействием дезинфицирующих растворов. Раствор 1: 100 нитрата серебра, йода и спирта мгновенно убивает гонококки. При замораживании в вакууме они надолго сохраняют свои антигенные свойства. Например, исследования в питательной среде проводились более 5 лет. Кортикальный слой, цитоплазма и мембрана состоят из трех слоев, поддерживающих внешний вид микроорганизмов. В цитоплазме гонококков много рибосомных (белковых фабрик) гранул, включений уадро. В последние годы было обнаружено, что гонококки имеют капсулоподобную часть вокруг коры головного мозга. Это позволяет отделить каждый кокс друг от друга. Исследования под электронным микроскопом показали, что гонококки имеют сеть тонких нитей в стебле гонококка, которые определяют вирулентность микроорганизма путем опроса генетической информации. есть идеи.

Гонококки обычно выбирают определенные питательные среды для своего роста и размножения, поэтому они не растут в нормальных условиях. Наличие ок. Сил (асцитная жидкость) для их роста необходим. Например, в кислых условиях асцит возникает при температуре 36–37 ° С, и асцит для них является лучшей питательной средой.

В естественных условиях животные не заражаются словом, Изучение прививки им лошадей малоэффективно. В последние годы в литературе появились сообщения о том, что некоторые всадники могли разговаривать с обезьянами.

Болезни способы обучения. UUkorida мы гонококки Мы уже упоминали, что они очень устойчивы к торговле со стороны человеческого тела. Слухи распространяются главным образом на здоровых людей, когда они занимаются сексом с пациентом. Источником заболевания являются пациенты, которые не подозревают о дефекте речи или имеют хронический дефект речи. В частности, женщины могут долгое время не подозревать о том, что они больны. Слово, обозначающее мужчин старшего возраста. Чаще всего встречается во время полового акта. Половой акт с незащищенными людьми также вызывает заболевание, при котором гонококки поражают слизистые оболочки тонкой кишки или ротовой полости. Так обстоит дело с гомосексуалистами. Иногда в результате несоблюдения правил личной гигиены девушками с проблемами речи,

Сучья гонококки из орогенитального сообщения - это миндалины и глотка. первичный слой слизистой оболочки может быть поврежден. Полость рта у маленьких детей без ведома инфекции половых органов В литературе сообщалось, что Гонококковый конъюнктивит практически не встречается у взрослых, и пациент, не соблюдающий личную гигиену, может заразиться пеплом. Наблюдения показывают, что почти у 95-99% пациентов с ревматической лихорадкой он развивается в результате полового акта.

Патогенез Также повысился врожденный иммунитет к слову Иммунитета нет, больной, очистивший кость, может снова заболеть.

Анализ крови пациентов с гонореей показали, что они содержат антитела, связывающие комплемент, но они не предотвращают повторное инфицирование. Человек может несколько раз заболеть гонореей (повторное инфицирование)). При острой речи большинство гонококков локализуется в цитоплазме лейкоцитов. , ускоряется фагоцитоз; при котором фагоцитоз остается неполным, а гонококки продолжают делиться внутри лейкоцитов, что приводит к разрыву цитоплазмы лейкоцитов и выходу гонококков. Такой фагоцитоз не защищает организм от инфекции, а скорее защищает специфический иммунитет микроорганизмов от гуморальных факторов. Гонококки в полиморфных лейкоцитах уретры могут проникать в органы и ткани. Химиотерапевтические препараты,

Основной патологический процесс в речи обычно является причинным. начинается там, где входит ламчи. Исходя из этого, различают генитальный, экстрагенитальный и метастатический. Метастатическая гонорея - осложнение генитальной и экстрагенитальной гонореи. Как только гонококки попадают, они плотно цепляются за

ворсинки клеток в одном и том же месте, чтобы инфицированный человек не выпал при мочеиспускании при половом акте; гонококки в слизистой оболочке уретры, в межклеточном пространстве, через 3-4 дня достигают субэпителиальной соединительной ткани и продлевают процесс воспаления. В этом случае лейкоциты, на которые попадают гонококки, начинается миграция лимфоцитов и плазматических клеток, вызывающая секрецию отходов из уретры. Иногда микроорганизмы попадают в избыток яйцеклетки и лигируют ее. Патоген также может передаваться лимфогенным путем. Время от времени происходит гематогенное распространение. Гонококки быстро убиваются сывороточным фактором крови человека. Гонококковый сепсис может возникнуть при нарушении иммунных и бактериоцидных химических функций. У женщин гонококки сначала поражают уретру (уретру).ра), поражает шейку матки, затем матку и маточные трубы, а также яичники. Гонотоксин, выделяемый гонококками, вызывает у пациента головную боль, потерю аппетита, кувшин анемии. Суставы, нервная система и другие органы повреждены.

Мужская гонорея. У мужчины, вступающего в половую связь с женщиной, больной подагрой, после инкубационного периода 3-5-7 дней из уретры начинает отделяться желтовато-пурпурный гной. Инкубационный период болезни иногда длится 2-3 недели. Если заболевание старше 2 месяцев, его называют хроническим туберкулезом. Пациенты, у которых заболевание не диагностировано, также относятся к хронической форме болезни.

У некоторых пациентов, несмотря на наличие гонококков, заболевание протекает бессимптомно без каких-либо субъективных или объективных симптомов, таких как латентные или гонококковые носители. По мнению многих специалистов, в последнее время чаще встречается бессимптомная речь. Существуют следующие формы мужской речи: 1. Новая речь, а) острая, б) умеренно острая, в) замшевая (торпидный тип). 2. Хроническая речь. 3. УАширин (скрытое) слово.

Острая гонорея. уретрит. Пациент ощущает зуд, покраснение и легкое раздражение в передней части уретры. Эти субъективные симптомы особенно раздражают, когда пациент мочится по утрам. Канал уретры опухает и становится гиперемизированным. В моче появляются слизь и гной. Постепенно болезненное мочеиспускание, боли, скованность, жалуются на раздражительность, боли при эрекции. Слишком много из мочевыводящих путей. Желтовато-пурпурный гной возникает из-за его затвердевания при построении полового тела, боли при надавливании. можно почувствовать. При усилении воспаления выделяемая кровь смешивается и становится желтовато-коричневой. При словесном уретрите необходимо определить, поражен ли только передний мешок уретры или же поражение также находится в его задней части. Для этого проводится тест на две чашки: пациент сначала мочится в одну чашку, а затем в другую, при этом удаляется только передняя часть уретры. При раздражении гной потечет в первый стакан, а моча во втором стакане будет прозрачной. колаверади. Если задняя часть уретры также повреждена, моча в двойной чашке также будет мутной. К третьей неделе болезни субъективные и объективные симптомы, признаки воспаления, гнойные выделения самопроизвольно уменьшаются. По истечении 3-4 недель болезни воспаление мочеиспускательного канала. от переднего отдела уретры и острой тотальной уретры позвоночника обостряется. Симптомы поражения передней части уретры сопровождаются симптомами ее задней уретры. Обостряются симптомы заболевания (уретроцистит). Пациент часто мочится, при мочеиспускании ощущает боль, может быть кровь в моче (терминальная гематурия). Поражение задней уретры иногда может проходить бессимптомно. Такие пациенты идентифицируются с помощью теста с двумя чашками, при котором цвет мочи в обоих стаканах бледный (общая пиурия). При повреждении передней части уретры припухлость вокруг уретры менее заметна, количество выделяемых отходов мелкие, слизистые, гнойные, выводятся только утром. В стекле В моче появляются одна или две гнойные нити (полугнойная моча). Больные жалуются на раздражительность, сокращение в этой области перед мочеиспусканием.

Хотя большинство пациентов чувствуют боль, процесс может переместиться в заднюю часть уретры. Задняя часть уретры имеет две чашечки.

определяется тестом, при котором моча в обоих стаканах становится мутной (общий уретрит) Острый уретрит.

помимо вербального уретрита и торпидного уретрита наблюдается также уретрит средней степени остроты. Его симптомы расположены между двумя уретритами. При остром ревматическом уретрите поражается задняя часть уретры, обычно предстательная железа и фолликулы яичников, что затрудняет лечение, наблюдаются судороги, потеря аппетита, общая слабость. Эти симптомы возникают в результате попадания гонококковых токсинов в кровоток.

Хроническая гонорея. Если вовремя не лечить пациента или если водопад лечить, а также не соблюдать диету и режим лечения, процесс прогрессирует от острого до хронического. То же самое наблюдается, когда гонококки устойчивы к лекарствам или обладают низкой реактивностью.

Хроническая речь похожа на торпедную по своим субъективным и объективным признакам. У 60% больных хроническим ревматизмом симптомы менее выражены. Иногда встречается хроническое слово. В частности, если больной ест острую, соленую пищу, употребляет алкоголь, занимается сексом, воспаление усиливается. При повторении процесса клиническая картина заболевания похожа на острую или среднюю. Точный диагноз ставится на основании анамнеза заболевания у таких пациентов. На основании хронической речи уретра поражается с головы до ног, при этом очаг воспаления расширяется и сужается. Увеличение изначально состоит из мягкого воспалительного инфильтрата, который постепенно затвердевает, как рубцовая ткань, и мочеиспускательный канал может сужаться. Если схватки сильные, мочеиспускание больного болезненное и процесс мочеиспускания затягивается, после чего выделяется несколько капель мочи; Возникает резкая боль внизу живота, нарушение половой функции. Обычно у больных ревматизмом сохраняется то или иное осложнение.

Гистопатология Недержание мочи в остром периоде заболевания. В ткани вертикального канала наблюдаются морфологические изменения, характерные для всех поражений. Диффузные экссудативные изменения эпителия, местами наблюдаются эрозии полости рта. Под слизистой оболочкой образуется инфильтрат плазматических и лимфоидных клеток. В криптах Моргана и железах помета накапливается гной (Litterite, Morga-nit), продукт воспаления, состоящий из полиядерных нейтрофилов и эпителиальных клеток. В их выходных трубках появляются псевдоабсцессы. В хронических случаях к экссудативным поражениям добавляются пролиферативные изменения. Инфильтраты располагаются в топке под слизистым слоем. В этих местах появляются фибробласты, лимфоидные и плазматические клетки. Иногда встречаются мягкие инфильтраты, иногда твердые инфильтраты с добавками ткани.

Осложненная гонорея у мужчин. Выведение с мочой стриктура уретры (стриктура уретры) или рубцевание уретры, возникающее в основном в передней части уретры; продлевается акт мочеиспускания, истощается отток мочи, у больного затрудняется мочеиспускание, появляется чувство раздражительности; даже после того, как больной помочится, выделяется одна-две капли мочи. Благодаря использованию современных методов лечения стриктуры уретры в последние годы практически перестали существовать. Вербальный простатит вызывается спорадическим лечением, часто в результате нарушения диеты и лечения. Гонококки попадают в предстательную железу через выходной тракт. Такой катаральный простатит протекает бессимптомно. Ночью яд часто сжимается, моча мутная, иногда, хотя и прозрачная, появляются высыпания. создается впечатление, что задняя часть уретры вульгаризирована (задний уретрит). С утра состояние ухудшается, препарат подсыхает, снижается аппетит. Возникает резкая боль внизу живота, понос, запор. Температура тела достигает 38-39 ° C, часто ночью появляется ощущение покалывания, в стеклянной пробе обе части мочи мутные, в стуле гной. При осмотре через прямую кишку (ректально) больной жалуется на боли. ., предстательная железа твердая и увеличена до серого цвета (паренхиматозный простатит), поражения более выражены, иногда имеют форму горошины или больше., возникают болезненные узелки при надавливании, а также возникают абсцессы в

железе (фолликулярный простатит) и разрывы уретры или прямая кишка. В то же время пациенты мочеиспускания и мочеиспускания, мочевыводящие пути, одеяла, жалуются на боли в ягодицах. Повышается температура тела. Следует соблюдать осторожность при обследовании предстательной железы. Признак острого простатита после правильного и планового лечения исчезнет. При неправильном лечении острый простатит или хронический вербальный уретрит может перейти в хронический простатит. Гонококки иногда присутствуют в предстательной железе в течение длительного времени и не проявляют никаких объективных или субъективных симптомов. Чаще всего это наблюдается при длительном или хроническом оральном уретрите. Клиническая картина хронического простатита полиморфна. Пациенты жалуются на сильную боль в области поясницы, раздражение уретры, частое недержание мочи, выделения из простаты после дефекации, сексуальную дисфункцию, эректильную дисфункцию, преждевременное семяизвержение. Заболевание сохраняется с небольшой гиперемией устья уретры, а по утрам - незначительными слизистыми гнойными выделениями; во второй порции моча мутнеет. Хроническая крапивница сохраняется длительное время даже после устранения гонококков с помощью антибактериальной терапии. По мнению ученых, причиной являются нейродистрофические изменения тканей предстательной железы, аутоагрессия и двусторонние инфекции. Диагноз хронического простатита подтверждается только после исследования самой предстательной железы под микроскопом через прямую кишку. Количество лейкоцитов в секрете больных в мае превышает 40-50, они располагаются скоплениями. Напротив, лейциновые зерна уменьшаются. При катаральном воспалении предстательная железа менее чувствительна к пальцам, а при фолликулярных изменениях ощущаются узелки от затвердевания. При хроническом паренхиматозном простатите может увеличиваться часть или вся железа. перевязки (везикулярная собака, сперматоцистит). Эпидидимит также встречается у 10% пациентов. Гонококки проходят из задней части уретры на слизистую оболочку через семенные пузырьки, где они уменьшаются антиперистально, вызывая эпидидимит полости рта. Даже если задняя часть уретры не повреждена, гонококки могут проходить туда из передней части через лимфатический и кровоток. Повреждение избытка муака начинается внезапно: кожа муака краснеет, опухает, опухает, избыток муака становится увеличенным, твердым и болезненным. Всхожесть семян снижается до нуля и превращается в пепел в виде плотной системы. У больного наблюдается повышение температуры тела, головная боль, общее недомогание, бессонница. Муак обычно остается без изменений, иногда его оболочка (гидроцеле, острый периорхит) слегка повреждается. поврежденные волоски лезвия не возвращаются в исходное состояние. Инфильтраты Mouak Ortign в области хвоста полностью не удаляются, остается твердый рубец - это сперматозоидтормозит движение s; при обоих муаках избыток ual-liglansa возникает azospermia и наиболее опасным осложнением этого слова является бесплодие.

Гонорея у женщин' клинические проявления и течение цинка Он немного отличается от мужского тем, что обусловлен различиями в строении мужских и женских мочевыводящих органов. У женщин инфекции полости рта могут повредить уретру, бартолиновые железы, шейку матки, а также прямую кишку. В последние годы изменения клинических симптомов заболевания находят отражение в эпидемиологии, диагностике и лечении заболевания. В частности, диагностика гинекологической речи обусловлена тем, что 75-80% ее субъективны. становится все сложнее. Инфекция передается в основном половым путем. В чрезвычайной ситуации пациенты могут столкнуться с предметами, которые они используют (полотенца, нижнее белье, постельное белье и т. Д.). Гонококки выживают в гное суставов до 24 часов. Во время полового акта с больным гонококки сначала попадают в уретру, затем ба.хадон падает им на шею и раздражает их. Тогда больше повреждаются вестибулярные железы и овечья часть прямой кишки. Иногда слизистые оболочки прямой кишки и полости рта могут быть источником инфекции, когда заболевание передается.

После вылупления гонококков болезнь прогрессирует до 3-5 дней. Иногда этот период длится 14-15 дней. Из-за слабости субъективных симптомов заболевания женщины не могут определить время заражения. В зависимости от клинического течения женская речь различается не меньше, чем мужская: 1. Новая речь (острая, средне-острая, узкополосная). 2. Хроническая

речь (речь продолжается более двух месяцев). Тело мочи Если туберкулезом поражены только овцы (трубные железы, бартолиновые железы, уретра, шейка матки), это не является осложнением, так как поражается также внутренняя часть матки, яичники и другие органы. Если это так, заболевание называется мочевым. недержание мочи. У женщин течение речи бывает острым и хроническим. Позвоночный уретрит наблюдается у 71-96% женщин с заболеванием, что в основном связано с короткостью (3-4 см) и шириной (в 1,5 раза шире, чем у мужчин) женской уретры. В острой фазе заболевания пациенты жалуются на колющие боли в уретре, а в хроническом периоде - на частое болезненное мочеиспускание.

Линза симптомы. Вход в уретру гиперемирован, опух, инфильтрирован и болезнен при надавливании. Сезилади, ОК. ЯШ происходит от желтоватого разделения. Парауретральный тракт сужен и узловат до пепла. При неосложненной речи у женщин обычно наблюдается словесное воспаление шейки матки (85-90% при острой речи и 94-98% при хронической речи). Пуповина шейки матки становится красной и опухшей, из пупка выходит слизистая и гнойная жидкость, образуются эрозии полости рта. При хроническом процессе отек и эрозия фолликулов встречаются чаще, чем гиперемия. Общее состояние больных не сильно меняется, в основном жалуются на усыхание, раздражительность, отделение шлаков.

Вербальное воспаление вульвы и влагалища встречается редко, поскольку слизистая оболочка этих органов покрыта многослойным эпителием усен, устойчивым к оральной инфекции. Вербальные и вагинальные поражения вульвы и влагалища наблюдаются только у молодых девушек, беременных женщин и женщин в период менопаузы. Малые половые губы опухшие, липкие, иногда потрескавшиеся и размытые. Пациент жалуется на боли, тошноту, раздражительность и выделения. было ноль. При добавлении вторичной инфекции наблюдается частичный регионарный лимфаденит.

Выделяют шесть различных клинических проявлений увеличения больших вестибулярных желез: длинноканальцевая собака, канальцевая собака, ложный абсцесс, абсцесс подбородка, опухоль большой вестибулярной железы (kista), nodos (узел) типа.

При поражении небольшой части протоков поджелудочной железы (канальцевая собака) участок становится красным, видны красные пятна, а при надавливании на эти пятна возникают гнойные выделения. Повреждение тела железы (абсцесс, опухоль) проявляется в виде очень раздражающей опухоли, которая очень болезненна и раздражает при сдавливании опухоли. Постепенно он может перейти в абсцесс. Истинный абсцесс образуется из-за добавления к гонококкам вторичных микроорганизмов. При этом ухудшается общее состояние больного, резко ограничиваются движения, повышается температура тела. Их лечат хирургическим путем. Иногда наблюдается уменьшение воспаления больших вестибулярных желез, их закупорка блокируется, затем появляется горошинка или более крупная шаровидная, мягкая. возникают опухоли (кисты). Опухоли не вызывают боли, не беспокоят пациента, - выходит мама.

Укарига восходящее слово. Если диета и режим нарушены (половой акт, тяжелые физические нагрузки), если вовремя не лечить, если сопротивляемость организма ослаблена, незамысловатое слово может превратиться в сложное слово. Восходящий процесс - это самая тяжелая форма речи, обычно начинающаяся во время первой или второй менструации после болезни. Острая речь встречается в 6-9% случаев острой речи и 28-30% случаев хронической речи (Е. Н. Туранова, 1972). X в наши дни встречается гораздо реже.

Клиническая картина аналогична другим воспалительным процессам у женщин. В этом случае боль преимущественно внизу живота, характер боли зависит от места воспаления. У больного тошнота, рвота, жар и озноб (сальпингоофорит, пельвиоперитонит). При воспалении матки появляется много слизистых, серозных выделений и кровянистой жидкости. Особенно, если у пациентки уже есть другие гинекологические поражения (ред. некроз, маточное кровотечение, эрозия шейки матки), при которых заболевание протекает более тяжело.

Восходящее слово - слизистая оболочка матки, mus-зола (эндометрит, эндомиометрит), маточные трубы (сальпингит) и яичников (оофарит) возможный. В частности, разрыв маточных труб из-за двусторонней речи, разрыв маточных труб и бесплодие при пироварде.

Гонорея у девочек . В основном это наблюдается у девочек в возрасте 2-8 лет. К, следы словесно больных матерей, родственников или Обычно они передаются половым путем от женщин, которые за ними ухаживают. При нарушении личных и общих санитарных правил, а также лежа в одной постели с пациентом, удалите мусор, загрязненную ванну, ванну, полотенце. Заболевание также может передаваться через Заболеваемость этим заболеванием составляет 85-95%. Основным источником заражения девочек из уст в уста является мать. У 80-93% девушек слово острое. В отличие от слова женщины. У девочек поражаются в основном участки мочевыводящих путей, покрытые многослойным эпителием уретры. Поражения матки и придатков обычно не наблюдается. Инкубационный период заболевания непродолжительный, длится 3 дня. У пациентов с мультифокальным воспалением почти 100% пазух и пазух, 85% уретры, В 50-82% случаев повреждается слизистая оболочка прямой кишки. Клиническая картина заболевания зависит от реактивности микроорганизма и вирулентности гонококков. При оральном вульвите отекает кожа больших и малых половых губ. слизистая оболочка покрыта гнойной жидкостью, клитор и девственная плева опухшие. Мочевыводящие пути также гиперемированы и обостряется словесный уретрит. В этом случае из уретры выходит гной, часто наблюдается стеснение уретры и боли при мочеиспускании. У девочек до шести лет нет воспаления больших вестибулярных желез, может быть наружный сфинктер прямой кишки. поврежден. В этом случае скрученная часть наружного сфинктера становится гиперемированной и опухшей. В этой области появляется сморщивание, болезненность при мочеиспускании, иногда небольшие трещинки. Во влагалище слизистая влагалища набухает и краснеет, выделяется большое количество гнойной жидкости, поражающей межклеточное пространство и внутреннюю поверхность бедра. Хроническая гонорея у девочек встречается редко. Общее состояние большинства девушек немного меняется, они становятся вялыми, раздражительными, теряют аппетит, онемели в области бедер. В некоторых случаях субъективные и объективные особенности речи девочек могут быть менее выраженными и могут сопровождаться эпизодами мочеиспускания.

Лечение. Логопедия требует, чтобы специалист уметь одновременно применять антибактериальные, иммунотерапевтические, местные и физиотерапевтические процедуры; Например, в случае неосложненной речи его лечат только антибиотиками, а в случае сложных и хронических форм требуется комплексное лечение. Тип, количество и способ введения препарата основаны на «Руководящих принципах» 1996 г. для лечения и профилактики гонореи ». За 20-30 минут до приема внутрь гонококковые антибиотики для предотвращения аллергических реакций дают антигистаминные препараты, дифенгидрамин, пипольфен и др. У мужчин и женщин с острым ревматизмом курс лечения бензилпенициллином составляет 6 миллионов ТБ. У мужчин с неотторжением и острыми осложнениями курс лечения восходящей и хронической речи достигает 10–12 млн ТБ. Лечение проводится большими дозами для создания высокой концентрации антибиотика в крови пациентов, первая инъекция вводится внутримышечно при 600 000 ТБ, а вторая при 400 000 ТБ каждые 3 часа. Бисиллин-1, Бисиллин-3, Бисиллин -5 единоразово При 600 000 ТБ принимайте однократную дозу 1 200 000 ТБ в течение 24 часов между 6 инъекциями. Интервал 48 часов. Острые, умеренно резкие и резкие слова у мужчин стоят 4,8 миллиона ТБ, в то время как другие формы речи обходятся в 6 миллионов ТБ по сравнению с 600 000 ТБ каждые 24 часа.

Ампициллин (курс лечения 8,0 г), ампиокс 0,5 г каждые 4 часа 4-5 дней, оксациллин (курс лечения от 0,5 г до 5 раз, всего 10,0 г), хлорамфеникол 3,0 г в сутки, курс лечения 8,0 г, тетрациклин 8,0 г., курс лечения. Антибиотики-макролиды Широко используются: эритромицин от 400000 ТБ до 5-6 таблеток, всего 10 миллионов ТБ, олететрин, всего 6 миллионов ТБ, эрициклин, всего 3,0 г. Рифампицин - искусственный антибиотик от 0,3 г (первые 0,6 г), каждые 6 часов За 30-60 минут до еды курс лечения 3,0 г. Лечение пенициллином не дает результата, либо при непереносимости этих препаратов назначают сульфаниламиды: сначала сульфонаметоксин и сульфат. Вводят фа-диметоксин 1,5 г в течение двух дней трижды в день по 1,0 г в последующие дни, на общий курс лечения 15,0 г. Бисептол принимают по 4 таблетки каждые 6 часов, общий курс лечения составляет 16 таблеток (7,68 г). Анти, когда болезнь затягивается или осложняется количеством бактериальных препаратов

увеличивается вдвое. При гонококковом сепсисе, ревматоидном артрите и пельвиоперитоните бензилпенициллин назначают из расчета 6-10 млн ТБ в сутки в течение 7-10 дней. Для повышения реактивности пациентов на инфекции, специфические (гонококковая сыворотка) и неспецифические (пирогенные, аутогемотерапия, левомизол, оротат калия, метилурацил) Помимо лекарств разработаны меры местного лечения. Мочевыводящие пути промывают раствором перманганата калия в соотношении 1: 6000, 1: 10000; В канал вводят 0,25% раствор нитрата серебра или 1-2% раствор проторгола (инстилляция). В уретру вводится металлическая шина и помещается тампон. Особенно физиотерапевтические (парафинотерапия, диатермия, электрофорез, частотная терапия уук.ори, массаж и т. д.), лечение вместе очень полезно. Лечение детской речи почти такое же, как и у взрослых, но рекомендуется лечь на лошадь. Антибиотики варьируются от 200 000 до 500 000 ТБ каждые 3-4 часа, в зависимости от возраста и веса. верхом. Говоря хронически, дети старше 3 лет болеют гонококками, у которых ранее было 50-100 миллионов микробных тел. Иммунотерапия не рекомендуется детям до трех лет. В зависимости от ситуации назначается местное лечение. Критерии вербального восстановления: чтобы определить, есть ли у пациента словесная потеря, через 7-10 дней после окончания лечения проводится комбинированное провокационное обследование. Этот метод основан на обнажении поврежденных печей (остатков печей). В течение трех суток (24, 48, 72 часа) после провокации жидкость, выходящая из области травмы, исследуется в лаборатории. Если результаты анализов отрицательные, через месяц повторяют провакасиуа уана. Бактериологические исследования следует проводить в зависимости от условий. Отсутствие клинических признаков этого слова и отрицательные результаты исследования жидкости из пораженного участка позволяют считать пациента излеченным. Пациенты, у которых появилась речь, будут находиться под наблюдением диспансеров и лабораторных исследований в течение 2 месяцев. За женщинами наблюдают как минимум в течение двух менструальных циклов. Если источник инфекции не установлен, пациентки находятся на учете в течение 6 месяцев, после чего исключаются. Иногда, когда есть подозрение, что это может быть словесная инфекция раны, они исследуются на серологию раны в этот период.

Трихомониаз мочеполовой системы.

Трихомонадная инфекция мочевыводящих путей - одно из самых распространенных паразитарных заболеваний. рассчитывается. По данным авторов, ежегодно во всем мире этим заболеванием страдает 180-200 миллионов человек. Заболевание обычно поражает как мужчин, так и женщин, но частота симптомов у мужчин выше, чем у женщин. построено. Согласно классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (Женева, 1984 г.), трихомониаз не входит в список венерических заболеваний, но входит в число заболеваний, передающихся половым путем, таких как хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез. Ка-саллик вызывается вагинальной трихомонадой. Трихомонада - это простой одноклеточный паразит, относящийся к классу хивчин. В течение долгого времени трихомонады были обычным безвредным микроорганизмом, обнаруживаемым у женщин на протяжении многих лет. система считалась ларданом. Но сначала Ноэпп (1916), а затем Сарек (1927) с женщиной, больной трихомониазом. наблюдали развитие трихомониазного уретрита у двух мужчин, имевших половой акт, и заявили, что и мужчинам, и женщинам необходимо лечить вместе, чтобы вылечиться от болезни.

Этиология и патогенез i. Источник заболевания - пациент; половым путем передается здоровым людям, чаще у женщин. трехлучевой. Из-за ректальной и орогенитальной взаимосвязи заболевание не возникает, поскольку трихомонады kii не могут инфицировать полость рта и прямую кишку. Бесполое образование встречается редко. У детей заболевание передается от матери к ребенку во время родов: в отличие от гонококков, поражающих цилиндрический эпителий, трихомонады поражают только эпителиальные клетки уретры. У мужчин трихомонады - это слизистая оболочка уретры. оставляет капилляры и лакуны. Трихомонады также проникают в предстательную железу, где они могут усугубить клинические признаки простатита. По имеющимся данным, у 25-30% больных развивается трихомониазный простатит, трихомонады не выделяют эндо- и экзотоксины. но они прикрепляются непосредственно к клеткам макроорганизма и заражают их. Паразитарные

свойства трихомонад прекрасно изучены. В частности, при введении мертвых трихомонад в уретру здорового человека не происходит процессов лигирования. Иногда трихомонады, попадающие в уретру мужчины, не вызывают клинических изменений (бессимптомная инфекция) или через определенный период времени трихомониаз самопроизвольно исчезает (преходящее носительство) или умирает. Заболеть трихомониазом Трихомонады, не вызывающие там клинических изменений (бессимптомная инфекция), или трихомониаз, который самопроизвольно исчезает с течением времени (временное носительство) или умирает. Заболеть трихомониазом Трихомонады, не вызывающие там клинических изменений (бессимптомная инфекция), или трихомониаз, который самопроизвольно исчезает с течением времени (временное носительство) или умирает. Заболеть трихомониазом Хотя в организме присутствуют различные сывороточные и секреторные антитела, иммунитет нестабилен. Следовательно, рецидив заболевания трихомониазом возможен.

Вагинальный трихомониаз очень устойчив к антибиотикам и сульфаниламидам, которые их не убивают. Они переваривают кокки и палочки без фагоцитоза. Таким образом они предотвращают лечение вторичных инфекций антибиотиками. Электричество трихомониаз из-за исследований под микроскопом переваривание полей наличие гонококков в вакуолях (Н. М. Овчинников, В. В. Делекторский). Но трихомонада в организме нет протеолитических ферментов, которые могут расщеплять гонококки, поэтому гонококки продолжают развиваться внутри и в конечном итоге дает трещины. Когда трихомониаз сопровождается словесной инфекцией, трихомонады могут быть источником гонореи. Поэтому лечить трихомониаз нужно сразу.

Клиника. Инкубационный период трихомониаза 3-7 дней. Он может длиться до 3-4 недель, в среднем 10-15 дней, иногда дольше.

Менструация у женщин, а также у мужчин, употребляющих острую или соленую пищу или употребляющих алкоголь, может вызвать заболевание. Выделяют следующие клинические проявления трихомониаза:

1. Трихомониаз мочеполовой системы: а) острый, б) умеренно острый, в) торпидный (редко симптоматический) трихомониаз.
2. Хронический трихомониаз (когда болезнь длится более 2 месяцев).
3. Бессимптомный трихомониаз.

У мужчин трихомониаз проявляется уретритом, простатитом, эпидидимитом и другими клиническими проявлениями.

При трихомониазе уретрит обычно протекает бессимптомно, и пациент может этого не замечать, а иногда наблюдаются небольшие выделения из уретры. Больной часто мочится. Уретра отекает, область небольшая и раздражается. Иногда пациент чувствует раздражение после полового акта. В частности, симптомы уретрита очень тяжелые. В инкубационный период 3-4 дня гной выводится из уретры, моча пациента становится мутной. При котором он очень похож на острый словесный уретрит. В ходе заболевания процесс воспаления может распространяться из переднего отдела уретры на заднюю часть предстательной железы, семенных пузырьков, слизистых оболочек и мочевого пузыря, а также на почечную лоханку. быть уменьшенным. Постепенно заболевание переходит в хронический уретрит, иногда с обострениями. Такие пациенты являются носителями заболевания. Если больной трихомонадным уретритом не лечится должным образом или не соблюдает режим лечения и диету, у них будут осложнения (5-10%) стриктура уретры, рубцевание. Трихомонадный простатит развивается как первичное хроническое воспаление. . симптоматический пациенты считают себя здоровыми; продиагноз ставится после обнаружения трихомонад в секрете стата. Пациент жалуется на тяжесть, частые спазмы от яда, клиентскую слабость, нейростенические изменения в межклеточном пространстве. Более 40% больных трихомониазом страдают простатитом. При трихомониазе эпидидимит патологический процесс находится в хвосте и теле яичника, а воспалительный процесс часто отсутствует. Большинство болезней - это внезапное начало лихорадки и боли. начинается с Трихомонады инфильтрируют эпителий яйцевода и интерстициальную ткань. Иногда процесс сопровождается перевязкой слизистой оболочки (орхоэпидидимит). При трихомонадных пузырьках, куперите и цистите

клинические симптомы не видны, но проходят. Трихомониаз приводит к сексуальной дисфункции (5-6%). При женском трихомониазе воспаление преимущественно в нижних мочевыводящих путях (98,9%), вагинит, вульвит, вульвовагинит, уретрит, бартолинит и такие клинические проявления, как эндоцервицит. Она отличается от мужчин тем, что имеет множественные очаги и встречается чаще. После начала болезни пациентка жалуется на сморщивание и раздражение наружных половых органов, выделения из влагалища. Отходы имеют чашевидную форму, иногда слегка смешанные с гноем. Влагалище женщин, которые не держат себя в чистоте, пахнет пеплом, внутренняя часть влагалища резко опухает и опухает; в складках больших половых губ появляются небольшие эрозии. Иногда интервал, Отшелушивайте кожу вокруг заднего прохода. Симптомы заболевания особенно серьезны при уретрите. В инкубационный период 3-4 дня гной выводится из уретры, моча пациента становится мутной. при котором он очень похож на острый словесный уретрит. По ходу заболевания процесс воспаления может распространяться из переднего отдела уретры на заднюю часть предстательной железы, семенных пузырьков, слизистых оболочек и мочевого пузыря, а также почечной лоханки. При остром трихомониазном уретрите жидкость секретируемый из уретры спонтанно через 1-2 нед. уменьшился, возможно обнаружение симптомов заболевания *barx.am*. Постепенно заболевание переходит в хронический уретрит с эпизодическими приступами. Такие пациенты являются носителями болезни. Если пациент с трихомониазным уретритом плохо лечится или не соблюдает режим лечения и диету, у него будут осложнения, такие как (5-10%) стриктура уретры, рубцевание. Трихомониазный простатит развивается как первичное хроническое воспаление. начинается с Трихомонады инфильтрируют эпителий яйцевода и интерстициальную ткань. Иногда процесс сопровождается перевязкой слизистой оболочки (орхоэпидидимит). При трихомонадных пузырьках, куперите и цистите клинические симптомы не видны, но проходят. Трихомониаз приводит к сексуальной дисфункции (5-6%). При женском трихомониазе воспаление преимущественно в нижних мочевыводящих путях (98,9%), вагинит, вульвит, вульвовагинит, уретрит, бартолинит и такие клинические проявления, как эндоцервицит. Он отличается от мужчин тем, что у него много печей и он бывает очень частым. По окончании острой фазы болезни пациентка жалуется на сморщивание и раздражение наружных половых органов, отхождение каловых масс из влагалища. Отходы имеют чашевидную форму, иногда слегка смешанные с гноем. Влагалище женщин, которые не держат себя в чистоте, пахнет пеплом, внутренняя часть влагалища резко опухает и опухает; в складках больших половых губ появляются небольшие эрозии. Иногда на коже вокруг ануса появляется сыпь. неспецифические препараты, усиливающие подмышечные, а также местными методами лечения проводятся вместе. В курс лечения смешанного инфекционного трихомониаза необходимо добавить антибактериальные препараты. Среди препаратов против трихомониаза - метронидазол (трихопол), флагел, орвагил, клион, тинидазол (фасигин) и наксогин (нимаразол), на практике атрикан. Эти препараты выпускаются в форме таблеток или суппозиторий по 0,25 и 0,5 г. Режим приема метронидазола: по 2 таблетки (0,5 г) 3 раза в день по 8 часов в первый день, 0,5, 0,25, 0,5 г во второй день, третий стакан - 0,5, 0,25, 0,25 г, в четвертый день 0,25 г, 0,25, 0,25 и на пятый день никсуата 0,25, 0,25 и двух максалов, в общем количестве 5 г. Метронидазол рекомендуется принимать по другим схемам. триго니다зол и другие) препараты аналогичны метронидазолу по действию на трихомонады, эти препараты также назначают от 0,5 г по следующей схеме: 1. 2 г на напиток (4 таблетки) 2. Принимать по 0,5 г каждые 15 минут в течение часа (4 таблетки). ТиНадазол и метронидазол не рекомендуются беременным и кормящим женщинам, а также при заболеваниях крови и заболеваниях центральной нервной системы. При острых гонококковых инфекциях и трихомониазе пероральные препараты и препараты от трихомониаза назначают одновременно, а в хронических случаях - сначала с иммунотерапией метронидазолом, а затем с пероральными антибиотиками. После лечения пациент находится под наблюдением в течение 7-10 дней. За самцами наблюдают 2 месяца, за самками - 3 раза до менструации, за девушками - 3 месяца. Повторные лабораторные исследования дают отрицательный результат, и пациент исключается только после полного

выздоровления. В целях профилактики трихомониаза следует наблюдать за пациентами в диспансере и, помимо лечения, за теми, кто является источником инфекции,

Хламидиоз и микоплазмоз мочеполовой системы

В последние годы наряду с опасными инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, такими как гонорея, язвы, отмечены случаи гонококкового (ноггококкового) уретрита (неспецифический уретрит, послеродовой уретрит). По имеющимся данным, такие заболевания вызывают в 2–3 раза больше инфекций мочевыводящих путей, чем в мире, по официальным данным, количество больных этими заболеваниями в мире превышает 750–800 млн. Человек. Объясняется, что 60–65% из них - урогенитальный хламидиоз и микоплазмоз (уреаплазмоз), и эпидемиологический контроль затруднен. На самом деле хламидиоз и микоплазмоз встречаются еще чаще. Однако во многих лабораториях отсутствуют этиологические методы тестирования, у слюнных желез диагностируют неспецифические (без гонококковой инфекции) заболевания, такие как цервицит, уретрит, вагинит, аднексит. В результате пациентка теряет трудоспособность, и даже у некоторых женщин наблюдаются случаи внематочной беременности, смерти новорожденного. В частности, вспышка и распространение болезни на другие органы, вызывающие серьезные осложнения и т. Д., Требуют введения служб контроля пациентов, таких как х, ам, травма. Совершенствуя современную диагностику и лечение заболеваний мочеполовых путей, вызванных хламидиями и микоплазмами, своевременное выявление многих заболеваний неясной этиологии поможет устранить неприятные осложнения.

хламидиоз половых органов

Хламидиоз мочеполовой системы вызывается хламидиозом. Они имеют форму крошечных грамотрицательных кокков, напоминающих прокариотические бактерии; морфологически и биологически он имеет две различные формы и представлен как элементарное и начальное (ретикулярное) тельца (рис. 66). Хламидии проходят фазу развития от 24 до 48 часов и обычно приспособлены к росту внутри и вне клеток. В то же время их патогенные свойства также отличаются друг от друга. Маленькие элементарные инфекционные электронно-твердые нуклеоиды размером 0,2–0,3 мкм встраиваются в ядро клетки, и за счет фагоцитоза клетки-хозяева проникают, а затем и сам хозяин в клетки. Из клеточной мембраны цитоплазмы таких клеток вокруг крошечных телец образуются вакуоли. Маленькие тела превращаются в большие тела диаметром 0,5–7,0 мкм, они твердые. не имеет электронного нуклеоида. В этот же период в них увеличивается количество рибосом и полибозом, увеличивается их размер и они становятся известными бинарным методом. Вышеупомянутое состояние возникает внутри клеточных вакуолей пациента, и таким образом происходит накопление первоначальных тел. Исходные клетки - это паразиты, которые адаптированы для роста внутри клеток-хозяев, что позволяет воспроизводить метаболически активные микроорганизмы, но очень устойчивы за пределами клетки. В этот же период в них увеличивается количество рибосом и полибозом, увеличивается их размер и они становятся известными бинарным методом. Вышеупомянутое состояние возникает внутри клеточных вакуолей пациента, и таким образом происходит накопление первоначальных тел. Исходные клетки - это паразиты, которые адаптированы для роста внутри клеток-хозяев, что позволяет воспроизводить метаболически активные микроорганизмы, но очень устойчивы за пределами клетки.

Хламидиоз включает три вида: Среди них более распространены *S.latus* и *S.gaspari*. Они передаются половым путем и вызывают заболевания мочеполовой системы. Иногда хламидиоз может проникать на слизистые оболочки глаза в домашних условиях и вызывать воспаление. А у младенцев это часто родинка. В процессе этого пациент умирает от матери. В большинстве случаев клинические симптомы заболевания проявляются в виде

конъюнктивита, пневмонии, иногда гастроэнтероколита, артрита. Хламидиоз мочеполовой системы может наблюдаться более чем при 20 синдромах клинических проявлений заболевания, гонококковых или пост-гонококковых. гонококковый уретрит, эпидидимит, проктатит, цервицит, сальпингит, перигепатит, инфекция глотки, зотиям, отит, вульвовагинит и другие патологические состояния. Хламидийная проницаемость маточных труб у женщин,

Клиника. Хламидиоз мочеполовых органов (urogenital chlamydia) и микоплазмоз клинически схожи с гонореей, трихомониазом, но со специфическими симптомами. Этот факт делает. В этом случае припухлость резкая или замшевая, больше. Осложнения более устойчивы к антибактериальным предшественникам. Болезнь в основном передается половым путем. Инкубационный период составляет 2,0-30 дня, иногда этот период незначительно варьируется. В зависимости от течения урогенитального хламидиоза в первую очередь (уанги) и хронические; Клинически - острая, средне острая и торпидная; болезнь и в зависимости от степени тяжести - легкие, средние и тяжелые х-с. В зависимости от расположения очагов воспаления можно разделить на хламидийный уретрит, простатит, эпидидимит, цервицит, оофарит, сальпингит и другие. Чаще всего поражаются одновременно несколько мочевыводящих и половых органов.

В острой фазе заболевания наблюдается гиперемия во рту и слизистых оболочках уретрального канала и отхождение слизистых незначительно гноя. У женщин также повреждается уретра овцы, из пуповины выделяются гнойные выделения; Пациент жалуется на частое мочеиспускание и мочеиспускание, нередко хроническая форма заболевания. У них мало острых симптомов заболевания, но много слизисто-гнойных выделений. Это особенно актуально, если вы длительное время употребляете алкоголь или острую пищу. Уретра становится гиперемированной, пациент ощущает раздражение и боль при мочеиспускании. УА Процесс перевязки может достигать бретральных желез. рондн, иногда повреждаются железы Купера. Пациент испытывает мучительную боль в паху и вокруг ануса. Хламидийный простатит часто бывает хроническим или торпедным, а в очень редких случаях может быть острым. Вундаbeutelный уретральный канал устья всегда озрок. придерживаясь разделения Когда он мочится и мочится, у него появляются выделения. Иногда увеличивается количество вечернего диуреза. В большинстве случаев цвет мочи не меняется, но затем становится немного тусклым. Хламидийные везикулы сопровождают простатит или эпидидимит у собаки. Недержание мочи бывает односторонним или двусторонним и обычно проявляется незначительными симптомами. Нестерпимая боль ощущается в малом тазу, к.ов и других областях. Эпидидимит, вызванный хламидиозом, бывает острым, умеренно острым и хроническим. Хронический эпидидимит развивается сам по себе или как осложнение процесса острого или умеренного острого воспаления. Процесс воспаления распространяется на одну или все слизистые оболочки слизистой оболочки, что приводит к орхоэпидидимиту. В результате один, а иногда и оба, отекает, стягивается и становится очень болезненно удерживать. У пациентов с односторонним торпидным орхоэпидидимитом, простатитом, везикулярным собачьим и деферентитом наблюдаются слабость клиента и изменения спермограммы. У женщин, как и у мужчин, хламидиоз вызывает инфекции мочевыводящих путей. Инфекции у женщин часто носят хронический характер и чаще всего выявляются при тщательном обследовании полового партнера на наличие гонококкового уретрита. Поражение протяженное, в случае продолжающихся шейных, уретральных, больших вестибулярных протоков, прямой кишки слегка утолщено. хронические, и наиболее известны при тщательном обследовании полового партнера на гонококковый уретрит. Поражение протяженное, в случае продолжающихся шейных, уретральных, больших вестибулярных протоков, прямой кишки слегка утолщено. хронические, и наиболее известны при тщательном обследовании полового партнера на гонококковый уретрит. Поражение протяженное, в случае продолжающихся шейных, уретральных, больших вестибулярных протоков, прямой кишки слегка утолщено. - можно перевязать. Как и в случае с ногонококковым уретритом, клинические признаки хламидиоза не соответствуют действительности. У женщин возникают боли внизу живота, парестезии, выделения из влагалища, и у большинства из них заболевание начинается

бессимптомно. Иногда пациент часто мочится и мочится.чувствует раздражительность и боль при.Обследование женщин с острым сальпингитом выявило у 25% из них хламидийную инфекцию. Хламидийный цервицит выявлен у 10-37% обратившихся в диспансер кожно-половых заболеваний и у 19% гинекологических больных. Хламидиоз обнаружен у 87-88% женщин с гипертрофическими эрозиями. В последние годы было высказано предположение, что хламидиоз также играет роль в развитии рака шейки матки.Хламидии сначала проникают в матку и маточные трубы по шейке матки и вызывают воспаление в ее слизистом, мышечном и серозном слоях. У таких пациенток возникают боли внизу живота, в области ягодиц, а при напряжении брюшной стенки они усиливаются между менструациями. У больного повышается температура (37-37,5 ° C), увеличивается количество лейкоцитов в крови, моче и мази. Осложнения. У большинства пациентов самопроизвольное очищение наблюдается в течение нескольких недель. Однако клиническое изменение этого не приводит к изменению этиологии. У большинства нелеченных пациентов наблюдаются различные осложнения: эпидидимит, орхоэпидидимит, геморрагический цистит, стриктура уретры.

Микоплазмоз мочеполовой системы

Заболевания, вызванные микоплазменными инфекциями, разнообразны, сопровождаются общей интоксикацией организма и поражением различных органов и систем.Микоплазмы мочевыводящих путей вызываются микоплазмами (уреаплазмами). Они в чем-то похожи на вирусы по устойчивости к антибиотикам и бактериальной фильтрации.Микоплазмы - это очень маленькие микроорганизмы, у которых нет собственной клеточной оболочки, как у бактерий. Они имеют овальную, продолговатую и сферическую форму, размер 0,2-0,3 мкм.Т-штамм микоплазм обладает свойством секретировать фермент уреазу. Он расщепляет мочевины на аммиак и SO₂. Эта особенность уникальна для Т-штамма всех микоплазм. Поэтому такие микоплазмы получили название *ureaplasma urealiticum*. Впервые уреаплазмы были выделены из уретры мужчины с гонококковым уретритом; этио уреаплазм при этом заболеванииоказался логичным *achlamydiae*. Поздний эндоцервицит, оофарит, сальпингит, кольпит, преждевременные роды, гибель плодаТакже было показано, что уреаплазма играет роль в развитии таких заболеваний, как опоясывающий лишай, мертворождение, бесплодие, уретрит, везикулярная болезнь у собак. Уреаплазмы были изолированы при сепсисе, миа-абсцессе, гломерулонефрите, цистите и простатите. Их важность изучается. Исследование показало, что 40-50% женщин с инфекциями мочевыводящих путей у лошадей и 51,2% мужчин с гонококковым уретритом имели уреаплазмы.

К л и н и к а . Уретрит, вызванный уреаплазмами, не имеет определенной клинической картины. Как и любой ногонококковый уретрит (НГУ), он сопровождается меньшим количеством симптомов. В связи с этим сложно определить инкубационный период У части пациентов (4-5%) клиническая картина воспалительного процесса при уреаплазматическом уретрите похожа на словесную. Инкубация в такую пору болезниСрок 3-5 дней.Однако в большинстве случаев микоплазменный уретрит бывает умеренно острым или хроническим, и инкубационный период может быть продлен до 30-40 дней. Диагностика. Урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз в основном связаны с такими заболеваниями, как хроническая гонорея и трихомониаз, а также с инфекциями мочевыводящих путей, вызываемыми бактериями и дрожжами. Только обнаружение той или иной инфекции в лаборатории позволяет поставить точный диагноз.

Л е ч е н и е . При лечении необходимо учитывать биологические особенности возбудителей, которые могут инфицировать не только эпителиальные клетки пораженных очагов, но и саму ткань. расположен в эпителиальной части, окаймленной отрубьями. Это защищает возбудителей болезней от воздействия препарата, и в результате лечение оказывается неэффективным. Это следует учитывать при назначении лечения специалистом.Лечение пациентов с уреаплазмой и хламидийным уретритом. 1. Терапия доксициклином: 200 мг доксициклина (доза для татуировки) вводится перорально, затем 100 мг на каждые 12 часов, курс 1000 мг (1 г). 2. Метациклинотерапия: 600 мг на напиток, затем 300 мг в час. Курс лечения для мужчин 4-5 дней, всего 3900-4800 мг на курс; для женщин 6-7 дней, один курс 4800-7100 мг. Тетрациклин

гидро в лечении микоплазменных инфекций. хлорид 500 мг внутрь каждые 6 часов в течение 7 дней; При осложнениях и хламидийной инфекции курс лечения составляет 10-14 дней (курсовая доза - 28 г). Для лечения рецидивов уреаплазмы и хламидийных инфекций рекомендуется применять 500 мг эритромицина каждые 6 часов в течение 7 дней и одновременно давать нистатин или леворин (не менее 2 млн ТБ в сутки) (одна курсовая доза составляет 14 -20 млн. ТБ).

Лечение женщин с уреаплазмозом. Наиболее приемлемое лечение - гентамицин курсом 600 мг. Обычно его вводят парентерально в дозе 40 мг каждые 8 часов в течение 5 дней (один флакон.- лекарственное вещество крови растворяют в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида). При этом лечат очаги инфекции локально. Суперинфекцию кандидоза лечат профилактически нистатином. Уреаплазмы начинают исчезать только через 6-12 часов после первой инъекции со слизистой оболочки шейки матки, выделений из влагалища и уретры. При лечении хронических инфекций хламидийной уреаплазмы используются рифампицин и эритромицин. Рифампицин назначается в дозе 900 мг один раз в сутки (доза для татуировки), в 4 раза больше 150 мг во 2 и 3 дни и в 3 раза больше 150 мг (3,0 на курс) в 4 и 5 дни. Одновременно назначают эритромицин по 0,5 г 4 раза в день (12,0 г на курс). Курс лечения 7 дней. На 5-й день к доксициклину добавляется пирогенал. Первоначально его начинают с дозы 50 МПМ, через сутки предыдущая доза увеличивается до 50 МПМ (до 500 МПМ). Курс пирогенальной терапии - 20 дней. Тактивин 100 мкг в сутки, на курс 10-12 инъекций.

Список использованной литературы

Основная литература

1. Родионов А.Н., Заславский Д.В., Сыдилов А.А. Дерматология. Иллюстрированное руководство по клинической диагностике. - Г. Москва. "Граница". 2018 г.
2. Эшбоев Э.С., Ташкенбаева Ю.А. Кожно-половые заболевания и их лабораторная диагностика. Учебник. Ташкент. - «Навроз». 2018 г.
3. Вайсов А.Ш. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент, «Новое поколение». 2009 г.
4. Арифов С.С., Эшбаев Э.С. Кожно-половые болезни. Учебник. - Ташкент. "Энциклопедия". 1997 г.

Дополнительная литература

1. Атиф Хаснаин Казми. Цветной атлас клинической дерматологии. Нью-Дели, Индия. Медицинский паб Jauree Brothers 2015
2. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Г. Москва. «Практическая медицина». 2015 г.
3. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., Одинец А.В., Дерматовенерология. Учебник. - Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2013г.
4. Пасрича Дж.С., Рамджи Гупта. Иллюстрированный учебник дерматологии. Нью-Дели, Индия. JP Medical Ltd. 2013г.
5. Краткая Н.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. -Г. Москва. "Медицинское информационное агентство". 2011 г.
6. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С., Дерматовенерология. Национальное руководство. -Г. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2009 г.
7. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.В., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни. Учебник. - Москва, ГЭОТАР Медиа 2009г.
8. Ананьев О.Л., Анисимова Е.В. Кожно-венерические заболевания. Учебник. ЭКСМО, 2006 г.
9. Пол К. Бакстон Дерматовенерология. Учебник. -Россия. «Бином». 2005 г.
10. Элинон Е. Сан. Дерматология. 100 случаев из практики. Учебник. Россия. Бином, 2001
11. Мирзиёв Ш.М. Вместе с нашим смелым и благородным народом мы построим наше великое будущее. ОУзбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.

12. Мирзиёев Ш.М. Критический анализ, кратДисциплина и личная ответственность должны быть повседневным правилом каждого лидера. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2017 г.

13. Мирзиёев Ш.М. Свободный и процветающий, демократический ОВместе мы построим государство Узбекистан. Узбекистан Издательство Узбекского агентства печати и информации. 2016 г.

Сайты:

1. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
2. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
3. www.cc.emory.edu // WHSCIV / medweb. dermatology.html .;
4. www.Mosbycom // Mosby // Периодические издания // медицинские // CPDM // dm / html;
5. www.skindex.com .;
6. www.ama-assn / org // журналы // постоянный // derm // dennhome.htm.;
7. [www.Crawford.com//epo//mm wz // wor ld. html.](http://www.Crawford.com//epo//mm wz // wor ld. html)
8. www.ziyonet.uz;
9. www.info @ minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

УЧЕБНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Тема 1: Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов.

1.1.Современные образовательные технологии

Тренировочное время -	Количество учеников - 8-10
Форма обучения	Вводная практическая подготовка
План урока:	1. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. 2. Пиодермия. 3. Принципы общего, местного лечения пиодермии и дерматозоонозов.
Цель обучения:	Образовательные: Предоставить студентам общую информацию об анатомии, гистологии и физиологии кожи. Методы обследования пациентов с кожными заболеваниями и ИППП, информация о патоморфологии кожи, морфологических элементах и клинической диагностике дерматозов, общее лечение состоит из обучения. Предоставить студентам знания об эндогенных и экзогенных факторах возникновения и развития дерматозоонозов и пиодермии, классифицировать заболевания, диагностировать их и обследовать пациентов, дать понимание местного и общего лечения маленьких детей, симптомов, описания локального статуса, дать знания о первичных и вторичных морфологических элементах чесотки и пиодермии. Образовательные: Студенты на реальных примерах стремятся улучшить здоровье населения, внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, привить им любовь к избранной профессии. Разработчик: На основе новой литературы в объяснении темы, с помощью научно обоснованных данных для достижения развития студентов как современных сотрудников.

Методы обучения	интерактивный метод
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронные учебники, компьютеры, проекторы, мультимедийные инструменты, ТВ-ролики, баннеры
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе. Устный контроль: вопрос-ответ, тест, решение задач.

1.2. Общие клинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Технологическая карта практических занятий дерматозоозами.

Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль чистоты слуха 2. Проверка готовности учеников к урокам. 3. Контроль посещаемости 	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка образовательного контента по теме 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук. 	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Определение уровня базовых знаний по теме «Дерматозоозы» устный вопрос, тест, вопрос. 2. Тематический анализ интерактивного метода «ротации». 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся. 	<p>Они разделены на небольшие группы. Они смотрят</p> <p>Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и они пишут.</p>
Основная сцена	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Устный вопрос, тест, выпуск по теме «Дерматозоозы». 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Тематический анализ интерактивной методики «Путешествие по галерее». 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся. 	<p>Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и они пишут.</p>
Заключительный этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Финалист заключает 2. Обеспечивает самостоятельную работу: Сравнительная диагностика паразитарных и 	Он слушает Делает заметки

	гнойных заболеваний кожи. Инновации в современной диагностике и лечении. 3. Дает домашнее задание: Кожные и грибковые инфекции.	Делает заметки
Джами		

Заявление о теме

Кожа человека является не только покровом, покрывающим все тело, но и тесно связана со всеми внутренними органами и выполняет ряд важных функций. Здоровье человека зависит не только от функций сердца, кровеносных сосудов, эндокринной нервной системы, но также от функции и характеристик кожи. Чтобы изучить все особенности кожи, дерматолог должен знать анатомию, гистологию и физиологию кожи.

Причины кожных заболеваний

Причины кожных заболеваний могут быть разными. Иногда эти причины настолько сильны, что нарушают деятельность всего организма. Потому что под воздействием таких факторов (кислоты, щелочи, радиации, кипящей воды, смолы и т. Д.) Кожа и ее ткани сильно повреждаются. Однако следует отметить, что в большинстве случаев кожные заболевания могут быть вызваны более чем одной причиной. Простым примером является то, что на коже здоровых людей присутствует множество сапрофитных микроорганизмов, включая стафилококки, стрептококки, грибы и микоплазмы, хотя некоторые штаммы обладают высокой вирулентностью. Не вызывает, но если целостность клеток кожи нарушена, например, при попадании жирафа начинается процесс разрыва кожи. Или, если водно-липидная мембрана (мантиа) в коже нарушена, pH изменяется и сопротивляемость кожи микроорганизмам снижается. Гиповитаминоз, сахарный диабет также снижает реактивность организма и так далее. Таким образом, кожные заболевания вызываются взаимодействием внешних (экзогенных) и внутренних (эндогенных) факторов. в том числе снижение физиологической резистентности кожи, влияние экзогенных факторов способствует возникновению патологического процесса. Следует отметить, что социальные условия дома и на работе имеют большое значение для людей в развитии кожных заболеваний.

К экзогенным факторам относятся физические факторы - высокие и низкие температуры, световая энергия (ультрафиолетовое излучение, рентгеновские лучи, радиоактивные лучи) и электричество. Под действием этих средств на коже могут появиться многочисленные экзантемы (эритема, везикулы, уара, эрозии и др.) И привести к воспалениям и дистрофическим процессам разной степени интенсивности.

Механические факторы включают давление, удлинение, удар и т. Д. Высокое давление может вызвать воспаление кожи, кровоизлияние, эрозию, трещины и пятна.

Химические вещества желательно разделить на две группы: облигатная (простая) группа - прямого действия, вызывающая воспаление на коже или слизистых оболочках (сильные кислоты, щелочи, соли и т. Д.). Факультативная группа (аллерген) - воспалительная реакция кожи в результате повышенной чувствительности организма к этим веществам. Повышается чувствительность кожи к химическому веществу, и через некоторое время на ней появляются различные высыпания (эритема, волдыри, волдыри, узелки и т. Д.).

Многие заболевания (туберкулез кожи, простой герпес, пиодермия, проказа и бородавки) вызываются инфекционными агентами, такими как патогенные микробы и вирусы. Эти заболевания имеют специфические или характерные и диагностические высыпания (узелки, волдыри, вещества и опухоли). Заболевания, вызываемые патогенными грибами, такие как трихофития, микроспория, фавус, кандидоз, поражают кожу, волосы, ногти и слизистые оболочки.

Клещи, вши, блохи и другие кровососущие паразиты, а также переносчики ряда инфекционных заболеваний могут вызывать сильный зуд кожи. В результате их укусов на коже появляются такие морфологические элементы, как розовые пятна, шишки, узелки, шишки, волдыри.

Эндогенные факторы вызывают различные кожные высыпания, которые клинически очень сложны. Нарушения центральной и периферической нервной системы приводят к повышенной

чувствительности кожи ко многим аллергенам, пищевым продуктам, лекарствам и химическим веществам. Если их проглотить или ввести парентерально, сыпь будет переполняться. Функциональные изменения нервной системы проявляются при ряде кожных заболеваний (экзема, нейродермит, столбняк, столбняк, атопический дерматит и др.). Тяжелые психические расстройства, невроты, некоторые изменения в верхней нервной системе приводят к кожным высыпаниям, таким как эритема, волдыри, волдыри и ряд дерматозов. В результате органических изменений нервной системы также наблюдаются большие нарушения деятельности кожи. Например, сирингомиелию, крупные пятна, волдыри, эрозии, мочеиспускание и трофические изменения задней миурии.

Кожные заболевания могут быстро развиваться в результате дисфункции желез внутренней секреции (гонад, надпочечников) (диабет, гипо- и гипертиреоз). Например, у беременных могут появиться гиперпигментированные пятна, если себорея возникла у несовершеннолетних. Кожный зуд часто наблюдается при сахарном диабете. Нарушения обмена углеводов, белков, жиров, минералов и воды играют важную роль в развитии кожных заболеваний. Нарушения углеводного обмена приводят к диабету, который в свою очередь приводит к различным кожным высыпаниям, а нарушение обмена холестерина - к себорее и сепсису, а также к кожным заболеваниям гипо- и авитаминозы.

Нарушения со стороны пищеварительной системы также играют важную роль в патогенезе кожных заболеваний. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта (изменение состава желудочного сока, гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, спастический колит, заражение глистами, дисбактериоз и др.) Экзема, нейродермит, крапивница, кожный зуд такие заболевания развиваются или рецидивируют. Заболевания печени часто могут приводить к атопическому дерматиту, экземе, нейродермиту и проказе. При заболеваниях системы кровообращения и сосудов наблюдаются кожные высыпания и различные высыпания. Например, варикозное расширение вен вызывает появление пятен, высыпаний и эрозий на коже ног. Облитерирующий эндоартрит может привести к гангренозным бородавкам. Трофические поражения ног при болезни Гиллертонуа (синдром Мортелеллы). Морфологические элементы (пятна, бугорки, узелки, узелки, лишай-фикасиуа) появляются на коже при заболеваниях крови и часто сопровождаются зудом. Повышенная чувствительность организма к эндогенным или экзогенным факторам (аллергенное состояние) вызывает К аллергенам относятся продукты питания, растительная пыль, лекарства и различные бытовые вещества. Организм Повышенная чувствительность организма к эндогенным или экзогенным факторам (аллергенное состояние) приводит к развитию многих кожных заболеваний. К аллергенам относятся продукты питания, растительная пыль, лекарства и различные бытовые вещества. Организм Повышенная чувствительность организма к эндогенным или экзогенным факторам (аллергенное состояние) приводит к развитию многих кожных заболеваний. К аллергенам относятся продукты питания, растительная пыль, лекарства и различные бытовые вещества. Организм В зависимости от индивидуальных особенностей аллергена и сферы действия аллергена патологический процесс может протекать на разных анатомических участках кожи, эпидермиса, дермы или гиподермы. Иногда чувствительность организма к аллергену настолько высока, что незначительные выделения могут вызвать тяжелые осложнения (анафилактический шок). Сыпь также является клиническим признаком ряда инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, ветряная оспа от острых инфекционных заболеваний; туберкулез, язвы, проказа и др. от хронических заболеваний). Сыпь на коже и слизистых оболочках иногда может быть признаком наследственных заболеваний (ихтиоз, сосудистый невус и др.). Сложность и разнообразие кожных заболеваний определяется разнообразием морфологических элементов, вместе или в сочетании, цветом, консистенцией и формой.

Общая симптоматика кожных заболеваний

Кожное заболевание - это заболевание всего организма, которое не ограничивается происходящими в нем изменениями, а проявляется множеством общих симптомов. Обычно различают субъективные и объективные симптомы.

Субъективные симптомы включают отек, раздражение, боль, покалывание, парестезию и племена. У некоторых пациентов наблюдаются повышение температуры тела, озноб, нарушения

сна. Однако следует отметить, что субъективные симптомы являются одним из основных симптомов некоторых заболеваний, как это известно. дерматозы сопровождаются зудом (чесотка, крапивница, зудящий нейродермит, скарлатина, экзема и др.); Некоторые заболевания (псориаз, столбняк, пиодермия и др.) Могут не вызывать зуда. Зуд при чесотке в основном обостряется ночью, а значит, субъективными симптомами являются жалобы пациента,

Объективные симптомы. Дерматолог ставит диагноз на основании объективных изменений кожных покровов. Объективные изменения проявляются в виде высыпаний. При большинстве кожных заболеваний его клинические признаки «написаны на коже» в виде высыпаний. В зависимости от локализации симптомов, редких или толстых по цвету, врач использует их для постановки диагноза и применения лечения. Сыпь обычно проходит с сыпью или без нее. Большинство кожных заболеваний носят преимущественно воспалительный характер. При кожных заболеваниях появляются невоспалительные высыпания в виде пигментных пятен, опухолей, атрофии, гиперкератоза. Такие высыпания состоят из первичных и вторичных морфологических элементов. Элементы, появляющиеся на коже в ответ на экзогенные или эндогенные воздействия, называются первичными, а морфологические элементы, развивающиеся на основе этих элементов, - вторичными. Первичные морфологические элементы делятся на инфильтративные и экссудативные.

Первичные морфологические элементы. В зависимости от расположения кожи, размера, состава, характера и последствий (развития) воспаления различают 8 первичных элементов сыпи: пятна, узелки, шишки, узелки, волдыри, волдыри, вещество, волдыри. Первые 4 из них называются инфильтративными, вторые (мочевой пузырь, пузырек, вещество, пузырек) - экссудативными морфологическими элементами.

Это сыпь, которая появляется там, где кожа меняет цвет. Пятна могут быть летучими или нелетучими. В зависимости от причины различают сосудистые, геморрагические, пигментные пятна. Сосудистые пятна образуются при расширении сосудов молочного слоя (гиперемии), расположенных в исходной части дермы. Эти пятна могут быть красными, розовыми, чернильными или синими, в зависимости от кровеносных сосудов. Сосудистые пятна обычно исчезают при нажатии пальцем, а затем быстро появляются язвы. Розовые пятна, похожие на маленькие человеческие ногти, называются розеолами. Примеры включают вторичные язвы, брюшной тиф и пятна, вызванные приемом лекарств. Чаще всего они сопровождаются обострениями. Пятна розовые, границы нечеткие, имеют свойство сливаться. Острые не розоцветные имеют полу-розовый цвет, выглядят синеватыми, не чешутся, имеют четкие границы, не имеют тенденции к слиянию. Пятна, характерные для острого воспаления, обычно наблюдаются при детских инфекционных заболеваниях, в том числе при кори, скарлатине. Острые неинвазивные пятна, вторичные высыпания, эритема. встречается в красочных темиратах. Сосудистые пятна могут занимать гораздо большую площадь кожи (2 см и более) и называются эритемой. Эритема размером с ладонь и крупнее, часто с острым воспалением. Цвет ярко-красный, поверхность слегка вздутая, края нечеткие, зудящие; Острая экзема, дерматит 1 степени, а также мультиформная экссудативная эритема. Возникновение нескольких эритем по всему телу называется эритродермией. Когда человек очень возбужден или раздражен, иногда на коже появляются красные пятна, не связанные с воспалением. Такие эритематозные пятна не чешутся, не ветвятся, сразу исчезают, их еще называют «восковыми» пятнами. При невоспалительных участках кожа становится красной, иногда синей, а кровеносные сосуды иногда сужаются, а иногда расширяются. Неустановленные пятна могут быть врожденными или приобретенными, к ним относятся белые пятна (проказа) или пятна, оставшиеся из-за других заболеваний. Невоспалительные пятна также могут возникать из-за постоянного расширения кровеносных сосудов на коже. Такие пятна, приобретенные в браке, называются телеангиэктазиями. При нажатии они исчезают, а затем появляется дыра. Самостоятельное течение телеангиэктазии или любого другого заболевания (розовая сыпь, рубцовая красная кожа). Несосудистые врожденные пороки развития включают невусы. Когда проницаемость кровеносных сосудов увеличивается или они разрываются, кровь попадает в кожу, вызывая геморрагические пятна. Они не исчезают при нажатии и отличаются этим от пятен, связанных с воспалением. Геморрагические пятна обычно обесцвечиваются, сначала пурпурные, красновато-

синие, зеленые, затем желтовато-коричневые (в зависимости от перехода гемоглобина в гемосидерин и гематоидин) lib, постепенно исчезают. Геморрагические пятна - петехии, пятна размером с точку; экхимозы - большие пятна неправильной формы; вибрации делятся на линейные пятна и кровоизлияния (кровотечение при разрыве кровеносных сосудов). Геморрагические пятна у собак с аллергией на сосуды,

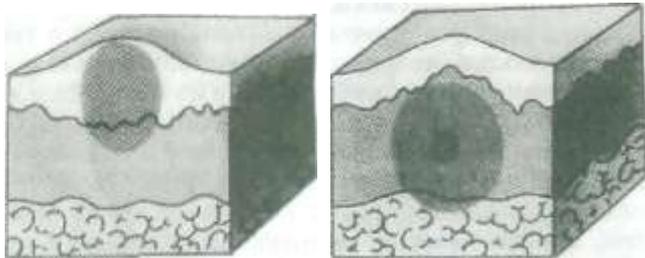
Пигментные пятна возникают из-за чрезмерной выработки меланина (гиперпигментация) или дефицита (гипопигментация) в базальном слое эпидермиса. Пигментные пятна врожденные (случаи, альбинизм) или приобретенные при жизни (хлоазма, витилиго). Среди гиперпигментированных пятен особенно распространены темные пятна, появляющиеся на коже весной под воздействием солнечных лучей. Большие гиперпигментированные пятна наблюдаются при болезни Аддисона. Гиперпигментированные пятна размером 0,5-1,0 см называются лентиго. Такие пятна гиперкератотические,

Небольшие депигментированные пятна называются лейкодермией, при этом лейкодермия выглядит бледной, особенно среди коричневых пятен. Китайская лейкодермия наблюдается при вторичных рецидивирующих поражениях, а ложная или вторичная лейкодермия наблюдается при цветном железе. Отсутствие пигмента на коже всего тела, а также на бровях, ресницах и волосах называется альбинизмом. Альбинизм врожденный.

Узел - это полый элемент, выступающий из кожи. Это может быть связано или не быть связано с воспалением по своей природе. Если узелки расположены в эпидермисе - эпидермальные папулы (обнаруживаются на коже черепа) или в дерме - дермальные папулы (вторичные поражения), большинство папул - эпидермодермальные (красный струп или коронарное железо, нейродермит). Узелки обычно сменяются рубцами, рубцовой атрофией, но наблюдаются гипер- или депигментированные пятна. Цвет узелков может быть розовым, коричневым, медно-красным, голубовато-красным.

По форме он делится на круглые, овальные, многоугольные, остrokонечные, пуповинные, конические и уасси, а по консистенции - мягкие, твердоэластичные узлы. Есть разные размеры, как головка булавки - миллиард (1-1,5 мм), как ручка - линзовидный уар (2-3 мм), как монета из 10-15 монет - числовые узлы. Образует несколько крупных узелков - бляшек. В красной уретре наблюдаются милярные узлы, в височной доле - чечевицеобразные узлы, наблюдается вторичная язва. Узелки возникают в результате утолщения мальпигиевого слоя эпидермиса (акантоз, гиперкератоз, паракератоз) или инфильтратов в молочном слое дермы. Из-за частого натирания кожи, межклеточного пространства или различных воздействий во рту они открываются и разъедаются; эродированные папулы, иногда гипертрофируются с образованием ворсинок, которые называются папилломами. Гипертрофические узелки относительно большие и возникают при вторичных рецидивирующих поражениях. При многих заболеваниях наряду с папулами присутствуют и другие элементы. Например, папулы и везикулы (папуловезикулы, субстанции, папулы-пустулы) сопровождаются некротическим процессом (папулонекротический туберкулез кожи), в этом случае они покрываются рубцами.

Это вызвано скоплением клеточного инфильтрата в ретикулярном слое дермы вокруг глубокой сосудистой сети, полого элемента, возвышающегося над уровнем кожи, который почти не имеет отношения к острому воспалению опухоли. В начале болезни отделить шишку от узелка очень сложно. Потому что по размеру, форме, консистенции он похож на узел. Шишка распространяется не только в слое молочной железы, но и в ретикулярном слое дермы. Размер луковицы от 3-5 мм до 2-3 см, цвет голубовато-желтый или буро-красный, форма шаровидная. Узловой инфильтрат состоит из гранулем, включая лимфоциты, гигантские и эпителиальные клетки. Позже центр опухоли некротизируется, образуя сыпь, покрытую черными корками. Иногда из-за рассасывания шишки на ее месте остается атрофический рубец. Шишка, например, заканчивается образованием мостиков (после казеозного некроза) в бугорке, а в ране приобретает узоробразную форму, что имеет большое клиническое значение.



Узелок

бугорок

При различных заболеваниях шишки имеют специфический цвет. Например, в третьем очаге поражения красновато-коричневый цвет, при туберкулезе - красноватый, при проказе - темно-пшеничный и т. Д.

При многих заболеваниях узелки различаются по своему гистоморфологическому строению. Например, при туберкулезе узелки состоят в основном из гигантских эпителиоидов и гигантских клеток Лангханса, иногда могут быть обнаружены микобактерии туберкулеза, а в очаге поражения туберкул состоит из плазматических эпителиоидных клеток, лимфоцитов и фибробластов, а гистологические образцы не текут. Шишки обычно располагаются в разных частях тела, иногда они сочетаются друг с другом, образуя большие инфильтраты. Туберкулез в основном встречается при таких заболеваниях, как язвы, туберкулез, проказа, диссеминированный рубромикоз.

Это неузловой элемент, значительно возвышается над кожей, сопровождается неострым воспалением, имеет инфильтративный характер. По консистенции сложнее, четко отграниченный, размером 1-5 см, основание находится в подкожном слое, т.е. в подкожной клетчатке.

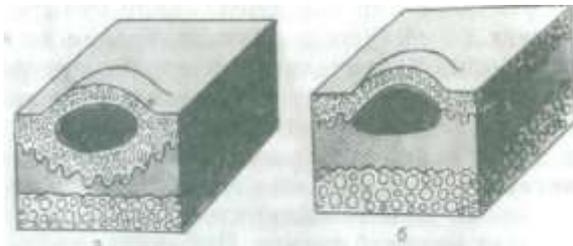
Узелок состоит из гранул, а узловой инфильтрат состоит из совокупности лимфоцитов, эпителиоидных и гигантских клеток. Сначала узелок может быть не виден снаружи, но при пальпации он хорошо ощущается в руках, затем увеличивается в размерах и возвышается над кожей. Узелки в основном разорваны, постепенно покрываются черной коркой, оставляя на своем месте рубец. Иногда узелки сопровождаются острым воспалением (узловатая эритема), при котором основание узелка находится в эпидермисе. Консистенция узелков мягкая при коллигиозном туберкулезе, жестко-эластичная при лепре и третичных поражениях. Узлы в зависимости от их консистенции, формы, цвета и деления при некоторых заболеваниях называют своим именем: туберкулез в просторечии - скрофулодермия, третичная язва - гумма, проказа - лепрома и др. Узелки также опасны и доброкачественными опухолями, глубокими микозами,

Везикула представляет собой полый экссудативный первичный элемент, который всегда имеет острый воспалительный характер, поднимается из кожи, пористый, с серозной жидкостью внутри. Форма овальная, кап-сферическая, размер 1.5.мм до 5 мм. Три части мочевого пузыря, часть полости, заполненная серозной или серозно-геморрагической жидкостью; различают покровную кожу и основу. В редких случаях (при обезвоживании) волдыри не поднимаются над кожей, а распространяются по коже. Везикулы могут располагаться под клетками рогового слоя, между клетками эпидермального слоя и между эпидермисом и дермой. Везикулы бывают одиночными или многопористыми. Большинство волдырей содержат прозрачную серозную жидкость, иногда с кровью или гноем. Затем волдыри высыхают, покрываются монетами или разрываются, образуя эрозии и становясь водянистыми (при экземе и остром дерматите). В области слизистой оболочки полости рта и кожи, которая постоянно трется друг о друга, везикулы часто быстро разрываются и образуют эродированное уплотнение. Наоборот, волдыри, расположенные на толстых участках кожи (ладони), долго не лопаются. Волдыри располагаются скоплениями (простой герпес), иногда можно обнаружить на коже черепа (зуд).

Гистологический вид пузырька показывает спонгиоз, межклеточный отек (экзема, дерматит), дегенеративные изменения клеток эпидермиса (простой и клубочковый герпес, ветряная оспа), а также образование внутриклеточных вакуолей (дисгидротическая экзема, эпидермофития). Волдыри бесследно исчезают или заменяются временным пигментным пятном (герпетиформный дерматит Дююринга).

Экссудативный элемент с полой полостью, размер которой может составлять от 0,5 см до 5-7 см. Мочевой пузырь дифференцируется от мочевого пузыря, кожи и основания, как и мочевой пузырь. Если мочевой пузырь лежит под клетками рогового слоя, он подкорнеальный, если он находится между клетками рогового слоя (между шиповатыми клетками).) - внутриэпидермальные, называются субэпидермальными пузырьками. Жидкость внутри мочевого пузыря может быть прозрачной, желтоватой, тусклой и геморрагической, овальной, овальной, круглой. Большинство пузырьков одноклеточные, поэтому они быстро разрыхляются при прокалывании, иногда (эпидермисофития) образуют несколько полостей. Жидкость мочевого пузыря содержит лейкоциты, эозинофилы, эритроциты, эпителиальные клетки и в некоторых случаях вторичные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки).

Большинство волдырей выглядят как эритематозные пятна, иногда без каких-либо изменений на коже. Герпетиформный дерматит Дьюринга, токсикодермия, при мультиформной экссудативной эритеме область вокруг волдырей окружена гиперемизированным участком кожи, пузырьчатка, врожденный эпидермолиз мочевого пузыря, волдыри появляются на кожных очагах в неизменном виде. Иногда на эпидермисе образуются волдыри из-за воздействия вторичных микроорганизмов или их токсинов. Эндогенные факторы часто приводят к образованию внутриэпидермальных пузырьков, которые характеризуются нарушением межклеточных связей (акантолизом) и дегенеративными изменениями эпидермальных клеток.

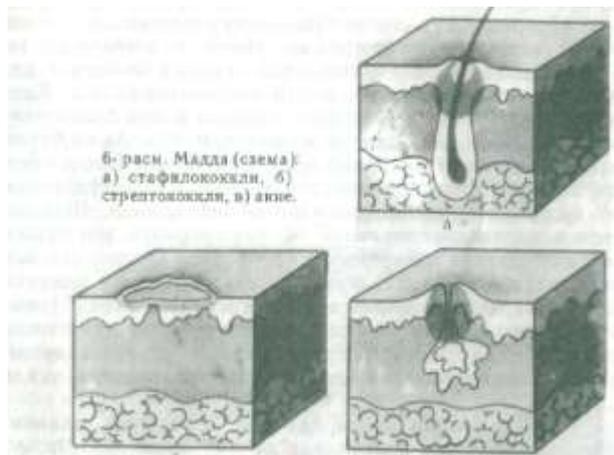


Пузырь (схема):

- а) внутри эпидермиса,
- б) под эпидермисом.

При пузырьчатке заметны акантолитические изменения. Иногда экссудат сосудов отделяет эпидермис от дермы

и появляются субэпидермальные пузырьки (полиморфная экссудативная эритема). Жидкость внутри мочевого пузыря сохнет, образуя особую кожу, либо мочевой пузырь обычно разрывается и превращается в эрозии, эрозии исчезают, а на их месте остается временное пятно, после чего пятно исчезает и кожа возвращается в исходное состояние. Когда большинство везикул имеют субэпидермальную природу, присоски дермы также слегка повреждаются и после везикул остаются рубцы (врожденный эпидермолиз крупного рогатого скота, порфириновая болезнь и т. Д.). Волдырь обычно возникает из-за прилипания кожи или прикосновения к ней чего-то твердого. Вещество, пустула - полый элемент, выступающий из кожи и содержащий гной. Пустулы обычно носят острый характер, а некоторые заболевания, например язвы, сопровождаются неострым воспалением пустул. Форма пустул шаровидная, правильная, размером с горошину, иногда как вишню. Под воздействием токсинов, выделяемых при жизни инфекционными микроорганизмами (стафилококк, стрептококк), клетки эпителия некротизируются, в результате чего в эпидермисе образуются гнойные тополя. Пустулы располагаются на коже (глубоко вдоль эпидермиса) и глубоко (дерма), hypodermis).) делятся на виды. Вещества, расположенные вдоль эпидермиса и склонные к образованию черных корок, называются импетиго.



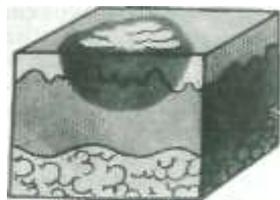
Кроме того, в зависимости от расположения вещества относительно волосяного фолликула, оно делится на мочевой пузырь фолликула (связанный с волосяным фолликулом) и нефолликулярный мочевой пузырь. В зависимости от причины, фолликулярные вещества обычно связаны со стафилококками, в то время как нефолликулярные вещества связаны со стрептококками. Когда верхняя часть волосяного фолликула гнойная, остеофолликул растет (волосы выступают из центра гноя), и область вокруг него становится красной. Когда фолликул растет,

собака почти не оставляет следов, иногда все тело волосяного фолликула становится гнойным, субстанция глубокая, а когда закончится, на месте остается рубец. Глубокие фолликулы характерны для собак с болью и наличием вокруг них инфильтратов (фурункулов), которые при разрыве образуют рубец и заканчиваются рубцом. Нофолликулярная оболочка называется пустулезной (тонкой, *uassi*) фликтеной. Глубокая нофолликулярная пустула, расположенная в дерме, называется эктимой. Эктима с фликтеной наблюдается при стрептококковой пиодермии, иногда ядро глубокой нофолликулярной пустулы (эктимы) покрывается толстым слоем (в результате гноя), на дне которого образуется глубокая уара или рупия. Если эктима или гоза рупиуа намеренно пересаживаются или отделяются, образуется уара, а затем образуется рубец. Пустула, связанная с сальными железами, называется акне. Прыщи могут располагаться глубоко в дерме со всем основанием сальных желез.

Блистер - элемент без полости, имеющий характер острого воспаления и немного возвышающийся над кожей; Возникает в результате ограниченного острого воспаления и серозного отека молочного слоя дермы. Она округлая, удлинненно-овальная, красноватого цвета. Сопровождается сильным зудом. Волдырь появляется мгновенно, быстро исчезает и не оставляет следов. Однако у некоторых пациентов сохраняется длительное время. При первом появлении элементов крапивницы цвет бледно-розовый, затем переливающийся. Таким образом, центр исходной выпуклости белый, а периферия розовая. Обычно складки имеют тенденцию соединяться, образуя круги или линии. Когда крапива и другие растения касаются кожи,

Под воздействием различных лекарств (медикаментов) часто наблюдаются алиментарные, инфекционные, аллергические случаи, волдыри. У пигментированных ослов можно механически воздействовать на кожу, чтобы сделать кожу головы длиннее. *Zshakem*, ангионевротическая опухоль Квинке, при сывороточной болезни и других дерматозах (токсикодермия, герпетиформный дерматит Дюуринга, флеботодермия) является основным морфологическим элементом. 2. Вторичные морфологические элементы. Это следующие К ним относятся: пигментные пятна (*rigmentatio*), чешуя (чешуя), черная струпа (*srusta*), трещины (*fissura*), экскориация, расчесывание (*exsoriatio*), *erosio* (*erosio*), *uara* (*ulcus*), рубец (*cicatrix*), *Vegetasiua* (вегетации), *lixenifikasiua* (лихенификация).

Пигментные пятна (*pigmentasiua*, кожная дисхромия) - это нарушение пигментации кожи. Обычно оно возникает вместо первичного элемента. Например, папулы в ране, вещества, при некоторых дерматозах эрозии и гиперпигментированные пятна вместо бородавок. Это изменение возникает из-за увеличения образования меланина в наиболее распространенных очагах и выделения пигментов крови, таких как гемосидерин (при гемосидерозе, пораженной вшами коже). Они называются вторичной лейкодермией (наблюдаются при ишемической болезни сердца, язвах).



Монеты - немигрирующие клетки уретры рогового слоя. Клетки рогового слоя, которые являются физиологически жизнеспособными, обычно выпадают с кожи. Особенно при стирке, когда одежда натирается о тело, они очень разные, цвет, форма и размер монет разные, эти особенности используются при обнаружении многих дерматозов, дистрофических изменений эпидермиса, лежащих в основе обморожения. . Позже образование керотина нарушается, и они принимают форму гиперкератоза (чрезмерное утолщение рогового слоя) или кератоза (нарушение рогового слоя). Знание формы и цвета монет имеет практическое значение для врача. Например, в случае чеканки монеты серебряные, при некоторых формах ихтиоза - черные, желтоватый при жирной себорее. При некоторых заболеваниях монеты двигаются незначительно (железо для монет), иногда плотно прилегают к элементам кожи (рубцовая красная кожа), их движение несколько болезненно (симптом Бенье-Мешера). В зависимости от дистрофических и деструктивных процессов монеты могут быть маленькими и большими. При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парарпосо иногда элементы кожи плотно связаны с печенью (рубцовая

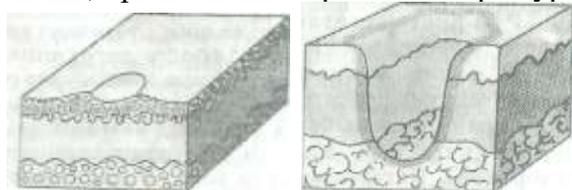
красная кожа), миграция которой сопровождается некоторой болью (симптом Бенье-Мешера). В зависимости от дистрофических и деструктивных процессов монеты могут быть маленькими и большими. При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо иногда элементы кожи плотно связаны с печенью (рубцовая красная кожа), миграция которой сопровождается некоторой болью (симптом Бенье-Мешера). В зависимости от дистрофических и деструктивных процессов монеты могут быть маленькими и большими. При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо При таких заболеваниях, как корь и эпидемический паротит, оспа, скарлатина, токсикодермия, острый дерматит наблюдаются большие поражения. Даже при синдроме Лайелла клетки рогового слоя движутся, как резиновые перчатки. В розовом железе монеты кажутся сдавленными, а в узелках на ране монеты вызывают симптом «воротничка Байотта». Парапсо В риазе монеты отличаются движением середины узлов. При многих грибковых заболеваниях наблюдается шелушение периферии пораженных очагов. Черная корка возникает в результате высыхания прозрачной или гнойной жидкости на коже, первичных волдырей на коже, волдырей, гноя и глубоких язв. Изредка встречаются случаи прилипания ранее применявшихся препаратов к чесотке. Он возвышается над кожей и различается по цвету. Черная чешуйчатая кожа бывает серозной, серозно-гнойной, гнойной и с примесью крови. Серозная кожа состоит из фибринов, лейкоцитов и деструктивно измененных клеток эпидермиса; гнойная и смешанная с кровью кожа состоит из лейкоцитов, фибриновых волокон и поврежденных эпидермальных клеток и эритроцитов. Размер черной парши определяется размером первичных морфологических элементов. Желтоватые, медноподобные вместо серозных экстрактов; желтый, зеленовато-желтый после гнойных элементов; Из смешанных элементов крови образуется красновато-коричневая, темно-черная парша. Черные струпья могут быть тонкими, толстыми, толстыми, заостренными, слоистыми, твердыми и неровными. Их форма также зависит от микрофлоры: например, при стрепто-стафилококковом вульгарном импетиго черные струпья слоистые, а при стрептококковом импетиго - тонкие и прозрачные. При вульгарной эктине, рупоидной медной теми-ратке и гангренозной пиодермии прочно прикрепляется черная чешуйчатая кожа. При вторичных поражениях обнаруживается очень толстая черная кожа (griua). Иногда черные струпья смешиваются с монетами (когда экссудат смешивается с монетами); такое состояние наблюдается при экссудативной ишемической болезни сердца, себорее и себорейной экземе.

Трещины - это линейные дефекты (дефекты) кожи, которые возникают в результате воспаления, инфильтрации и потери мягкости и эластичности кожи. При УО патологический процесс локализуется только в эпидермальной части кожи. При глубоких трещинах отросток может располагаться в дерме и глубже. Трещины обычно наблюдаются при хронической экземе, пиодермии, кандидозе и возникают в основном в естественных складках кожи (колени, кончики пальцев, уголки рта и т. Д.). Видны глубокие трещины на коже детей при преждевременных родах. Из трещин выходит серозная или серозно-кровянистая жидкость, вдоль трещин образуются черные струпья. Только очень глубокие трещины заменяются радиальными рубцами. Раздражение, расчесывание - повреждение здоровой кожи из-за механического воздействия, часто в результате усадки кожи. появляется. Сильный зуд кожи нарушает целостность эпидермиса и появляются полосы, глубина которых иногда может достигать молочного слоя дермы. После пилинга остаются депигментированные или гиперпигментированные пятна, а в

некоторых случаях после глубоких процессов рубец становится удлиненным. Царапины на коже иногда являются важнейшим признаком заболевания (чесотки).

Эрозиуа - порванный дефект эпидермального слоя кожи, обычно возникает после растворения пузырьков, пузырьков или выпячиваний. Размер эрозивного вещества зависит от размера первичного элемента. Цвет эрозии обычно красноватый, а стебель постоянно влажный. Пемфигус, герпетиформный дерматит Дюуринга, экзема, эпидерморфит ногтей на ногах, эрозии вместо волдырей или волдыри на поясничных, генитальных и экстрагенитальных грыжах. Прилежащее ядро слизистой оболочки полости рта также разрушено. Твердый шанкр также может проявляться эрозией полости рта. Первичная эрозия может возникнуть в результате сильного механического трения бедра или другой части тела. Когда Эрозиуа полностью заживает, на его месте остается временный шрам.

UАга - это глубокий дефект кожи, который может повредить эпидермис, дерму и даже гиподерму. UАга возникает после разрыва первичных инфильтративных элементов, таких как уплотнения, узелки, глубокие пустулы. Может быть первичным при трофических поражениях и некрозе тканей. Форма у пчел разная, цвет голубовато-розовый, розово-красный, края неровные или согнутые, зернистые, гладкие или свисающие. При тяжелой форме шанкра края уретры гладкие и гладкие, тогда как при колликативном туберкулезе некоторые проявления пиодермии, а при глубоких микозах края уретры гладкие или рыхлые. Основание уретры - это тёкис или нотёкис, покрытое серозной, гнойной, кровянистой жидкостью. Под ними видны грануляции тканей, при гнойных поражениях край уретры становится красным и опухшим,



Эрозиуа (схема) UАга (схема)

При инфекционной гранулеме (ране десны) и опухолях вокруг уретры имеется сильный инфильтрат. После заживления UАга на своем месте остается шрам, в зависимости от его формы можно порассуждать о предыдущем элементе.

Шрам - это шишка, узелок, глубокая пустула и т. Д. С глубокими дефектами кожи (уара). Кожа рубцового участка сильно отличается от здоровой кожи, у нее нет специфической мягкости, трещин, волос, потовых и сальных желез. Молочные железы и интерстициальные эпителиальные разрастания сглаживаются, и между эпидермисом и дермой образуется прямая поперечная линия. Рубец в основном образуется на месте трещин и трещин. Иногда на коже могут быть рубцы без корок, причем рубцы могут быть «сухими». Например, при инфекционном туберкулезе, проказе, язвах инфекционная гранулема постепенно рассасывается и заканчивается соединительной тканью, красной красной волчанкой. Вместо рубцов образуются рубцы. большие инфильтраты. Новые рубцы розовато-красные, старые гиперпигментированы или депигментированы по цвету. На уровне здоровой кожи имеется лежащее на коже сухожилие или восходящие гипертрофические (келлоидные) и атрофические рубцы, расположенные ниже уровня кожи. Рубцовая атрофия напоминает папиросную бумагу, обычно пандо в сухом виде (при эритематозе и склеродермии), этот участок кожи можно сдавливать вместе пальцами.

Размер, форма, цвет, количество рубцов важны при определении патологического процесса. Например, за десной раны следует длинный и глубокий звездчатый рубец, а после коллективного кожного бугорка - нечеткие мостовидные рубцы, простирающиеся вокруг лимфатических узлов. После пиодермии похожие рубцы появляются и на других участках кожи. При папулонекротическом туберкулезе кожи образуются длинные рубцы, как бы заделанные, а после выпуклой раны остаются узорчатые рубцы.

Vegetasiua-aksariuat - это пандо в результате разрастания колючего слоя эпидермиса в области кожи, которая была воспалена в течение длительного времени, и расширения присосок сверху. Vegetasiua - это чешуйчатая или ворсинчатая опухоль, расположенная на узелке, воспаленном инфильтрате или эрозиях. Участок настоящей растительной кожи снаружи выглядит как «петушиная корона» или цветная капуста. Если стебли вегетасиуа покрыты толстым слоем рогов,

то они сухие, твердые, желтоватые (на бороде), если вегета-сиуа эродированы, то они мягкие, влажные, наоборот, розовато-красные или красноватый, с незначительным кровоизлиянием (вегетативная пузырьчатка). При добавлении вторичной гноеродной инфекции к зарастающему участку края становятся гиперемированными и выделяются серозно-гнойные выделения.

Лихенификация - это специфическое изменение кожи с шероховатостью рисунка. Кожа в этом же месте становится гиперпигментированной, сухой и шершавой. Раздражение кожи является непосредственно первичным, т. Е. В результате расчесывания кожи (при нейродермите), или вторичным, например, соединением узлов (плоские и красные бородавки, хроническая экзема). В гистологии участка кожи, где происходит лихенификация, отмечается гипертрофия шиповатого слоя эпидермиса, увеличение интерстициальных эпителиальных опухолей и хроническая инфильтрация в верхнем слое дермы.

Сыпь при заболеваниях кожи и половых органов называется мономорфной сыпью, только если она состоит из одних и тех же первичных морфологических элементов (например, узелков или узелков розацеа, розеолы, бородавки и т. Д.). Поэтому выделяли дерматозы, состоящие из мономорфных высыпаний. К ним относятся монетные и раскаленные темиратки, ослиные, вульгарная пузырьчатка, летние фурункулы, гидроаденит, детский озноб и другие. Если заболевание встречается с разными монохроматическими элементами, это называется истинным полиморфизмом. При большинстве заболеваний, включая экзему, проказу, герпетиформный дерматит Дьюринга, во вторичной фазе поражения одновременно наблюдаются как первичные, так и вторичные элементы. Полиморфизм таких высыпаний называется псевдополиморфизмом.

Мономорф у пациента,

Гистоморфологические изменения кожи

Патоморфологические изменения кожных покровов развиваются по законам общей патологии. Эти изменения зависят от структуры и функции кожи и имеют свои особенности. Патоморфологическими изменениями кожных покровов называют определенные термины. Эти термины важно знать при диагностике кожных заболеваний.

Vakuolli degenerasiua. Клетки мальпигиевого слоя образуют вокруг ядра вакуоли, которые сдавливают ядро к периферии. В результате уадро деформируется и приобретает свойства пикноза. Жидкость внутри цитоплазмы разрушает клетку. Если вакуоль находится внутри уадро, то уадро набухает и превращается в пузырь, наполненный жидкостью.

Спонгиоз (межклеточный отек). Жидкость между клетками мальпигиевого слоя раздвигает клетки и разрушает межклеточные мосты. Полученная ячейка

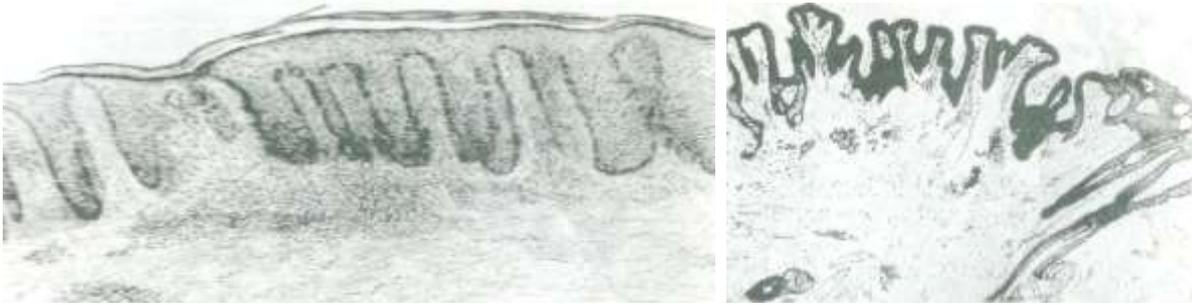


Вакуолли дегенерасиуа



Спонгиоз

образуются эпителиальные пузырьки. Губчатая экзема и другие дерматозы для специфический



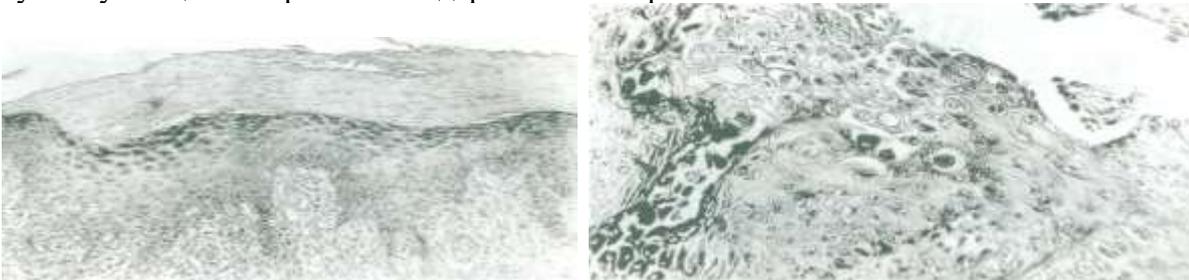
Акантоз Папилломатоз

Ballon degenerasiua. Некробиотические, дегенеративные изменения клеток злокачественного слоя. Наблюдаются сферические клетки с глубокими дегенеративными изменениями, потерей межклеточных мостиков и плаванием в серозно-фибринозной жидкости.

Акантоз - разрастание и утолщение клеток шиповатого слоя.

Папилломатоз - увеличение деления клеток (митоз) в базальном слое кожи и удлинение сосательного слоя дермы.

Густое утолщение зернисто-эпидермального зернистого слоя.



Гранулез, Дискератоз

Гиперкератоз - это чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса.

Нарушение процесса ороговения в дискератозно-эпидермальных клетках

Эпидермолиз - нарушение связи эпидермиса и дермы (в слое базальной мембраны), образование субэпидермальных полостей.

Повреждение десмасом и образование полостей между акантолизно-эпителиальными клетками.

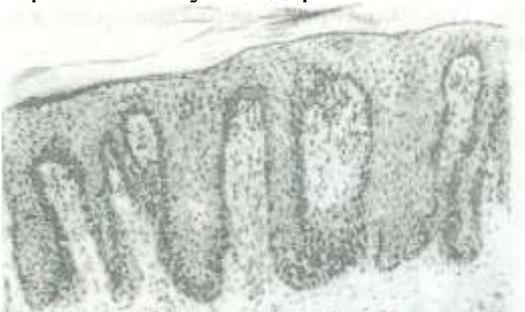


Микроабсцесс акантолиза

Микроабсцессы - источник воспаления эпидермиса и дермы

Паракератоз - неполное отмирание; Отсутствие зернистого слоя по типу уадро в клетках рогового слоя.

Нарушение связи между эпидермисом-эпидермисом и дермой (в слое базальной мембраны), образование субэпидермальных полостей.



Паракератоз

Клиническое обследование пациентов

Обследование пациентов с кожными и венерическими заболеваниями отличается от методов обследования, применяемых в терапии и хирургии. В этом случае собирают не только анамнез пациента, но и проводят общий осмотр кожных покровов и слизистых оболочек. При обследовании необходимо обращать внимание на первичные или вторичные элементы кожи, разбросаны они или ограничены, а также на их консистенцию, границу высыпания, изменена ли окружающая кожа или нет.

Некоторые дерматозы очень похожи по клиническим проявлениям или заболевание протекает атипично. В таких случаях врачу часто необходимо использовать такие методы диагностики, как пальпация, диаскопия, раздражение, или более глубоко изучить историю болезни. Иногда необходимо изучение морфологии кожи, общий анализ крови и мочи и другие специальные методы (например, серологические исследования крови, подтекание элементов кожи, трепонема, проказа, поиск акантолитических клеток, иммунологические тесты и т. Д.) . Точный анамнез важен при диагностике болезни. В диагностике профессиональных дерматозов встречаются заболевания, которые наблюдаются у людей в той же сфере, например, рожа у кухонных и консервных рабочих, рожа у мясников или мясников, манга у ветеринаров и коневодов. Заболеваемость такими заболеваниями, как меланодермия, при контакте с углеводородами учтено. Спросить пациента с подозрением на кожный лейшманиоз, бывал ли он в Кашкадарье и прилегающих районах, позволяет своевременно диагностировать заболевание.

При диагностике некоторых дерматозов также обращайте внимание на времена года. Например, краснота, фотодерматоз и грибковые заболевания возникают весной и летом, тогда как окружающий столбняк, множественная экссудативная эритема, розовый столбняк возникает весной и в глазу.

При сборе анамнеза необходимо учитывать периодическое обострение дерматоза. Например, псориаз, экзема, дерматит Дууринга склонны к рецидивам, трихофития, розовые те-миратки и другие не рецидивируют.

При диагностике дерматозов желательно поинтересоваться, принимал ли пациент лекарства до начала болезни, а также есть ли у членов семьи похожие высыпания.

Сбор анамнеза пациента, обследование органов и систем не отличается от методов, применяемых в терапевтических клиниках.

Дерматологический статус играет важную роль при обследовании пациентов с кожными заболеваниями. В этом случае, прежде всего, необходимо определить, являются ли морфологические элементы летучими. Часто обострение сопровождается экссудативным компонентом, а хроническое обострение - пролиферативным компонентом. Также важна роль высыпаний в диагностике. Например, при псориазе, папулонекротическом типе туберкулеза кожи высыпания возникают на пишущей части кожи, при туберкулезе - красной эритематозной сыпи на лице чаще всего протяженные.

Необходимо обращать внимание на рассеянную, ограниченную, генерализованную, диссеминированную, симметричную или асимметричную, а также на размер, форму, границу, цвет, консистенцию и длину высыпания. Границы высыпаний четкие или нечеткие, острые и неровные, формы нечеткие, правильные, шаровидные. Сыпь бывает мягкой, эластичной, твердой и очень твердой.

Дермографизм также важен в диагностике заболевания. Он определяется реакцией кожной нервной системы на механическое воздействие. Если лопаткой ударить по коже, она станет красной и теряет свой цвет через 2–3 минуты. Это нормальная дермография. Красный дермографизм встречается при экземе, псориазе, белый дермографизм при зуде, эксфолиативном дерматите и стабильный белый или смешанный дермографизм при нейродермите, крапивнице.

По окончании дерматологического статуса регистрируются субъективные жалобы пациента.

Лечение кожных заболеваний

Изменения при кожных заболеваниях носят не только локальный характер, но и являются результатом нарушения работы всего организма, а также нервной и эндокринной систем, внутренних органов и обменных функций. Поэтому общая терапия играет особую роль в лечении

кожных заболеваний. Однако следует учитывать, что препараты, применяемые в качестве местного средства, также имеют общий эффект. Лечение условно делят на два: общее и местное. Общее лечение. Учитывая, что происхождение кожных заболеваний связано со всеми органами тела, применяемые в терапии препараты широко применяются при лечении дерматозов. Этот метод лечения предполагает успокоение нервной системы, повышение сопротивляемости организма, профилактику авитаминоза, лечение микробных заболеваний антибиотиками. Бромсодержащие препараты для успокоения нервной системы (калия или натрия бромид 0,25-0,5% раствор назначают 2-3 раза в день по 1 столовой ложке) и транквилизаторы (аминозин 2,5% - 1-2 мл внутримышечно, тазепам - 0,01 г перед сном, триоксазин 0,3 г 2 раза в день, мепротан 0,2 г 2-3 раза в день). Эти препараты рекомендуются при дерматозах с сильной нервозностью и сильным зудом. Самый распространенный вид седации - это гипносуггестия, то есть врач бережно относится к пациенту. Седативные препараты используют 0,25-0,5% растворы новокаина. Этот препарат вводят внутримышечно в количестве 2-10-15 мл или 15-25 мл за 1 час до еды 3 раза в день. Новокаин иногда вызывает у человека головокружение, тошноту и полное расслабление. В таких случаях прием новокаина следует прекратить. Этот препарат вводят внутримышечно в количестве 2-10-15 мл или 15-25 мл за 1 час до еды 3 раза в день. Новокаин иногда вызывает у человека головокружение, тошноту и полное расслабление. В таких случаях прием новокаина следует прекратить. Этот препарат вводят внутримышечно в количестве 2-10-15 мл или 15-25 мл за 1 час до еды 3 раза в день. Новокаин иногда вызывает у человека головокружение, тошноту и полное расслабление. В таких случаях прием новокаина следует прекратить.

Аллергические изменения играют важную роль в формировании и развитии многих дерматозов, при которых пациент отличается повышенной чувствительностью. В таких случаях в основе лечения лежит гипосенсибилизация. Из гипосенсибилизирующих веществ широко используются соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция) и тиосульфат натрия; Соли кальция положительно влияют на симпатическую и вегетативную нервную систему, нормализуют и усиливают проницаемость сосудистой стенки. Соли кальция в виде 10% раствора принимают трижды в день по 1 столовой ложке или 5-10 мл внутривенно.

Когда в вену вводят соли кальция, они щекочут ангиорецепторы и через нервную систему нормализуют состояние всего организма. В вену вводят 30% раствор тиосульфата натрия, который помимо гипосенсибилизации обладает антитоксическим действием. Гистамин и другие биологически активные вещества играют важную роль в патогенезе кожных заболеваний; Из-за аллергических реакций количество этих веществ в организме пациента велико, что увеличивает проницаемость сосудистой стенки, что приводит к эритеме, отеку и сильному зуду кожи. Дифенгидрамин, супрастин, пипольфен и другие назначают в качестве антигистаминных средств для снятия такого дискомфорта. Дифенгидрамин 0,03-0,05 г принимают внутрь 2-3 раза в день или 1% раствор вводят внутримышечно. Супрастин - 0,25 г 1-2 раза или по 1 мл 2% раствора внутримышечно; дипразин (пи-полфен) в таблетках по 0,025 г или 2,5% раствор в 1 мл мускусной золы; диазолин - 0,1 г 2-3 раза в день, фенкрол 0,025 г 3 раза в день, тавегил 0,001 г 2-3 раза в день или 2 мл внутримышечно, астемизан по 1 таблетке 2-3 раза в день, перитол, задитен по 1 таблетке 2 при заказе. В последние годы применение тавегила и задитена не только в таблетированной форме, но и в форме сиропа получило широкое распространение, особенно при лечении аллергодерматита у детей раннего возраста. астемизан по 1 таблетке 2-3 раза, перитол, задитен по 1 таблетке 2 раза. В последние годы применение тавегила и задитена не только в таблетированной форме, но и в форме сиропа получило широкое распространение, особенно при лечении аллергодерматита у детей раннего возраста. астемизан по 1 таблетке 2-3 раза, перитол, задитен по 1 таблетке 2 раза. В последние годы применение тавегила и задитена не только в таблетированной форме, но и в форме сиропа получило широкое распространение, особенно при лечении аллергодерматита у детей раннего возраста.

Лечение витаминами. Часто дерматозы возникают из-за недостатка витаминов. Поэтому для восполнения нехватки витаминов в организме пациента рекомендуются синтетические витамины. Витамин С - аскорбиновая кислота усиливает сопротивляемость организма инфекциям, нормализует окислительно-восстановительные процессы, обладает

детоксицирующими и десенсибилизирующими свойствами. Кроме того, витамин С также участвует в разжижении крови, увеличивая активность обработки клеток крови и синтеза меланина. Поэтому этот витамин широко применяется при инфекционных, токсических и аллергических заболеваниях кожи и различных сосудистых заболеваниях у собак. Принимают по 0,1-0,3 г аскорбиновой кислоты 3 раза в день или 1-2 мл 5% раствора вводят внутримышечно или внутривенно.

Витамин В. Витамины. V (тиамин) - широко применяется при невритах, снимает боль и уменьшает зуд; Рекомендуется принимать по 0,01-0,02 г этого витамина 2-3 раза в день или 0,5-1,0 мл 5% водного раствора внутримышечно.

Витамины V2 (рибофлавин), V6 (пиридоксин), V12 (цианокобаламин), V5 (пантотенат кальция), V15 (пангамат кальция) также широко используются в дерматологии.

Витамин А (ретинол) участвует в процессе ороговения рогового слоя эпидермиса, и при его дефиците возникает состояние гиперкератоза. Витамин А можно принимать по 50 000–100 000 МЕ в день или вводить внутримышечно.

Витамин Е (токоферол) активно участвует в метаболизме белков, углерода и жира и усиливает действие витамина А. Токоферол защищает жиры от окисления. Недостаток этого витамина приводит к бесплодию, импотенции и осложнениям беременности, широко применяется при кожных заболеваниях (фотодерматоз, склеродермия и др.), Сопровождающихся нарушением окисления жиров. Витамин Е принимают внутрь в дозе 50-150 мг 1 раз в сутки или 50 мг внутримышечно.

Витамин RR (никотиновая кислота) - в основном используется при пеллагре. Он широко используется в дерматологии при заболеваниях, связанных с усыханием кожи, поскольку витамин RR расширяет сосуды, уменьшает зуд, защищает кожу и восстанавливает функцию печени. Рекомендуется пить по 0,05-0,1 г 2-3 раза в день внутривенно и внутримышечно в 1-3 мл 1% раствора.

Витамины этой группы в основном используются против аллергии и гистамина. Кроме того, он участвует в восстановлении процесса межклеточного окисления. Применение аутогемотерапии, пиротерапии, биогенных стимуляторов широко применяется как средство повышения общей силы организма. Повышают активность органов и систем организма, усиливают защитные механизмы (гуморальный и клеточный иммунитет). Пирогенал вводится внутримышечно от 50 МПМ (минимальная пирогенная доза) и, в зависимости от состояния пациента, увеличивается до 1000 МПМ. Интервал между инъекциями - 2-3 дня. Алоэ, плацента, ФИБС, гамма-глобулин и другие применяют для усиления неспецифической стимуляции организма.

Лечение стероидными гормонами. Стероидные гормоны используются для восполнения дефицита естественных гормонов в организме или для оказания определенного фармакодинамического воздействия на организм. В настоящее время широко используются такие гормональные препараты, как гидрокортизон, кортизон, а также преднизолон, дексаметазон, триамсинолон и другие. Их принимают после еды или вводят внутримышечно. Две трети этих препаратов следует принимать в первой половине дня. Средняя суточная доза преднизолона для взрослых составляет от 10-15 до 30-40 мг, дексаметазона 2-4 мг и триамнолона 10-20 мг. Кортикостероиды обладают иммунодепрессивными, противоаллергическими и противовоспалительными свойствами. Они оказывают сильное влияние на метаболизм белков, жиров, углеводов, соли и воды; это накопление углеводов в печени, Повышенный уровень сахара в крови (стероидный диабет) приводит к чрезмерному выведению азота с мочой. В крови наблюдаются эозинопения, лимфопения, нейтрофилия. При диабете, когда повышается артериальное давление, нельзя давать гормональные препараты, потому что они повышают артериальное давление. Кроме того, длительный прием гормональных препаратов приводит к увеличению протромбина в крови, тромбозу сосудов и эйфории со стороны нервной системы. При этом уменьшается выведение воды и натрия из организма, а выведение калия увеличивается. Пациенты с синдромом Изенго-Кушинга из-за нарушения жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. приводит к чрезмерному выведению азота с мочой. В крови наблюдаются эозинопения, лимфопения,

нейтрофилия. При диабете, когда повышается артериальное давление, нельзя давать гормональные препараты, потому что они повышают артериальное давление. Кроме того, длительный прием гормональных препаратов приводит к увеличению протромбина в крови, тромбозу сосудов и эйфории со стороны нервной системы. При этом уменьшается выведение воды и натрия из организма, а выведение калия увеличивается. Пациенты с синдромом Изенго-Кушинга из-за нарушения жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. приводит к чрезмерному выведению азота с мочой. В крови наблюдаются эозинопения, лимфопения, нейтрофилия. При диабете, когда повышается артериальное давление, нельзя давать гормональные препараты, потому что они повышают артериальное давление. Кроме того, длительный прием гормональных препаратов приводит к увеличению протромбина в крови, тромбозу сосудов и эйфории со стороны нервной системы. При этом уменьшается выведение воды и натрия из организма, а выведение калия увеличивается. Пациенты с синдромом Изенго-Кушинга из-за нарушения жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. наблюдается нейтрофилия. При диабете, когда повышается артериальное давление, нельзя давать гормональные препараты, потому что они повышают артериальное давление. Кроме того, длительный прием гормональных препаратов приводит к увеличению протромбина в крови, тромбозу сосудов и эйфории со стороны нервной системы. При этом уменьшается выведение воды и натрия из организма, а выведение калия увеличивается. Пациенты с синдромом Изенго-Кушинга из-за нарушения жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. наблюдается нейтрофилия. При диабете, когда повышается артериальное давление, нельзя давать гормональные препараты, потому что они повышают артериальное давление. Кроме того, длительный прием гормональных препаратов приводит к увеличению протромбина в крови, тромбозу сосудов и эйфории со стороны нервной системы. При этом уменьшается выведение воды и натрия из организма, а выведение калия увеличивается. Пациенты с синдромом Изенго-Кушинга из-за нарушения жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. Кроме того, длительный прием гормональных препаратов приводит к увеличению протромбина в крови, тромбозу сосудов и эйфории со стороны нервной системы. При этом уменьшается выведение воды и натрия из организма, а выведение калия увеличивается. Пациенты с синдромом Изенго-Кушинга из-за нарушения жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. Синдром Изенго-Кушинга наблюдается у пациентов с нарушением жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них. Синдром Изенго-Кушинга наблюдается у пациентов с нарушением жирового обмена. Не рекомендуется принимать кортикостероиды натошак, иначе возможно развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечение из них.

Учитывая действие гормональных препаратов, пациенты, принимающие его, должны быть богаты калием (оратат калия, панангин, аспаркам) и солями кальция (глюконат кальция, пантотенат кальция, анаболические стероиды (ретоболлил, феноболлил), витаминами и витаминами рекомендуются фрукты и овощи. .

Вторичные инфекции наблюдаются у пациентов, принимающих кортикостероиды, для профилактики желателен прием антибиотиков.

Суточная доза кортикостероидов зависит от клинического течения заболевания и веса пациента. При тяжелых дерматозах (пузырчатка, эритродермия) рекомендуется принимать высокие дозы гормонов (например, 80–100 мг), постепенно снижая их до минимума и удерживая на том же уровне по мере исчезновения болезни.

Лечение антибиотиками. Среди кожных заболеваний чаще встречаются гнойные кожные заболевания, особенно у детей. Пенициллин, ампициллин, тетрациклин, эритромицин, олететрин, канамицин, хлорамфеникол - наиболее широко используемые антибиотики.

Кроме того, при грибковых заболеваниях применяется гризеофульван, который в форме таблеток по 0,125, часто назначают при микроспориазах, трихофитиях, микозах стоп.

В целом, если антибиотики принимаются в течение длительного времени, им необходимо давать 250 000–500 000 ТБ 4 раза в день нистатин.

Иммунологические изменения играют важную роль в возникновении и развитии кожных заболеваний. Декарис, тимол, тактивин и др. Можно использовать для укрепления иммунной системы, а иммунодепрессанты (метотрексат, азотоприн, проспидин, циклофосфамид, сандиммун) - для ослабления его активности.

При лечении некоторых дерматозов используются разные химиотерапевтические средства: при пиодермии - сульфаниламиды; при лепре и герметиформном дерматите Дьюринга - диаминодифенилсульфон, диузифон; при красной уази темиракдид-ксингамин красный (резоксин, делагил, хлороксин); при туберкулезе кожи - фтивазид, салузид и другие.

При лечении кожных заболеваний широко используются физические методы (тепловая, световая и электротерапия). При использовании света в качестве лечебного средства необходимо учитывать чувствительность кожи пациента к этому свету и сопутствующие заболевания. Рекомендуется использовать препараты (фотосенсибилизаторы), повышающие чувствительность кожи к ультрафиолету (УФН). Этот метод лечения называется фотохимиотерапией или ПУВА-терапией. В качестве фотосенсибилизаторов можно использовать пувален, ламадин, псоберан и другие.

Категорически запрещено лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, гипертонией 2-3 степени, печени, почек, щитовидной железы и опухолями, беременными, а также лиц с гиперчувствительностью к УБН или фотосенсибилизаторам, детям и пожилым людям с помощью ПУВА-терапии.

ПУВА-терапию можно проводить в стационарных и амбулаторных условиях. Доза фотосенсибилизатора следующая: пувален, ламадин, аммифуруин назначают из расчета 0,6 мг на 1 кг массы тела пациента. Псоберан назначается в дозе 0,8 мг. Эти препараты принимают через 1,5-2,0 часа после еды после нанесения УБН или их растворов на кожу.

Пациент, получающий ПУВА-терапию, должен защищаться от других лучей, особенно солнечных лучей. Пациентам рекомендуется не выходить на солнце до 8 часов после приема фотосенсибилизаторов, а также носить солнцезащитные очки, защищающие от УБН. Во время фотохимиотерапии у пациентов иногда наблюдается омоложение кожи; если на коже наблюдается первая степень нанесения, то рекомендуется применять стероидные мази или кремы, а для второй степени применения убрать волдыри, нанести анилиновые красители и нанести мази с антибиотиками; ПУВА-терапия приостанавливается на определенный период времени.

Для устранения кожных новообразований и бородавок применяют диатермокоагуляцию, криотерапию, криодеструкцию.

При использовании криотерапии в качестве массажа воспаление кожи быстро возвращается. Кроме того, в дерматологии широко используются электромагнитные поля, ионтофорез и лазерные лучи.

Местное лечение. Местное или местное лечение на самом деле является общим лечением, поскольку оно не только имеет местный эффект, но и всасывается через кожу и оказывает общее воздействие на весь организм. Местное лечение подбирается индивидуально для каждого пациента. Затем можно начинать местное лечение с учетом состояния поражения, течения заболевания, стадии, тяжести или глубины раны, а также ранее применявшихся пациентом

местных средств. При местном лечении кожных заболеваний могут использоваться спреи, увлажняющие или увлажняющие (примочки), различные смеси и мази.

Жидкости, коктейли и порошки, используемые для смачивания, обладают свойством самовоздействия. Увлажнение, замачивание (примочка) - применяется в периоды обострения, обострения болезни, когда кожа горячая и влажная. При этом сужаются сосуды, уменьшается покалывание в коже, исчезают зуд и боль. Водорастворимые препараты используются для увлажнения кожи. В этом случае используется один из применяемых для увлажнения препаратов, для чего марлю или бинт складывают в 4-5 слоев и пропитывают препаратом, немного отжимают и затем накладывают на пораженный участок. Его замачивают каждые 10-20 минут, чтобы он не высыхал. В методе смачивания используются 1-2% резорцин, 0,25% нитрата серебра, 2% борная кислота, лактат этокридина 1: 1000 и другие лекарственные растворы.

Rp: Mentholi 0,2	Rp: Urotropini 5,0—10,0
Zinci oxydati	Talci 10%—20,0
Amyli Tritici aa 10,0	M.D.S. Терлашга
M.D.S. Қичишишга қарши уға.	қарши уға.

Пудры - обладают противовоспалительным действием, дезинфицируют, уменьшают зуд, впитывают влагу, масло, пот и охлаждают кожу. Используются индифферентные (тальк, висмут, белая глина, спирт оксид, крамаль), дезинфицирующие средства (дерматол, ксероформ), а также порошки, содержащие природные антибиотики. Их присыпают на пораженный участок тонким слоем.

Скрабы или коктейли используются, чтобы уменьшить раздражение кожи, охладить и высушить кожу. Они (30%) состоят из одного или нескольких различных порошков (цинк, тальк, белая глина, крахмал) и (70 форм) воды или основы (спирт, глицерин, вазелиновое масло) и других. Перед использованием шейкера убедитесь, что он хорошо взболтал. Жидкость в смеси быстро испаряется, оставляя на пораженной коже только пудру. Шейки бывают водянистыми, алкогольными и маслянистыми.

Rp: Zinci oxydati	Rp: Sulfuri praecipitati 5,0
Talci aa 20,0—30,0	Spiritus comphorati 10,0
Glycerini 10,0—20,0	Glycerini 15,0
Aqua plumbi 100,0	Ac. lactici 1,0
	Aquae destillatae 120,0
M.D.S. Ишлатишдан олдин чайқатинг.	M.D.S. Ишлатишдан олдин чайқатинг (мойли себореяда).

Пасты широко используются при лечении кожных заболеваний. Бывают они в готовом виде или готовят по назначению врача. Пасты состоят из равных количеств жирных или маслянистых веществ (ланолин, вазелин), а также твердых порошков (тальк, оксид цинка). Поражает более глубокие слои кожи. Пасты уменьшают перхоть и зуд, пудра впитывает экссудат, охлаждает кожу и способствует более быстрому заживлению поврежденной кожи. Жирные или маслянистые вещества в пасте смягчают монеты и кожуру и постепенно перемещают их. В зависимости от количества жира и порошка бывают густые (60:40) и жидкие (40:60) пасты.

Rp: Acidi salicylici 2,0	Rp: Zinci oxydati
Zinci oxydati	Talci
Amyli aa 25,0	Naphtae-Naphtalani
Vaselini 48,0	Ung. Wilkinsoni aa 20,0
M.D.S. Лассар пастаси.	M.D.S. Паста (микробли экземада).

Мази созданы на основе жирных или синтетических жировых веществ и содержат различные фармакологические вещества (сера, резорцин, ментол, дерматол, левомецетин). После нанесения мази жидкость пота с кожи остается под мазью, которая смягчает пораженную кожу и обеспечивает всасывание препарата в более глубокие слои кожи. Можно приготовить различные мази от зуда и боли, смягчающие, дезинфицирующие и другие мази.

Мази изготавливаются в основном на основе животных и минеральных масел, а также желтого вазелина, ланолина и иногда нафталина.

Rp: Ac. salicylici 0,6
Ac. resorcini 1,5
Vaselini ad 30,0
M.I. Ung
M.D.S. Малхам.

Rp: Perhydroli 3,0
Lanolini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Оқартирувчи мал-
хам.

Кремы содержат 2/3 масла и 1/3 воды, которые смягчают, охлаждают и защищают кожу от воздействия окружающей среды.

В последнее время широко используются мази и кремы, содержащие кортикостероиды: 1% гидрокортизон, 0,5% преднизолон, мази, содержащие «Фторокорт», «Синалар», «Флуусинар», Ультралан, кортикостероиды и антибиотики, а также кремы (Целестодерм «В», «Дипрогента», «Тридерм») хорошо помогают при осложнении зуда пиодермией.

Rp: Lanolini
Vaselini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Маҳаллий қўллаш
учун.

Rp: Lanolini 5,0
Vaselini flavi 9,0
Ol. Persicorum 1,0
Liq. alumini
acetici 3,0
Glycerini 1,0
M.D.S. Совутувчи крем.

Фармакологический эффект препаратов в мазях зависит от их концентрации, например, салициловая кислота, резорцин в небольшом количестве обладает кератопластическими свойствами, кератолитическим при более высоких концентрациях, а при более высоких концентрациях.

Кератопластические вещества уменьшают воспаление и регенерируют поврежденный слой эпидермиса: абсорбируют инфильтраты, сушат кожу и уменьшают зуд. Кератолитические препараты также обладают дезинфицирующими свойствами.

При лечении кожных заболеваний используются следующие кератопластические препараты: смола - деготь (производное от сосны - Pix liquidii, Ol. Rusci), нафталин - нафталан, ихтиол - ихтиолы, сера - сера, салициловая кислота - As. salicylici, жидкость митрошина и другие.

Кератолитические вещества отделяют роговой слой эпидермиса, их применяют при дерматозах с гиперкератозом или паракератозом.

Кератолитические вещества широко применяют при заболеваниях, связанных с пигментацией (мажущие кровянистые выделения, хлоазма, токсическая меланодермия, рутинная пропитка и др.). Они обладают антисептическими, противопаразитарными свойствами и механически убивают микроорганизмы на поверхности кожи. Салициловая кислота и резорцин (в высокой концентрации 5-10% и выше) обладают щелочными (мыло, особенно сине-зеленое мыло с элементом калия) и другими кератолитическими свойствами.

Противопаразитарные препараты, такие как сера, йод, ксероформ, лактат этакридина и другие, широко используются для борьбы с паразитами. Эти вещества можно использовать в виде мазей, коктейлей или увлажняющих кремов.

При лечении грибковых заболеваний кожи используются в основном йод (2-5% спиртовой раствор), анилиновые красители, сера и др. (Подробно описано в разделе «Грибковые заболевания кожи»). Противозудные средства включают ментол (0,5-2%), анестетик (5-10%), дифенгидрамин (1%), раствор тимола (0,5%), лимонную кислоту (1%) и другие широко используются.

Гнойные заболевания кожных покровов

Гнойные кожные заболевания или пиодермия (от слова ruon - гной, dermis - кожа) - одни из самых распространенных заболеваний. Большинство гнойных кожных заболеваний являются хроническими, рецидивирующими и требуют длительного лечения, а иногда люди могут терять трудоспособность или быть временно нетрудоспособными. По данным профессора У.А.А. Namelin (1980), за последние 15 лет снижение работоспособности больных пиодермией увеличилось с 6,8% до 9,4%, а такие заболевания, как фурункулы, карбункулы и гидроденит, стали более распространенными. каждый год .` р приводил к потере рабочих дней. Поэтому профилактика этих заболеваний остается актуальной.

Пиодерматит также играет важную роль в детской дерматологии. Среди всех дерматозов он составляет 25-60%. Пиодерматит может быть первичным или осложнением любого другого кожного заболевания.

Этиология: стафилококки и стрептококки, вызывающие гной на коже, иногда вызываются некоторыми микроорганизмами - пневмококками, синим гноем, кишечной палочкой и другими. Иногда могут сосуществовать несколько микроорганизмов. Постоянное присутствие стафилококков и стрептококков (в доме, одежде, коже, слизистых оболочках) в природе приводит к частому возникновению пиодермии. 20-75% всех обследованных были бактерионосителями. Незнание или нарушение правил санитарии и гигиены, плохие условия проживания и труда допускают распространение гнойных кожных заболеваний.

В здоровой коже человека всегда присутствуют непатогенные (сапрофитные) микроорганизмы, которые поступают из внешней среды и оседают в волосяных фолликулах и сальных железах. Их называют переходными микроорганизмами. При этом в коже есть постоянные (резидентные) микроорганизмы. Распределение микроорганизмов в коже неравномерно, они даже различаются в зависимости от сезона, возраста и пола. Патогенные микробы, такие как стафилококки и стрептококки, особенно распространены в коже пациентов с гнойными кожными заболеваниями.

Патогенез: Патогенность и вирулентность микроорганизмов важны в развитии гнойных кожных заболеваний, но для их развития в коже необходимы определенные условия. Это связано с экзогенными и эндогенными факторами, которые ослабляют защитную функцию кожи и сопротивляемость организма пиококкам.

Экзогенные причины:

7. Кожа и небольшие синяки (микротравмы) - царапины, порезы, синяки, ссадины и т. Д.
8. Чрезмерное загрязнение кожи, несоблюдение простых правил гигиены
9. Холодное или горячее взбивание, охлаждение.
10. Профессиональные факторы (работа с углем, цементом, известью, почвой и нефтепродуктами)
11. Неправильная одежда маленьких детей (одежда из искусственных волокон, плотная пленка)
12. Изменения кожной среды (рН).

Эндогенные причины

1. Нарушения углеводного обмена (гипергликемия), недостаточность гипофиза и щитовидной железы.
2. Функциональные расстройства нервной системы (неврозы).
3. Нарушения усвоения белка организмом (гипопротеинемия).
4. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (печень, желудочно-кишечные заболевания).
5. Гиповитаминоз (особенно А и С)
6. Наследственные факторы
7. Нарушения иммунного механизма организма и др.

Вышеупомянутые экзогенные и эндогенные причины могут вызывать заболевание вместе. Обычно эти факторы имеют комплексное действие. Поэтому специалист должен внимательно осмотреть пациента, выявить причины, указанные выше, и применить соответствующее лечение. При развитии гнойных кожных заболеваний у детей важно, чтобы нормальная физиологическая сопротивляемость кожи еще полностью не сформировалась. Когда ребенок рождается, в его коже и слизистых оболочках обнаруживаются сапрофиты и патогенные микроорганизмы. Однако эти микроорганизмы не всегда вызывают заболевание. Возникновение заболевания зависит от количества погибших микроорганизмов, вирулентности, влажности кожи ребенка, окружающей среды (рН), коллоидно-осмотического состояния, иммунной системы и других. Патогенность возбудителя, особенно плазмакоагуляционные, гемолитические, токсигенные и пигментные свойства стафилококков, играют важную роль в формировании пиодермии и приводят к изменению некоторых биологических свойств стрептококков (антигенности, иммуногенности, вирулентности). Этот процесс вызывает патогенез непатогенных микроорганизмов (эпидермальные стафилококки) в коже и приводит к различным

рецидивирующим гнойным заболеваниям кожи. Однако штаммы микроорганизмов, расщепляющих пенициллин (продуцирующие β-лактомазу,

Классификация: Гнойные заболевания кожи могут быть стафилококковыми, стрептококковыми и смешанными, в зависимости от этиологических факторов. В зависимости от локализации гнойные заболевания кожи делятся на острые и хронические: острые и хронические.

При стафилококковой пиодермии воспалительный процесс возникает в большинстве кожных тканей, волосяных фолликулах, сальных и потовых железах. Главный морфологический элемент - материя. Форма у него коническая, а кожа толстая, чешуйчатая, с желтовато-зеленым гноем внутри. Из центра вещества торчат тонкие волосы.

Морфологические элементы пиодермии, вызванной стрептококками, в отличие от стафилококков, не связаны с фолликулами волос и сальных желез. Процесс воспаления длительный, форма вещества - уассия, экссудат в тонком слое (flicina) серозно-гнойный, имеет тенденцию к слипанию.

При пиодермии УО морфологические элементы присутствуют только в эпидермисе, поэтому после очищения они оставляют на своем месте лишь временный рубец. Однако при глубокой пиодермии воспаление распространяется даже на подкожную клетчатку, оставляя рубец или атрофический рубец.

Стафилококковая пиодермия (стафилодермия). Стафилококковые заболевания кожи включают остеофолликулы собак, сикоз, глубокие фолликулы собак, фурункул (парша), карбункул (хуппоз), гидраденит. Остиофолликул собака при сикозе не оставляет рубца на коже, а остальные заканчивают рубцом, повреждая ткани.

Кожа маленьких детей имеет своеобразное строение, поэтому у них стафилодермия. Из-за чувствительности детской кожи к стафилококкам воспаление бывает быстрым и диффузным, иногда с серьезными последствиями. В основном они наблюдаются при стафилококковых заболеваниях, таких как везикулярный опустулез, летний псевдофурункул, чиллауара и эксфолиативный дерматит Риттера.

Остеофолликулит это - Воспаление волосяных фолликулов полости рта, в основном вызванное стафилококками. Вначале на коже появляется фолликулоподобное вещество (пустула) конической формы. Из центра вещества торчат тонкие волосы (волосы). Область вокруг волосяного фолликула слегка воспалена и покраснела, покрыта розовато-красной непрозрачной коронкой. Остеофолликулярные собаки или стафилококковое импетиго могут занимать небольшой или обширный участок кожи. Через несколько дней вещества высыхают, и воспаление исчезает. Остеофолликул после собаки не оставляет шрамов, только слегка пигментированное пятно.

У остеофолликулярной собаки эти вещества не соединяются вместе, даже если они расположены группами. Иногда некоторые элементы могут быть похожи на горошины, в середине которых торчат тонкие волосы (перья). Это называется стафилококковым импетиго Бохарта.

Остеофолликулы у собак в основном вызваны экзогенными факторами, такими как трение, царапины и другие. Вещества появляются в основном в прижатых частях тела (коже шеи, запястий, ног и бедер).

В основном это наблюдается у детей после 2–3 лет, особенно у подростков 13–15 лет. Различают УО и глубокий фолликул собаки. Фолликул УО у собак обычно исчезает через 2-3 дня. После чистки от уары не осталось и следа.

Глубокий фолликулит это - При раздражении глубокого слоя волосяного фолликула кожа становится красной, на коже появляется инфильтрат, который превращается в пепел, становится болезненным и не утолщается. Статья легальна. Волосы выделяются посередине. Через несколько дней вещество высыхает или образуется гной, а ткани некротизируются. Обычно болезнь проходит через 5-6 дней, и пятна остаются на ее месте.

Часто ограниченные глубокие фолликулы собак обнаруживаются в волосистой части головы, в области шеи и в области паха.

Сикоз - хроническое воспаление волосяных фолликулов. Стафилококковый или простой сикоз является хроническим и часто сопровождается волдырями. Встречается в основном у мужчин (от греческого слова sycosis - самогуджуми). Элементы сыпи состоят из костно-фолликулярных и

собачьих фолликулов. Стафилококковый сикоз чаще всего встречается в области роста бороды и усов, в основном на бровях, паху и седых волосах, иногда на коже головы, шее, а также вокруг половых органов.

Вначале вокруг шерсти появляются мелкие вещества (остеофолликул собачий), их основание инфильтрируется, шерсть выступает из середины, немного болит. Область вокруг волос покрыта нечетким красным джиуаком. У собак фолликул образует группу пустул между собой. Через 2–3 дня налитый гной покрывается секретарским гнойником, затем гнойник отпадает. На его месте появляются гнойные вещества.

При диффузном сикозе у пациента развиваются очаги воспаления, которые вызывают неприятный запах. Если укусить часть пораженного участка, вокруг него может появиться сыпь. Заболевание длится месяцами, иногда годами. При этом кожа пациента стягивается и болит. Психическое состояние пациента меняется, особенно когда присутствует пораженный участок, когда болезнь выздоравливает и проходит.

Стафилококковый сикоз возникает в результате заражения кожи, различных хронических инфекционных заболеваний носоглотки, а также нарушений работы желез внутренней секреции и нервной деятельности.

Диагностика простого или стафилококкового сикоза менее сложна, он сопоставим с гнойно-инфильтративной трихофитией и осложненной экземой (гнойной). В первом - патогенные грибы, во втором - истинный полиморфизм.

Острое гнойно-некротическое воспаление тканей вокруг волосяного фолликула. Чипкин - наиболее частое гнойное заболевание кожи, вызываемое стафилококками (стрелка и золото).

Патогенез: Также он может возникать на абсолютно здоровой коже или как осложнение глубокой стафилодермии. Повышенная секреция жира и пота на коже, авитаминоз, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), несоблюдение чистоты и личной гигиены, зуд и растирание кожи могут вызвать чесотку. Он обнаруживается в волосистой части кожи, чаще всего на шее, талии, бедрах, ягодицах, бедрах и других областях. Существуют разные виды чесотки: одиночная чесотка и рецидивирующая чесотка. чесотка, нарушение обмена веществ, гиповитаминоз.

Клиника: Есть три стадии развития чесотки: 1. инфильтрация, 2. гнойно-некроз, 3. клиренс.

Вначале в области волосяного фолликула имеется твердый инфильтрат инфильтрата в виде округлого конического узелка, слегка выступающего из кожи, болезненного, красного цвета; постепенно увеличивает n (первая стадия).

К 3-4 дню болезни размер струпа достигает 1-3 см (вторая стадия), в середине которого находится гнойничок с гнойно-некротическим ядром. Чипкан принимает форму канона. Он красновато-коричневого цвета и вибрирует. Некроз развивается в области пустулы посередине. В этот период подвижность пациента ограничена, препарат сохнет, повышается температура (37-38 С), появляются признаки интоксикации, сыпь болезненна, а затем разрывается самопроизвольно или вследствие какого-либо воздействия. Выделяет желтоватый, иногда кровянистый гной. Когда гной выходит наружу, внутренняя часть уретры становится глубокой, а под ней находится «ядро» гноя. При отделении некротического ядра резко уменьшаются инфильтративный отек и боль. Как только «ядро» UArа выходит, его место покрывается шрамами (третий этап).

Чипкан может выходить из любой части тела, покрытой шерстью. Luoki n Чаще всего встречается на бедрах, шее, бедрах, ягодицах, талии. Это особенно опасно для верхней губы, потому что сгустки в этой области очень длинные, а инфекция может попасть в кровоток и вызвать серьезные осложнения, такие как сепсис и менингит. Самостоятельно выдавливать или раздавить курицу нельзя, иначе это может привести к плохим последствиям.

Ветрянку диагностировать несложно, в основном ее сравнивают с бешенством, гидраденитом и глубокой трихофитией.

Хуппоз, карбинкул, кук-уара - гнойно-некротические изъязвления глубоких слоев кожи и подлежащего жирового слоя. Это чаще встречается у взрослых. Гнойно-некротический процесс в абсцессе достигает дермы и даже гиподермы. Заболевание протекает очень тяжело и иногда может привести к серьезным последствиям.

Абсцесс или карбинкуль происходит от греческого слова «карбо», что означает «древесный уголь», потому что в результате гнойно-некротического процесса поражение приобретает цвет древесного угля.

Патогенез. Общее недомогание, часто голодание, нарушение обмена веществ (сахарный диабет), прием лекарств из-за других заболеваний могут привести к абсцессам.

Возбудитель - золотистый стафилококк. Наиболее часто встречается в области шеи, талии и ягодиц.

Клиника Сначала небольшой участок в глубоких слоях кожи и складках подкожно-жировой клетчатки утолщается и воспаляется, развиваются инфильтративные узелки. Узелки становятся все больше и больше, и вскоре участок становится круглым, кожа на нем стягивается и сморщивается, середина сначала становится сухой (отсюда и название «кук ура»), через 8-12 дней она становится белой, а затем маленькой » вокруг него появляются глаза »(первая стадия заболевания), потом из этого места разрываются. Поскольку гнойный процесс не распространяется, эродированная (гнилая) ткань становится прочной и опухшей. Иногда появляется красный гной. Когда гной выходит наружу, внутренняя часть уретры становится глубокой, а под ней находится гнойное образование - «ядро» уретры. Гной и некроз - вторая стадия абсцесса, длящаяся 2-3 недели. Позже ура становится шрамом.

Абсцессы обычно сопровождаются повышением температуры (39-40 С), потерей аппетита, ухудшением общего состояния, головной болью и ограничением подвижности. Абсцесс набухает и болит. Обычно абсцесс выходит один. Лооки n распространяется на ядро, когда болезнь тяжелая. У больного значительно повышается температура, кожа становится нежной. При этом могут воспаляться и лимфатические сосуды. Воспаляются как лимфатические узлы, так и железы, прикрепленные к мошонке. Кожа слегка припухла. Абсцесс во рту очень опасен, так как в этом случае процесс может перейти изо рта по сосудам в мию и оставить различные осложнения.

Диагностировать абсцесс несложно, в основном его сравнивают с чесоткой и чесоткой.

Гидраденит -острое гнойное воспаление апокринных потовых желез; Золотистый стафилококк (обычно hudros означает пот, аденбез).

Патогенез Это вызвано попаданием стафилококков в апокринные протоки пота через волосяные фолликулы или лимфатические сосуды. Хронические заболевания, вызывающие иссушение препарата, снижение общей сопротивляемости организма, серого вещества, межклеточного пространства, чрезмерное потоотделение заднего прохода, стойкость пота (рН), особенно несоблюдение правил личной гигиены, способствуют развитию гидраденит. Гидраденит также может быть вызван порезами на коже после бритья, небольшими царапинами на теле и небольшими бугорками. Гидраденит чаще встречается у людей с сахарным диабетом и людей с нарушенной функцией гонад. Из анатомии кожи известно, что деятельность апокринных потовых желез начинается в зрелом возрасте (раньше, чем у девочек и мальчиков). Апокриновые потовые железы чаще встречаются у женщин, следовательно, у них чаще встречается гидраденит. Активность этих желез увеличивается с возрастом, поэтому у пожилых людей гидраденит практически отсутствует.

Клиника Гидраденит возникает в сером веществе, где расположены большие потовые железы, больше в области заднего прохода и заднего выхода, а также на кончике женских молочных желез.

Заболевание начинается с появления 1-2 узелков, которые при надавливании на дерму или гиподерму кожи становятся серыми. Поверхность узелков становится красной и болезненной, становится немного меньше, узелки постепенно увеличиваются в размерах, становятся похожими на грецкие орехи и даже больше. Пораженный участок кожи становится красным и опухшим, и когда вы тянете, нажимаете или перемещаете заглавные буквы, появляется покалывание. Узлы срстаются, кожа немного провисает и покалывает. Имеется характерный для острого воспаления инфильтрат. Постепенно узелки разрываются и начинает выделяться желтовато-красный гной; некротические ядра не появляются при гидрадените.

Иногда инфильтрат распространяется твердо (как дерево), что напоминает флегмону. Такой гидраденит протекает очень тяжело, боли доставляют дискомфорт даже в спокойном состоянии.

Только после разрыва узлов состояние больного несколько улучшается, спадает лихорадка, исчезают боли. Образовавшаяся глубокая уара заполняется грануляционной тканью, и рубец становится удлиненным. Гидраденит длится 15-20 дней. Однако у людей с диабетом, обильным потоотделением, слабостью, обезвоживанием и отсутствием гигиены болезнь может длиться месяцами. Определить диагноз заболевания специалисту не составит труда. Гидраденит следует сравнивать с фурункулами и коллиативным туберкулезом кожи. Гидраденит не имеет некротического ядра. Коллаборативный туберкулез кожи характеризуется хроническим персистированием, поражением лимфатических узлов, перфорацией очагов и безболезненностью.

Везикулярный остеофоллукулит -является распространенным заболеванием среди младенцев и характеризуется переносом в организм веществ различного размера. Заболевание начинается с первых дней жизни. При этом на голове ребенка, на чешуйчатых участках тела и на конечностях конечностей появляются пустулы, окаймленные красновато-коричневой сыпью; пустулы могут быть одиночными, двойными или множественными.

Гистологические исследования показывают, что в полости рта эккринных потовых желез возникают воспалительные изменения.

Этиология, патогенез: Возникновение заболевания вызывается различными штаммами стафилококков. Чрезмерное потоотделение может привести к раздражению кожи, слабым или преждевременным родам, искусственному вскармливанию и развитию других заболеваний.

Везикулярный опустелиоз составляет 33% всей стафилодермии у детей. Абсцессы наблюдаются у 70% больных этим заболеванием (У.В. Скрипкин и др.).

При определении диагноза в основном сравнивают чесотку, осложненную пиодермией. В струпе располагаются везикулярные пустулы попарно, чаще всего у ребенка повреждаются ладони, пятки, ягодицы и живот, обнаруживается чесотка.

Таракские абсцессы или псевдофурункулы пальцев, часто встречающиеся у детей. Большинство случаев наблюдаются у младенцев в возрасте до одного года, вызванные инфекцией эккринных потовых желез (выводных трубок), на конце которых открывается в уретру. Возбудитель - золотистый стафилококк.

Патогенез Заболевание чаще всего встречается у недоношенных детей с ослабленной иммунной функцией. К появлению абсцессов приводят несоблюдение гигиены и неправильное питание ребенка, который сильно потеет, а также некоторые заболевания, попадающие в детский организм (энтерит, дистрофия, общая инфекция, анемия и др.).

Клиника Если заболевание сопровождается только воспалением протоков потовых желез, образуются гнойнички (периопорит). Пустулы размером с пшеницу, из которых выходит густой гной, образующий пустулы. При отваливании на коже не остается и следа. У большинства пациентов возникает гнойное поражение на пути потовых желез и их пучков (клубочков), в глубоком слое дермы появляются твердые, рассыпчато-красные узелки с четко разграниченной консистенцией; их размер становится похож на горошину, а затем на грецкий орех. В середине узелка кожа пораженного участка опухает, отекает при надавливании, а при разрыве вытекает кровь и смешанный гной; некротического ядра нет. По окончании болезни наблюдается рубцевание. У большинства пациентов бывает 1-2, иногда несколько узелков.

Абсцессы характеризуются слабостью, лихорадкой (38-39 С), утомляемостью и общей диспепсией. Заболевание особенно тяжело протекает в раннем детстве. Несмотря на своевременное лечение, заболевание рецидивирует каждые 10-30 дней у ослабленных детей, что приводит к серьезным осложнениям, таким как отит, коклюш, менингит, остеомиелит, парапроктит и сепсис (бактериемия). Собака или фурункулы сравнивают с летом. Известно, что фолликул собаки или фурункулы обнаруживаются в основном у взрослых людей летом, причем шерсть выступает из центра ее пустулы, а при ее разрыве возникает некротическое ядро. Папулонекротическая кожа также сравнивается с начальной стадией туберкулеза. Реакция Пирке была положительной у больных туберкулезом кожи.

Исход болезни во многом зависит от общего состояния ребенка, особенно у детей с дистрофией. Иногда сепсис может сочетаться с сепсисом, что приводит к смерти ребенка. Поэтому больного ребенка нужно лечить в стационаре.

Вспышки, по-видимому, обостряются в детстве и подростковом возрасте, когда пустулы быстро распространяются по всему телу. Заболевание в основном вызывается стафилококками, реже стрептококками.

Патогенез Более 40% пиококковых пемфигоидов начинаются в раннем младенчестве (3–6 дней младенчества). Происхождение заболевания зависит от прочности кожи малыша, чтобы противостоять различным неблагоприятным факторам (бактериальным, травматическим, токсикозам беременности и т. Д.).

эпидемиология Эпидемия везикулярной мочевины заразна, и ее основным источником является медицинский персонал или матери младенцев, инфицированных стафилококком. Также он может распространяться от грязных простыней, полотенец, нижнего белья (пациент падает от пупка малыша). Из-за того, что писсуары или медицинский персонал недостаточно чисты, чтобы соответствовать санитарным требованиям, болезнь может внезапно распространиться и перерасти в эпидемию в роддом. В этом случае детское отделение больницы немедленно закрывается и дезинфицируется, а весь персонал проходит медицинский осмотр.

Клиника Волдыри появляются на шее, пупке, коже ягодиц, а также на ягодицах и ногах, вдоль слегка покрасневших или неизмененных кожных складок. Размер пузырьков гороховидной формы, плотной консистенции, жидкость внутри прозрачная или серозно-желтая, окружена фланцем. С появлением пузырьков состояние малыша меняется, возникает сильный дискомфорт, повышается температура. Волдыри быстро увеличиваются и сливаются, а серозная жидкость внутри становится мутной. Волдыри лопаются и разрушаются, оставляя остатки эпидермиса на периферии. Иногда воспаление может распространяться на слизистые оболочки рта, носа, глаз и других органов. Это чаще всего наблюдается у слабых, ослабленных, недоношенных детей (*pus autoinculcum uasiuasi*). При этом малыш очень расстраивается, кричит и плачет, температура поднимается до 38-40 С. Мать не кормит грудью, его рвет, иногда бывает понос. Если не принять никаких мер предосторожности, можно добавить средний отит, средний отит, жгутики и даже сепсис.

При легкой форме заболевания и оказании своевременной медицинской помощи жидкость, выходящая из мочевого пузыря, становится серовато-желтой гнойничком.

Диагностика Эпидемическую пузырчатку следует сравнивать с детской пузырчаткой и врожденным эпидермолизом.

При язвенной пузырчатке волдыри находятся на подошвах стоп и ступнях в области ягодиц. Кроме того, для ранних врожденных поражений характерны частые простуды ребенка, диффузная инфильтрация Гоксзингера, наличие трепонемных образований в мочевом пузыре, самоповреждение, положительная реакция Вассермана.

Врожденный эпидермолиз происходит сразу после рождения и локализуется в основном в пораженных участках, таких как голова, плечи и конечности. Везикул один-два, и процесс воспаления менее заметен.

При дистрофическом типе врожденного эпидермолиза вместо волдырей наблюдается рубцовая атрофия. Большинство пузырьков обнаруживается на слизистой оболочке полости рта. При этом наблюдается дистрофия ногтей, волос и зубов у ребенка.

Эксфолиативный дерматит щенков или эксфолиативный дерматит Риттера - самый тяжелый тип стафилодермии, распространенный среди щенков. Многие специалисты относят это инфекционное заболевание к самостоятельной нозологической форме в зависимости от клинического течения и уровня заражения.

В настоящее время установлено, что возбудителем эксфолиативного дерматита является золотистый стафилококк. Происхождение заболевания практически идентично эпидемической пузырчатке.

Клиника Сначала клиническая картина заболевания очень похожа на эпидемическую пузырчатку, но затем картина полностью меняется. Заболевание начинается на первой неделе жизни малыша. Вначале появляется сыпь вокруг рта, в паху и в области задних складок. Сыпь состоит из плотных сферических пузырьков большого размера. Они быстро или незначительно разрываются и образуют широколистные влажные эрозии; остатки эпидермиса по периферии свисают лентой. На 8-12 дни болезни кожа малыша становится гиперемированной, эрозивной и

даже симптом Никольского положительный. На вид кожа красновато-коричневая, как если бы сразу положить в кипятки, в очагах эрозии появляются трещинки.

Заболевание иногда начинается с буллезных высыпаний, за которыми следует эритродермия, чаще всего эритродермия возникает внезапно и через 2-3 дня покрывает всю кожу. В этом случае резко ухудшается общее состояние ребенка, температура не опускается ниже 40 С, сначала может наблюдаться токсико-септическое состояние, затем сепсис. Ребенок худеет, нарушается функция ЖКТ, повышается лейкоцитоз, ЭХТ, у слабых и ослабленных детей могут развиваться кандидоз, сифилис, пиелонефрит, флегмона, абсцесс, отит и гнойный конъюнктивит.

Заболевание протекает в легкой форме у младенцев старше нескольких месяцев. В последнее время наблюдается более легкая форма эксфолиативного дерматита (абортивный). В этом случае гиперемия менее развита и прочность эпидермиса ослаблена. Эрозии не будут, только небольшое повреждение пола. Общее состояние куколок не сильно меняется.

Диагностика Необходимо обращать внимание на внезапное начало заболевания, ослабление эпидермиса, большие эродированные очаги. Пораженные очаги располагаются на определенных участках. Симптом Никольского положительный.

Вторичное размещение сравнивают с буллезным эпидермолизом, врожденными поражениями мочевого пузыря и десквамативной эритродермией Лейнера.

Десквамативная эритродермия Лейнера встречается у детей старшего возраста, поражения начинаются в аногенитальной области и кожных складках. Там же возникает эритематозно-эксфолиативная эритема. Затем сыпь распространяется на лицо и голову ребенка. На поверхности эродированной кожи воспаление менее остро, кожа монеты желтовато-маслянистая, напоминающая себорейную экзему. Изучив историю болезни, ее легко отличить от уровня Р.

Стрептококковая пиодермия (*streptodermia*). Патогенные стрептококки, в отличие от стафилококков, не поражают волосяные фолликулы, сальные и потовые железы, которые являются основными причинами кожных заболеваний. *Streptodermia* чаще встречается у детей и женщин, потому что их кожа тонкая и пухлая. Первичный морфологический элемент - тонкий пузырек (фликтена). Мочевой пузырь практически не поднимается от поверхности кожи, набухает, набухает и трескается.

Стрептококковое импетиго, сатратки. Это самое распространенное гнойное заболевание у детей, и основным морфологическим элементом сыпи являются тонкие пузырьки.

Этиология и патогенез стрептококковое импетиго возникает в результате проникновения стрептококков в кожу. По мнению некоторых исследователей, стафилококки также иногда обнаруживаются в инфицированных очагах. Кожа у детей и женщин склонна к появлению синяков и истончению, поэтому заболевание протекает самостоятельно и на других открытых участках тела.

Целостность кожных покровов и слизистых оболочек имеет большое значение в возникновении заболевания. Зуд и зуд кожи, а также при рините и отите инфекция быстро развивается на коже из-за воздействия гноя из носа и серого вещества на эпидермис. Снижение иммунной резистентности, общее недомогание, желудочно-кишечные заболевания и гельминтозы играют важную роль в патогенезе заболевания. В частности, несоблюдение правил чистоты (загрязнение полотенец, постельного белья и кожи подушек) может привести к быстрому распространению стрептодермии.

Клиника Заболевание начинается внезапно, когда гнойная сыпь внезапно распространяется на кожу. На пораженной коже образуются волдыри (фликены), которые изначально покрываются гиперемией. Везикулы разного размера, имеют тенденцию сливаться друг с другом и разрастаться к периферии. Иногда фликтены могут появиться и на неизменной коже. Через день-два жидкость внутри волдырей набухает, заполняется гноем; Гной быстро превращается в желтовато-черный струп. На участках, где опали черные корки, заметны красноватые слегка влажные эрозии. В норме фликтены располагаются отдельно друг от друга, но в результате распространения на периферию образуют кольцевое (сирсинарное) импетиго. Заболевание длится 3-4 недели. В конце концов, черная корка становится сильнее. Остается слегка пигментированное (временное) пятно. Иногда на коже появляется сыпь, которая распространяется на другие части тела. Дети, в частности, заражаются и распространяют

инфекцию на здоровые участки кожи, эрозивные поражения опухают, эти участки воспаляются и слегка болезненны. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии. эродированные печи набухают, и эти участки воспаляются и немного болят. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии. эродированные печи набухают, и эти участки воспаляются и немного болят. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии.

Существует несколько клинических типов стрептококкового импетиго. Буллезное (пузырчатое) импетиго, при котором больше поражаются серые пальцы ног, пятка и голень. Выходит большой щелчок. По периферии эрозии остается полый остаток, образующийся при ее разрыве.

Заеда губы Первоначально волдыри (фликтены) появляются в одном или обоих уголках губы. Они быстро трескаются, буреют и чернеют, бесследно отпадают. Эрозии возникают при еде, разговоре, а также когда уголки губ постоянно подвергаются воздействию кариеса и слюны. В центре Эрозиуа появляются глубокие трещины, которые его украшают. Во время разговора больной немного утомляется во время еды. Если разрез всегда влажный, пациент непроизвольно дотрагивается до языка, что ухудшает ситуацию, и разрез долго не очищается. Заболевание чаще встречается у людей, страдающих стойким слюноотделением, кариесом, ринитом, конъюнктивитом и гиповитаминозом (в основном при отсутствии витаминов группы В).

ПеркуSSIONное импетиго настолько заразно, что может передаваться при поцелуях пациента, использовании посуды, полотенец и т. Д.

При диагностике заболевания его сравнивают с кандидозом уголков губ и эродированными папулами при вторичном поражении.

Сухой или простой лишай

Для него характерно сухое течение при всех стрептококковых импетиго. У детей преимущественно на коже лица, щек и подбородка, а иногда и на коже стоп и щиколоток появляются круглые или овальные, слегка перхотистые струйки или красноватые пятна. Пятна особенно заметны у более смуглых детей. На солнце пятна становятся более заметными. Здоровая кожа вокруг него немного темнее.

Сухая стрептодермия, иногда сопровождающаяся эритематозно-плоскоклеточным импетиго. Чаще всего болезнь наблюдается у детей весной или на глазах. Они не жалуются на другие субъективные симптомы, кроме слабоумия.

УОза панарисий или турниол (хасмол). Острое воспаление тканей под ногтем и вокруг него. Один или несколько ногтей могут инфицироваться. Болеют в основном взрослые, иногда дети. Это вызвано попаданием гнойных микробов в мягкие ткани через невидимые чакковые участки пальца. Вокруг ногтя появляются гнойно-серозные образования. Везикулы сначала задерживают серозную жидкость, затем становятся мутными и гнойными, имеющими тенденцию распространяться на периферию. Фликтена размещается вокруг ногтевой полости, как козел. Травмированные пальцы опухают и болят. Процесс может быть хроническим и переходить с одного пальца на другой.

При разрыве фликтены возникает кольцевая эрозия. По краям эрозий отслаивается эпидермис, иногда отделяется ногтевая пластина. При повреждении ногтей нескольких пальцев у пациента повышается температура, немного ухудшается его общее состояние, увеличиваются лимфоузлы в зоне поражения.

При интертригинозной стрептодермии наиболее травматичными, морщинистыми участками являются обратная сторона серой стрелки, серое вертикальное дно, интерстициальное пространство, сыпь под грудью у женщин. Тучный, особенно экссудативный диатез из Тулы, заболевание стремительно распространяется среди детей раннего возраста с сахарным диабетом.

Основным элементом сыпи является фликен размером с пшеничное зерно. Фликтены более выступающие, быстро сливаются друг с другом и образуют светло-розовые эрозийные очаги, которые становятся влажными. Основание эрозий растрескивается на полосы. Если больной обильно потеет, возникает резкая боль, а вокруг высыпаний появляются гнойничковые элементы. Заболевание хроническое с различными субъективными симптомами. При диагностике пациента интертригиноз в основном сравнивают с кандидозом.

Захмсимон папулез импетиго или папуло-эрозивная стрептодермия

Больше всего среди гудаков. Его еще называют хроническим дерматитом. Половые органы, ягодицы, бедра и бедра ребенка подвергаются разрыву фликтенов. Фликтенаны образуют инфильтрированные эрозии, которые обычно напоминают эрозированные папулы в ране. В основном это вызвано несоблюдением чистоты (несоблюдение сроков смены нижнего белья и одежды) при уходе за ребенком.

При установлении диагноза в основном сравнивают эродированный папулез с очагом поражения; в ране не наблюдается острой язвы, кроме того, сыпь распространяется и на слизистую рта. Местные и дезинфицирующие препараты от папулоэрозивной стрептодермии быстро истощаются. Тем не менее серологическая реакция крови имеет решающее значение.

Вулгар эктима -глубокая форма стрептококкового импетиго. Микробиологическое исследование гнойных выделений УК выявило, что помимо стрептококков вульгарную эктиму вызывают смешанные микроорганизмы, в том числе золотистый стафилококк. Несоблюдение правил санитарии и гигиены, похудание, авитаминоз (гипоавитаминоз), снижение общей сопротивляемости организма, нарушение обмена веществ и местного кровообращения, лимфатического кровообращения и образование уретры малых размеров вызывают появление серого вещества. У детей вульгарная эктима развивается после инфекционных заболеваний, таких как корь, паротит, краснуха.

Клиника Эктима возникает в основном в области бедра, бедра, ягодиц или поясницы. Фликтены, пустулы различного размера, а также ограниченные и болезненные инфильтраты (при эктиме пузыри располагаются у основания эпидермиса). Пустулы от 1-2 до 10-15, в которых есть смесь гноя или кровяного гноя. Вокруг мочевого пузыря образовалась инфильтратная опухоль красновато-пурпурного цвета. Вскоре пустулы засыхают и превращаются в плотные черные струпья, один поверх другого. После того, как черная струпья отпала, открывается глубокая и болезненная язвочка с гноем на ее дне; Через 2–3 недели рубцы исчезают, оставляя длинный или глубокий рубец.

Диагностика Вульгарную эктиму следует клинически дифференцировать от импетиго, чесотки, травматической эктимы и коллиативного туберкулеза кожи. При импетиго пустула отсутствует; Эктима основана на наличии пузырьков, за исключением того, что некротическое ядро не образуется, как при чесотке. В очаге поражения зона эрозии и основание инфильтрата твердые, серологические тесты дают положительный результат. Расположение и внешний вид высыпаний при коллиативном туберкулеза кожи своеобразны, туберкулезная проба положительная.

Иногда у слабых людей, особенно у тех, кто пристрастился к алкоголю, а также у тех, кто занимается тяжелой физической активностью, может развиваться форма вульгарной эктимы, глубокого скопления или гангрены. Такая же ситуация наблюдается у слабых и ослабленных младенцев. Роль вторичной инфекции (оспа или кишечная палочка) в возникновении болезни велика, в настоящее время доступность различных препаратов позволяет полностью избавиться от болезни.

Смешанная стафилококковая пиодермия. Эти заболевания вызываются стафилококками и стрептококками. Такие пиодермии включают вульгарное или смешанное импетиго и атипичную глубокую пиодермию (мочевая и вегетативная пиодермия, пиодермия шанкرويدной формы и пиогенная гранулема-бактериомикома).

В происхождении вульгарное или смешанное импетиго имеет большое патогенетическое значение у пациентов с уже существующими, а также вторичными заболеваниями оспы. Небольшие неровности на коже, царапины, грязные неровности, постоянная отечность уголков губ - важные факторы развития смешанного импетиго. Болеют все больше детей, подростков и молодых женщин.

Клиника Вспышки, по-видимому, обостряются во время вульгарного импетиго, обычно во рту, уголках рта и глаз, а иногда распространяются на кожу всего тела и на ступни. Сначала стрептококковая фликтена возникает на слегка покрасневших и опухших участках. Затем они превращаются в гной под действием стафилококков; вскоре появляется гной и появляются желтовато-медные черные струпья. Учитывая уязвимость вульгарного импетиго, его также называют кантагиозным импетиго. При неправильном лечении или у слабых и ослабленных детей болезнь может длиться 1-2 месяца. При этом у больного наблюдается небольшое повышение температуры тела, снижение аппетита, увеличение лимфатических узлов. Обычно, если лечение проводится своевременно и правильно, через 1-1,5 недели черная струпья отпадает, временно заменяется, и пациент быстро выздоравливает.

Больше мужчин страдают хронической крапивницей и вегетативной пиодермией. Различные травмы, простудные заболевания, снижение сопротивляемости организма каким-либо заболеваниям, гиповитаминозы, нарушения крово- и лимфообращения в некоторых областях играют роль в патогенезе заболевания. По мнению специалистов, в частности, ослабление восприимчивости микроорганизмов к пиококковой инфекции, тем самым снижая их вирулентность, приводит к длительному хранению инфекции на коже пациента. В частности, нарушение углеводного обмена у пациентов с хронической пиодермией мочевого пузыря приводит к продолжительным частым рецидивам и, в конечном итоге, к потере кожной способности.

Клиника Клинические проявления заболевания очень разнообразны, в основном в зависимости от вирулентности возбудителя (стафилококк или стафилококк - стрептококк). Иногда кишечная палочка может встречаться вместе.

Заболевание начинается с появления стрептококковой эктимы, фурункулов или специфических инфильтратов. Они быстро разрываются, некротизируются, образуются поврежденные очаги различной формы (овал, уумалок). Края интерстициальных очагов инфильтрированы, изогнуты, в них много серозного гноя, а внизу - зернистая ткань. По периферии основных очагов появляются пустулы, основания исходных инфильтратов соединяются между собой. Уретра под гнойничком расширяется в сторону, а пустула нихуат опускается, образуя широколистные открытые уары. Патологический процесс сначала распространяется на эпидермис, дерму, а затем и на гиподерму. Из-за болезни больной становится намного слабее, появляются симптомы бессонницы, анемии.

Иногда на ветвях широколистных пчел начинают расти сочные, вегетативные наросты. В этом случае Vegetasiua может полностью заменить uaga (хроническая uarali - вегетативная пиодермия). Часто возникают свищи в вегетативных тканях (вместо гнойничков и фолликулов у собак). Они могут быть связаны друг с другом, а могут и не быть, и всегда из них выходит смесь гноя или гноя с кровью. Вегетативная ткань красновато-коричневая и мягкая, выделяется на фоне здоровой кожи. Вокруг чешуек постоянно скапливается кровь и гной. Заболевание носит хронический характер и длится долго.

Во время регресса бляшки между мочеточниками отваливаются, вегетация прекращается, замерзает, гной не отделяется. UAs в конечном итоге образуют глубокий шрам.

Шрам похож на коллиативную кожную сыпь. Иногда патологический процесс заканчивается с одной стороны, а начинается с другой (серпигиноз или пиодермия).

Поражение обнаруживается на разных участках кожи, в основном на коже черепа, запястьях, плечах, ягодицах, ягодицах.

Гистопатология. Дистрофические изменения эпидермиса и гранулематозные изменения дермы сопровождаются хроническими новообразованиями, некрозами и абсцессами. В эпидермисе также наблюдается гиперкератоз, иногда паракератоз и микроабсцессы, в которых накапливаются гранулоциты. Периваскулярная уретра или диффузный инфильтрат в дерме достигает более глубоких слоев и даже гиподермы.

Диагностика Обращается внимание на клинические проявления и анамнез заболевания, а также сравнительно с коллиативным и водянистым туберкулезом кожи, глубоким микозом и бластомикозом, актиномикозом, споротрихозом и третичными поражениями.

Шанкрсимон пиодермия. Э. Гауффман (1934) в основном объясняет, что кожа инфицирована бактериальной инфекцией и имеет клинические признаки, похожие на раневой (твердый) шанкр. Образовавшаяся уара очень похожа на шанкр в ране, и даже зрелые специалисты неоднократно проводят серологические тесты крови пациента на наличие трепонемы.

В гное, полученном для бактериологического исследования при язвенной пиодермии, обнаруживаются стафилококки, а иногда и стрептококки.

Несоблюдение правил личной гигиены, различные аномалии на кончике полового члена, фимоз и другие факторы могут повлиять на кожу и вызвать эрозии или высыпания. Shanksrsimon ruodermtia может наблюдаться как у взрослых, так и у детей раннего возраста, независимо от пола.

Клиника Заболевание начинается с появления одного или нескольких овальных яичников на половых органах (головка полового члена, большие и малые половые губы, большие половые губы и т. Д.), Во рту, вокруг губ и на языке. Обычно сначала появляется волдырь, потом он размывается, основание слегка инфильтрируется и превращается в круг. У большинства пациентов сфинктер пищевода может быть покрыт геморрагической пустулой красновато-розового цвета с небольшим количеством гноя. Лимфатические узлы в уретре увеличиваются (1-2 см), что обычно безболезненно. Чаще всего болезнь начинает проходить через 2-3 недели, а иногда может длиться несколько месяцев. Поврежденная печь остается без следов и рубцов.

D iagn o zi В основном это сравнивают с твердым шанкром в ране. Серологический анализ крови, история болезни и обнаружение трепонем в моче позволяют поставить точный диагноз заболевания.

Аллегены .Это состояние повышенной чувствительности кожи пациента к коккам, характеризующееся множеством специфических аллергических высыпаний. По мнению специалистов, как при туберкулезе кожи, грибковых заболеваниях кожи, продукты распада микроорганизмов гематогенным путем распространяются из пораженных очагов по всему организму, проявляя аллергическое состояние в виде гиперчувствительности.

Пиоаллергидность начинается внезапно и сопровождается эритематозными пятнами перхоти, папуловезикулами и перегрузкой веществами. Обычно сыпь симметрично распространяется на кожу тела и конечностей; даже волдыри с твердой кожей и волдыри могут образовываться на пепле и подошвах ног. В это время у пациентов появляется лихорадка, головная боль, тошнота и сухость препарата. Сыпь может распространяться и занимать лишь небольшой участок кожи. Через 10–15 дней сыпь начинает уменьшаться и регрессировать.

Лечение гнойных заболеваний кожи

Лечение гнойных заболеваний кожи проводится комплексно. Он состоит из этиотропной и патогенетической терапии, в основном проводимой в сочетании с озолением лекарств, повышающих иммунную резистентность организма пациента. Учитывая тот факт, что деятельность нервных, эндокринных, внутренних органов и систем у большинства пациентов скрыта, комплексное лечение должно быть направлено не только на этиологические факторы, но и на восстановление функции всего организма.

Перед тем, как назначить комплексный курс лечения, пациент проходит тщательное клиническое обследование. При этом члены его семьи проходят медицинское обследование, так как среди них может быть источник инфекции.

Общее лечение Антибиотики, сульфаниламиды, а также специфические и неспецифические иммунобиологические методы лечения и физиотерапевтические методы лечения используются при сикозе, глубоких фолликулах у собак, чесотке, абсцессах, везикулярном опустулезе, множественных абсцессах кожи, детском ознобе и эксфолиативном дерматите Риттера.

Лечение антибиотиками Антибиотики очень эффективны при лечении гнойных заболеваний кожи (особенно при хронических формах). При использовании антибиотиков необходимо обращать внимание на их антибактериальный эффект.

Препараты пенициллиновой группы. Перед их назначением определяется чувствительность организма пациента к этой группе препаратов. Водорастворимый пенициллин (калиевая или натриевая соль) вводят внутримышечно каждые 4 часа с 300000-500000 ТВ. В любом случае

внимание уделяется диагностике заболевания, его течению, общему состоянию пациента и массе тела.

Метициллин натрия - синтетическое производное пенициллина, малотоксично, не обладает кумулятивными свойствами, от 1,0 г до 4 таблеток в сутки.

Оксациллин натрия особенно хорошо действует на стафилококки. В состоянии алкогольного опьянения не теряет активности в кислой среде желудка. За час до еды принимать по 0,25-0,5 г 4 раза в день.

Натриевая соль диклоксациллина - фермент пенициллиназа очень эффективно действует на микроорганизмы, от 0,5 г до 4 раз в сутки, курс лечения для взрослых составляет 2,0 г, но может встречаться при заболеваниях желудочно-кишечного тракта это не так.

Ампициллин более эффективен при смешанной и хронической пиодермии, это антибиотик широкого спектра действия, его назначают в виде таблеток по 0,25 и 0,5 г или внутримышечно по 0,5 г 2-3 раза в день.

Диабетическая соль карбенсиллина применяется при стрептококковой пиодермии. Взрослым назначают внутримышечно от 4 до 8 г в сутки.

Тетрациклины. Тетрациклин и гидрохлорид тетрациклина - антибиотики широкого спектра действия, которые хорошо действуют. Для питья назначают по 0,2-0,25 г 3-4 раза в сутки. Не рекомендуется детям до 8 лет (образует нерастворимый комплекс с кальцием и может накапливаться в костях).

Метациклина гидрохлорид - синтетический продукт тетрациклина. 2 раза в день, суточная доза для взрослых - 0,6 г. Не рекомендуется при заболеваниях печени и почек, а также детям до 8 лет.

Доксициллина гидрохлорид - (вибрамицин) - синтетический продукт окситетрациклина, который более активен в отношении стафилококков и стрептококков, лучше всасывается при приеме внутрь и хранится в крови дольше, чем другие тетрациклины. 0,2 г в первый день, 0,1 г в последующие дни. Дэн пьют с молоком или катиком.

Другая группа антибиотиков. Гентамицина сульфат более эффективен при лечении тяжелой пиодермии. В частности, не было выявлено ни одной смешанной инфекции или патогена; Рекомендуется к применению при гнойных заболеваниях, вводится по 1-2 мл 2-3 раза в день внутримышечно. Тобромицин менее аутонейротоксичен, чем гентамицин, принимаемый 2-3 раза в день из расчета 2-5 мг на килограмм веса тела. Сисомицин сульфат более активен, чем гентомицин, и выпускается в виде 5% раствора (50 мг / мл), который вводят по 1-2 мл внутримышечно 2 раза в сутки. Для монотерапии используется эритромицин с пенициллинами, можно принимать по 0,1-0,25 г 4-6 раз в сутки.

Цефалоспорины (цефалоридин, цефалексин, цефализин, кефзол) оказывают сильное действие на метациллинрезистентные стафилококки и смешанные инфекции. Цефалоридин 0,5 г назначают 2-3 раза в сутки или цефазолин 0,25-0,5-1,0-2,0 г каждые 8 часов.

Антибактериальный эффект линкомицина гидрохлорида также довольно обширен, особенно когда другие антибиотики не действуют должным образом. Принимается по 0,5 г 2-3 раза в день или внутримышечно вводится 1-2 мл 30% раствора. Фозидин - натрий оказывает длительное действие на кровь после питья. Поэтому рекомендуется для амбулаторных больных. Фозидин - 0,5 г натрия на 3 столовые ложки молока.

Как правило, продолжительность приема антибактериальных препаратов не должна превышать 2-3 недель. Антибиотики предотвращают инфильтрацию инфильтрированных тканей, в результате чего образуются большие рубцы. Однако при хронических тяжелых процессах необходимо назначать 1-1,5 месяца; Кандидоз, дисбактериоз, рецидивирующая нейтропения, иногда смена лекарств для предотвращения аллергических реакций.

Комбинация нескольких антибиотиков, особенно при хронической пиодермии, была доказана многими экспертами как эффективная (АМВukhorovich, 1984, RSTopuriua, 1984). Например, эритромицин - тетрациклин; олендомицин-тетрациклин; ампициллин-оксациллин; мономицин-эритромицин, линкомицин гидрат-сепорин и другие.

Сульфаниламидные препараты также могут использоваться для этиотропного лечения пиодермии. Они могут не работать так же хорошо, как антибиотики, особенно при хронической

пиодермии. Однако, поскольку некоторые пациенты не могут дождаться приема антибиотиков, рекомендуется заменить их сульфаниламидами.

Сульфамометацин (дифадин) - менее токсичный препарат, обладающий более широким спектром действия. Обладает сильным действием на стафилококки, стрептококки и грамотрицательные бактерии. В первые дни назначают пить по 0,5 - 1 г 2 раза в день, в остальные 7-10 дней - 1 раз в день. Таким же образом используются сульфадиметоксин и сульфален.

При лечении грамположительной и грамотрицательной микробной пиодермии, очень устойчивой к сульфаниламидным препаратам, бактрим (содержащий сульфаметаксазол - 0,4 г и триметоприм - 0,08 г) имеет довольно серый цвет.

Профилактика гнойных заболеваний кожи

Гнойные кожные заболевания являются критерием определения уровня материального благополучия и культурной санитарии населения. Там, где этот показатель низкий, резко развивается пиодермия. Профилактика пиодермии имеет большое значение в масштабах всей страны, так как эти заболевания занимают первое место среди всех кожных заболеваний и приводят к временной потере кожной способности пациентов.

При профилактике гнойных заболеваний кожи необходимо придерживаться общих правил и предписаний, быть постоянно увязанными с мерами санитарных приемов в освоении практических работ, таких как санитария, лечение и профилактика.

Б.И.Лин (1977) предложил проводить работы по профилактике пиодермии на предприятиях в три этапа: 1. Подготовка к работе, а также соблюдение правил личной гигиены, регламента рабочего места, обеззараживание мелких пор на коже, облучение. на открытые участки кожи нанесение химических паст, контроль спецодежды (коржома); 2. Вытирайте легкие травмы во время работы соответствующими лекарствами, постоянно поддерживайте рабочее место в чистоте и порядке; 3. Обустройство рабочего места и спецодежды после работы, бережное очищение загрязненного участка кожи и т. Д.

В частности, необходимо выявить предрасположенность к гнойным заболеваниям кожи, изучить и своевременно устранить влияющие на них профессиональные факторы. Перед приемом на работу людям необходимо пройти специальное медицинское обследование. Угольные шахты, нефтеперерабатывающие заводы, металлургия, машиностроение и химические заводы - это специальные санатории для пациентов с некоторыми хроническими дерматозами (нейродермит, экзема, столбняк, тяжелая себорея, гипергидроз, ихтиоз и т. Д.). Необходимо следить за тем, чтобы они работали должным образом. .

Санитарные бригады должны следить за тем, чтобы рабочие места рабочих содержались в чистоте и были обеспечены специальной одеждой и оборудованием. Особенно подвержены пиодермии горняки, работники горячих цехов, металлурги, мукомолы и стеклодувы. Поэтому их одежду следует стирать и дезинфицировать каждые 10 дней, а чистую одежду следует хранить в их индивидуальных шкафах.

Учитывая, что микротравмы являются основной причиной обострения пиодермии, необходимо немедленно нанести дезинфицирующие растворы (2,0% алмазная смывка или 2-5% йода) на участки кожи, куда жир проникает, царапины, царапины и трещины.

По возможности рекомендуется распылить раствор Новикоза, клей БФ-6 или аэрозоли («Неотизол», «Лифозол») на пораженные участки кожи.

Вакцинация очень важна для здоровья рабочих. В последние годы очень эффективна массовая вакцинация стафилококковым анатоксином. Стафилококковый анатоксин вводят 2 раза с интервалом 30-45 дней. Чтобы сохранить кожную среду (рН), рабочие Химического завода должны использовать в своих ваннах 0,5% водородную соляную кислоту.

Поскольку маленькие дети более подвержены пиодермии, пациентам не разрешается контактировать со здоровыми детьми; Дети с пиодермией изолированы и временно лишены возможности посещать детские сады, школы, интернаты и другие общественные места до тех пор, пока они не выздоровеют. Сотрудники, которые регулярно работают с детьми, должны всегда проходить профилактический осмотр.

Если в роддоме есть малыши с пиодермией, их сразу отделяют от здоровых малышей. Персонал родильного дома, а также все матери проходят тщательное обследование и принимаются соответствующие лечебные меры.

Дети с гнойными кожными заболеваниями не должны подвергаться чрезмерному нагреванию и износу, а также содержать их в чистоте, содержать кожу в чистоте, как можно чаще купаться, часто менять нижнее белье. Их одежду, полотенца и даже игрушки кипятят в газированной воде, дезинфицируют и хранят отдельно. Дети, заболевшие пиодермией, принимаются под наблюдение диспансера и поступают в детское учреждение только после полного выздоровления. Поэтому для предотвращения пиодермии необходимо предпринять следующие шаги:

1. Общие факторы: регулярный медицинский осмотр рабочих и служащих, санитарно-просветительская работа, устранение факторов, вызывающих пиодермию, своевременное выявление больных и обеспечение им необходимых условий, создание специальных санаториев и баз отдыха.

2. Индивидуальные факторы: бодибилдинг, стрельба на открытом воздухе, использование солнечного света, протирание небольших ранок йодом, анилиновыми красителями, поддержание чистоты кожи, использование специальных инструментов при работе и т. Д.

Паразитарные заболевания кожи

Чесотка является заразным заболеванием человека и животных, заболевание вызывается каналами чесотки *Sarcoptes scabiei*. Для холеры характерно сильное сморщивание кожи человека, особенно в ночное время. Это заболевание издавна известно человечеству как «Кичима». Около четырех тысяч лет назад чесотка была известна в Китае, Древнем Египте, Вавилоне и Ассирии. В Риме чесотку Села называли «скоби», которая до сих пор используется в медицинской практике. Абу Али ибн Сина в своей книге «Законы медицины» дал информацию о чесотке среди других болезней. Ряд ученых (Авензоара, Гильдегорд, 12 век, Гейл, 1812) писали, что в коже больного чесоткой есть небольшие живые паразиты.

В 1834 году корсиканский студент Ринуччи с уверенностью доказал, что чесотка заразна и может быть вызвана клещами. С этого периода против него были разработаны лечебные и профилактические меры.

Этиология и патогенез. Возбудитель чесотки похож на черепаху. Самка немного крупнее самца. Тело зубчато-яйцевидное, закрученное, покрытое треугольными монетами, ротовой аппарат пыльный, приспособленный к грызению. С помощью такого передового орального аппарата они пронзают кожу хозяина и питаются тканями, кровью, лимфой и другими жидкостями. У него короткие ноги, которые разделены на две пары суставов спереди и сзади. Самка клеща проникает в глубокие слои эпидермиса и открывает различные пути, где откладывает яйца: самец погибает. Движение женских каналов быстрое, за день образуются изогнутые ямки от 0,5 до 5 мм. Каналы развиваются и достигают половой зрелости через 3-7 недель. Подсчитано, что 130-150 миллионов клещей появляются из одной яйцеклетки самки за 3 месяца. Это одна из причин, почему солнце встает быстрее, чем человек спит.

Каналы обычно могут набухать вне тела человека на срок до недели. Возбудители передаются человеку от пациента или через его суставы. Также может возникнуть при лежании на одном месте, иногда во время полового акта. Поэтому чесотка входит в список заболеваний, передающихся половым путем.

Инкубационный период болезни длится от 7-10 дней до 20-30 дней.

Клиника. Кожа головы, которая попадает на кожу человека, немедленно проникает в кожу и продолжает прокалывать эпидермис, образуя полые пути. В этих местах появляются маленькие пузыри. Главный симптом заболевания - сморщивание кожных покровов. Часто начало вырытой клещом ямы, куда он попадает, остается открытым, где появляются пузыри с серозной жидкостью размером 1-2 мм. Узловатые и везикулярные мелкие высыпания имеют тенденцию располагаться по 1 линии, в результате чего остаются точечные темные дорожки. Сыпь распространяется на складки между пальцами, на сторону ладони, а затем на все тело (у мужчин - на гениталии, у женщин - вокруг молочной железы). Иногда на внешней стороне серых локтей можно обнаружить небольшие чешуйчатые черные струпья и монеты (симптом Горчакова -

Арди). В результате зуда у пациента чесотка распространяется с одной части тела на другую. Сыпь резко сморщивается, и это состояние обостряется, особенно ночью и в жару. При осмотре кожи пациента через лупу можно увидеть начало пути канала, темные пунктирные линии (ямки), небольшие пузырьки, слегка выступающие из кожи, такие же пузырьки содержат каналы. Темные пятна - это верхние отверстия полостей, где самка клеща останавливается и откладывает яйца. В результате зуда изменяется нормальная структура кожных покровов, на коже можно наблюдать царапины, ссадины, черные струпья: Часто в результате инфицирования зудящих участков кожи в молодом возрасте гноем могут развиваться кожные заболевания: фолликулы собачьи, фурункулы, импетиго, эктима и др., Что затрудняет диагностику заболевания. Другие кожные заболевания - дерматит, эктима - могут возникать, если чесотка затягивается или пациент не лечится регулярно. Если заболевание осложняется таким образом, в крови пациента наблюдается эозенофилия.

Симптомы болезни у маленьких детей довольно разные. Чаще всего поражаются пятка, внутренняя часть ладони, тазобедренный сустав и ягодицы. Образующиеся волдыри могут быстро разорваться и усложнить процесс.

У людей, которые часто купаются, заболевание остается незамеченным. Сыпь или клещевой энцефалит менее заметны, но кожа пациента очень маленькая. Это состояние наблюдается и у плохо леченных пациентов. Однако при тщательном осмотре всей кожи пациента выявляются пара узелков и волдырей, волдыри, царапины и один или два канала.

Если заболевание передается половым путем, сыпь будет вокруг пупка и живота. Гениталии инфицируются, узелки и волдыри забиваются, и они склонны к образованию гноя. Иногда клиническая картина заболевания напоминает рану.

Гистология. Каналы располагаются в роговом слое кожи, самая глубокая часть ямок может доходить до шиповатого базального слоя. В эти же ямы помещают самку клеща и ее яйца. В роговом слое возникают межклеточные и клеточные опухоли, а за их счет - везикулы. На дерме появляется хронический инфильтрат, состоящий в основном из лимфоцитов. В этом случае инфильтраты располагаются на дне каналов.

Диагностика. Основное внимание уделяется жалобе пациента. Чесотку иногда путают с оспой. Потому что даже при этом заболевании кожа сильно сморщивается. Но болезнь длится годами, сморщивание кожи беспокоит пациента днем и ночью. Лимфатические узлы пациента увеличены, кожа желтоватая, узелки покрыты кровянистыми черными струпьями и расположены в опухшей области серых стоп.

В то же время чесотку сравнивают с микробной экземой, настоящей экземой. Лаймовая чесотка характеризуется наличием узловых и везикулярных высыпаний попарно, наличием клещевого энцефалита, возникновением оспы в ночное время, заболеванием нескольких членов семьи одновременно, положительными симптомами Горчакова-Арди. Ит играет важную роль в отличии кожи от других заболеваний.

Часто на коже больных остаются пигментные пятна, следы элементов импетиго. Иногда на ягодицах пациента образуются высыпания, образуя «треугольный след» на ягодицах.

В частности, обнаруженные в лаборатории тромбы из высыпаний (волдырей) на коже пациента подтверждают правильность диагноза.

Лечение. При лечении чесотки используются препараты, которые укрепляют слизистую оболочку кожи, проникают в каналы и непосредственно убивают канал. Тем более что очень серая методика профессора М.П. Демуановича, при которой больной не пропускает свою основную работу, не пачкается одежда.

При этом методе лечения назначают два типа растворов лекарств: 60% тиосульфат натрия и 6% соляную кислоту. Пациент наливает в емкость раствор тиосульфата натрия № 1 и погружает в препарат обе ладони, растирая его от шеи до пятки в течение 2-5 минут и отдыхая 5-10 минут. За короткое время жидкая часть раствора 1 испаряется, а кристаллы тиосульфата остаются на теле пациента, и он стекает подобно порошку. Затем таким же образом наносится раствор соляной кислоты № 2, который заменяет одеяла урпа. Лечение повторяют по той же схеме в течение двух дней, а чихание разрешено в течение двух дней.

Мазь Вилькинсона также широко применяется при лечении чесотки, а в аптеках продается в готовом виде. Мазь Вилькинсона наносят на все тело, кроме головы и волосистой части головы, один раз в день в течение 5 дней, а на 6-й день больной хорошо моется, меняет одежду и постельное белье. Этот метод не следует использовать у пациентов с заболеванием почек, иначе он может проникнуть через кожу и привести к серьезным осложнениям. Для маленьких детей мазь Вилькинсона используется в равных пропорциях с цинковой пастой.

Мазь с содержанием серы 20-33%, детская 5-10% применяют 5-6 дней в том же порядке, что и выше. Однако мази иногда могут поражать кожу и вызывать дерматит, а также запах золы и пятен на одежде и постельном белье.

Перед применением препарата против парши следует тщательно промыть пациента, так как каналы в коже кожи отваливаются механически. Купание не рекомендуется, если выпадают вторичные микробы и процесс переходит в гнойный или экзему. При этом купание во время лечения не происходит. Применяют противопаразитарные вещества, особенно на пораженные участки, с осторожным нанесением на гнойные, импетигоидные участки. Он также используется для лечения вторичных пиококковых инфекций. Бензилбензоат очень полезен при лечении чесотки. Для взрослых детей раннего возраста применяют 20% -ный раствор мыльно-водного бензилбензоата, который сохраняет свою силу до 7 дней после приготовления.

Этот препарат вводят 2 раза в сутки в течение 3 дней с 10-минутным перерывом. Затем пациент меняет одежду и одежду.

Для лечения также можно использовать 5% эмульсию К-мыла. Рекомендуется применять в течение 5 дней: если не очищает, повторить процедуру через 3-5 дней. При осложнении заболевания аллергическим дерматитом, помимо противопаразитарных препаратов, в зависимости от обстоятельств назначают десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. При пиококковой инфекции чесоткой назначают антибиотики сульфаниламиды, сера-дегтуар, бордегтуар, оксикорт, мази тридерм и анилиновые красители, 2% -ный салицил.

Профилактика и профилактика заболеваний. При обнаружении заболевания заполняется специальное уведомление и доводится до соответствующих мест. Те, кто контактирует с больным, члены семьи тщательно обследуются. Больной ребенок не пойдет к здоровому (детский сад, школа) до тех пор, пока полностью не выздоровеет.

Нижнее белье, верхнюю одежду, посуду и детские игрушки пациента необходимо продезинфицировать. (ДДТ, мыло «К»). Дезинфекция проводится в специальных влажных камерах. Если его нет, необходимо прокипятить и погладить одежду. Разложите семена на солнце и переворачивайте муку несколько раз в день (4-5 дней). При обострении чесотки открываются специальные скопозории для лечения больных, проводится разъяснительная работа по чесотке среди населения.

Основные вопросы темы:

- 1) Анатомия и гистология кожи и слизистых оболочек.
- 2) Методы обследования больных с кожными и генитальными заболеваниями.
- 3) Эндогенные и экзогенные факторы развития дерматозов.
- 4) Патоморфологические изменения кожных покровов.
- 5) Субъективные симптомы кожных заболеваний.
- 6) Объективные симптомы кожных заболеваний.
- 7) Опишите основные морфологические элементы.
- 8) Опишите вторичные морфологические элементы.
- 9) Общие принципы лечения кожных заболеваний.
- 10) Принципы местного лечения кожных заболеваний.

Основные вопросы темы:

- 1) Опишите пиодермию. Классификация гнойных заболеваний кожи.
- 2) Охарактеризуйте стафилококковую пиодермию. Классификация стафилококковой пиодермии.
- 3) Фурункул, карбункул, клиника гидраденита, принципы лечения. Остеофолликулит, фолликулит, клиника сикоза, принципы лечения. Клиника гнойных заболеваний легких, диагностика, лечение.
- 4) Охарактеризуйте стрептококковую пиодермию. Классификация стрептококковой пиодермии.

- 5) Принцип лечения клиники стрептококкового импетиго. Клиника глубокой стрептококковой пиодермии, лечение.
- 6) Клиника, диагностика, лечение смешанной стрепто-стафилококковой пиодермии.
- 7) Причины, виды, клиника, диагностика, принципы лечения.
- 8) Причины, виды, клиника, диагностика, принципы лечения алопеции.
- 9) Меры по профилактике гнойных заболеваний кожных покровов.
- 10) Этиология, эпидемиология, патогенез чесотки.
- 11) Клиника чесотки, лечение, профилактика.

Интерактивные методы, используемые на уроке

Выражение идеи методом ротация

Цель: Повысьте уровень участия всех учеников в группе, позвольте им учиться друг у друга.

Основные принципы:

Этот метод основан на анализе темы индивидуально с небольшими группами и с целыми группами, при этом каждая подгруппа анализирует три задачи в течение 30 минут, а следующие 15 минут анализируют их все вместе. Для одитора будет повешено несколько заданий. Каждая небольшая группа (2–3 человека) обсуждает в течение 19 минут и записывает ответы на свои варианты, затем переходит к другому заданию и так далее. Каждая группа получает свой цветной фломастер. 1-я группа - синий, 2-я группа - черная, 3-я группа - зеленая. Каждый лист бумаги должен быть помечен тремя маркерами. Через 10 минут задания выполняются поочередно. Группа зачитывает ответы предыдущей группы и добавляет. Не должно быть повторяющихся ответов. Через 10 минут УА перейдет к следующему заданию, прочтите газету и заполните ее своими ответами. Проанализировано через 15 минут. Оптимальный ответ находится и записывается в тетрадь. Этот метод ориентирован на групповой анализ темы.

Пример: 1) Каковы причины кожных заболеваний? Анатомия, физиология, гистология Тери.

2) Общий симптомокомплекс кожных заболеваний, субъективные и объективные жалобы, определение морфологических элементов.

3) Диагностика и лечение кожных заболеваний.

Используя фломастер разного цвета, удобно оценивать реакцию каждой группы. Ответы предварительно пронумерованы, и правильные ответы удобно подсчитывать. Малые группы с наибольшим количеством ответов получают максимальное количество баллов.

Метод «перо на столе»

Всей группе дается задание (например, симптомы ревматоидного артрита, препараты, применяемые при системной красной волчанке, побочные эффекты глюкокортикоидных препаратов и т. Д.). Каждый ученик пишет версию для Facebook и передает ее соседнему ученику, кладя ручку в центр стола. Помощник проверяет учеников, и ученики записывают правильные ответы в свои тетради. В этом случае проверяются теоретические знания студентов.

2. Использует рекламные плакаты.

3. Использует слайды, мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

«Путешествие по галерее»

Цель: Научить студентов критически оценивать данные и определять их полноту по данному вопросу.

Основные принципы: Каждой группе предлагается одна задача, и они решают ее письменно в течение 10 минут, а затем делятся заданиями. Чтобы выявить ошибки предыдущей группы и дополнить ответы, вопросы обсуждаются со всеми участниками, и окончательный ответ принимается.

Методика «Путешествие по галерее» требует от студентов пристального внимания и хорошей теоретической подготовки в этой области.

Преимущество этого метода в том, что он позволяет студентам продемонстрировать аналитические навыки и навыки клинического мышления.

При разделении учеников на группы важно иметь в виду, что среди них есть лидеры. Это учитывается при подготовке к тренировкам.

Пример: Название курса: Типы и лечение стрептококковой пиодермии.

Трем подгруппам будет задан по одному вопросу каждой:

1. Клинические виды стрептококковой пиодермии.
2. Клиника стрептодермиулы, диагностика.
3. Лечение и профилактика стрептодермии.

"Круглый стол"

Цель: увеличить участие студентов и позволить им учиться друг у друга.

Основные принципы: На стол бросается листок с ситуационным вопросом. Каждый ученик пишет свой ответ и передает его другому ученику. После написания ответов каждый анализируется: неправильные ответы удаляются, правильные ответы обсуждаются, а знания учащихся оцениваются. Этот метод можно получить не только письменно, но и устно.

Например:

- Опишите стафилодермию.
- Опишите клинику сикоза.
- Составьте современный план лечения сикоза.

Текущие вопросы по теме

Учитывая ряд приведенных ниже вопросов-головоломок, ответьте на них в письменной форме в своей рабочей тетради.

Выпуск 1

На коже предплечья больного обнаружены розовые очаги размером 4-5 см, границы которых нечеткие, не превышающие уровень кожи. Исчезает при щелчке по объекту.

1. Укажите морфологический элемент.
2. К какой группе принадлежит этот морфологический элемент?
3. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 2

В области боковых суставов пальцев у пациента 16 лет выявлены очаги с четкими границами, белого цвета, размером 1-2, 2-2 см. Чувствительность в этой области сохранена, субъективных ощущений нет.

1. Определите морфологический элемент.
2. К какой группе принадлежит этот морфологический элемент?
3. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 3

У больного появилась сыпь размером 0,5-0,7 см, без разрывов, пролиферативная, плотная, возвышающаяся над уровнем кожи. Элементы имеют четкую границу и имеют круглую форму.

Определите морфологический элемент.

1. К какой группе принадлежит этот морфологический элемент?
2. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 4

Опухолево-инфильтративное, пустотелое, острое воспаление - элемент характера, возвышающийся над уровнем кожи. Это часто заканчивается рубцеванием, рубцеванием или атрофией рубцов.

1. Выявите ошибки в приведенной выше информации и введите правильную информацию.
2. При каких заболеваниях клубень является основным морфологическим элементом?

Выпуск 5

У больного диагностировано острое воспаление уретры и грудной клетки, возвышающиеся над кожей, заполненные серозной жидкостью, с полостью 0,3 * 0,5 см.

1. Назовите морфологический элемент.

2. Дайте гистологическое описание этого элемента и каков результат?

Выпуск 6

Сзади на шее больного очаг 5 * 6 см. SHU sohateri - сухой, плотный, утолщенный. Изображение кожи в области поражения усилено, слегка пигментировано.

1. Назовите морфологический элемент.
2. К какой морфологической группе принадлежит этот элемент?
3. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 7

У больного глубокий дефект в области голени, достигающий до эпидермиса и дермы, с четкими краями овальной формы размером 2–3 см, сохраняющий серозно-гнойные выделения.

1. Назовите морфологический элемент.
2. Укажите действие морфологического элемента.
3. При каких дерматозах встречается этот элемент?

8-масала

На коже тела больного обнаружены многочисленные плотные инфильтративные очаги круглой формы размером с монету, возвышающиеся над кожей.

1. Определите характер морфологического элемента.
2. Опишите этот морфологический элемент.
3. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 9

У больного большое количество мелких полостей с серозным экссудатом в области красных губ.

1. Назовите морфологический элемент.
2. Опишите морфологический элемент и его последствия?
3. При каких дерматозах встречается?

Выпуск 10

Гистологическое исследование препарата выявило утолщение зернистого слоя.

1. Определите гистопатологический процесс.
2. Опишите зернистый слой.

Выпуск 11

При исследовании биопсии кожи выявлено нарушение взаимосвязи клеток шиповатого слоя эпидермиса и клеток Цанка.

1. Опишите патогистологический процесс.
2. Опишите колючий слой.
3. При каких дерматозах встречается?

Выпуск 12

При биопсии кожи выявлены интерстициальные опухоли мальпигиева слоя и пикноз мочеточников.

1. Опишите патогистологический процесс.
2. Расскажите, пожалуйста, что это за история с большими ценками ...
3. Что бывает при дерматозах.

Выпуск 13

При механическом воздействии на кожу больного нейродермитом тупого предмета возникает сосудисто-нервная реакция в виде белых полос.

1. Назовите название реакции.
2. При каких дерматозах наблюдается эта реакция?

Выпуск 14

Выявлена крапивница с зудом на теле больного.

1. Укажите морфологический элемент.
2. Опишите морфологический элемент.
3. Подскажите местное лечение.

Выпуск 15

На коже тела, конечностей пациента, покрытых бело-серебряными монетами, появляются многочисленные миллиарды линзовидных, числовых папул, чешуек.

1. Определите характер морфологических элементов.
2. Какое заболевание специфично?
3. Какой симптом обнаруживается для подтверждения диагноза?

16-масала

У больного диагностирована скарлатина. В этом случае сыпь появилась после сильного стресса-страха.

1. Опишите морфологические элементы данной патологии.
2. Какая общая лечебная терапия поможет пациенту?

Текущие вопросы по теме

Учитывая ряд приведенных ниже вопросов-головоломок, ответьте на них в письменной форме в своей рабочей тетради.

Выпуск 1.

Больной Б. 22 года. Во внутренней части запястья имеется болезненный узелок. Узелок конической формы, с гнойно-некротическим ядром в центре. Лейкоцитоз в периферической крови. ЕСНТ увеличился.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Выпуск 2.

У 2-летнего ребенка круглые белые пятна на щеках и конечностях. Пятна покрыты мелкой перхотью. При соскобе грибок не обнаружен. Проба Бальзера на пятнах отрицательная. В периферической крови Нв-90 г / л, раствор - 4,5. ЕСНТ -9.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие заболевания диагностируются сравнительно.
3. Составьте план лечения.

Выпуск 3.

На шее и плечах малыша много красно-синих узлов, размер которых с горошину, при пальпации определяется по колебаниям. Из вскрывшихся узлов идет гнойно-геморрагическое отделяемое, очень холодное.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Для определения диагноза проводится сравнительный диагноз с какими заболеваниями.
3. Определите меры лечения.

Выпуск 4.

Больной Д. Мужчина 30 лет. В области бороды и усов больного выявляются многочисленные фолликулит, остеофолликулит и желтовато-гнойный кожный покров. Процесс повторяется.

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите остеофолликулит, фолликулит.
3. Составьте план лечения.

Выпуск 5.

Больной К. 40 лет. Под левой подмышкой пациента обнаружен болезненный плотный кожный узел. Узелок был красновато-синим и колебался. Некроза грудины не обнаружено.

1. Поставьте диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится данная патология?
3. Какие участки кожи повреждаются при этой патологии?
4. Составьте план лечения.

Тесты по теме 1

1. Гистологические пролиферативные изменения включают:
 - А) гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез
 - Б) акантоз, спонгиоз, гиперкератоз
 - В) акантолиз, паракератоз, гранулез

- Ж) кариорексис
 Г) акантолиз, кариорекс, спонгиоз
2. Развивается из эктодермы:
 А) волосы, эпидермис
 Б) кровеносные сосуды
 В) мышцы
 Ж) лимфатический аппарат
 Г) нервные волокна
3. На коже отсутствуют потовые железы:
 А) на красном хошиу губы
 Б) в подмышечной впадине
 В) в ладонях
 Ж) на пятке
 Г) в области живота
4. Типы пустул включают:
 А) телеангиэктазия
 Б) экскориасиуа
 V) булла
 Ж) пузырь
 D) фликтена
5. Укажите пролиферативный элемент.
 А) узел
 Б) гной
 V) воздушный шар
 Г) собака`
 D) пузырь
6. Укажите пятнистый элемент.
 А) прыщи
 Б) рупиуа
 V) flictena
 G) ectima
 Г) эритема
7. Укажите вторичный элемент.
 А) Vegetasiua
 Б) узел
 В) гной
 Г) шишка
 D) пузырь
8. Нет сальных желез:
 А) на ладони и пятке
 Б) в области груди
 В) на коже волосистой части головы
 Ж) в поле между лопатками
 Г) в носогубном треугольнике
9. На коже отсутствуют потовые железы:
 А) на лбу
 Б) в области груди
 В) в области живота
 Ж) на ладони и пятке
 Г) у головки полового члена
10. Сальные железы «Мейбомиева» расположены:
 А) вокруг век
 Б) в генетической области

- В) в надостной мышце
 - Ж) в красном хошиу губ
 - Г) в области груди
11. Гистологические пролиферативные изменения включают:
- А) гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез
 - Б) акантоз, спонгиоз, гиперкератоз
 - В) акантолиз, паракератоз, гранулез
 - Ж) кариорексис
 - Г) акантолиз, кариорекс, спонгиоз
2. Развивается из эктодермы:
- А) волосы, эпидермис
 - Б) кровеносные сосуды
 - В) мышцы
 - Ж) лимфатический аппарат
 - Г) нервные волокна
3. На коже отсутствуют потовые железы:
- А) на красном хошиу губы
 - Б) в подмышечной впадине
 - В) в ладонях
 - Ж) на пятке
 - Г) в области живота
4. Типы пустул включают:
- А) телеангиэктазия
 - Б) экскориасиуа
 - В) булла
 - Ж) пузырь
 - Д) фликтена
5. Укажите пролиферативный элемент.
- А) узел
 - Б) гной
 - В) воздушный шар
 - Г) собака`
 - Д) пузырь
6. Укажите пятнистый элемент.
- А) прыщи
 - Б) рупиуа
 - В) flictena
 - Г) ectima
 - Г) эритема
7. Укажите вторичный элемент.
- А) Vegetasiua
 - Б) узел
 - В) гной
 - Г) шишка
 - Д) пузырь
8. Нет сальных желез:
- А) на ладони и пятке
 - Б) в области груди
 - В) на коже волосистой части головы
 - Ж) в поле между лопатками
 - Г) в носогубном треугольнике
9. На коже отсутствуют потовые железы:
- А) на лбу

- Б) в области груди
 - В) в области живота
 - Ж) на ладони и пятке
 - Г) у головки полового члена
10. Сальные железы «Мейбомиева» расположены:
- А) вокруг век
 - Б) в генетической области
 - В) в надостной мышце
 - Ж) в красном хошиу губ
 - Г) в области груди
11. В каком участке кожи сальные железы открываются непосредственно к коже?
- А) у головки полового члена
 - Б) в области носа
 - В) на коже волосистой части головы
 - Ж) в области щек
 - Г) в области ладоней
12. Акантолиз - это- ...
- А) растворение десмосом между клетками шиповатого слоя
 - Б) разрастание клеток шиповатого слоя
 - В) нарушение процесса замораживания
 - Ж) утолщение слоя
 - Г) появление атипичных узелков в эпителиальных клетках
13. Паракератоз - это процесс неполного замораживания эпидермоцитов, который вызывается дистрофией клеток рогового слоя.
- А) зернистый слой
 - Б) базальный слой
 - В) тернистый пол
 - Ж) присосной слой
 - Г) сетка для пола
14. Гранулез - это - ...
- А) утолщение зернистого слоя
 - Б) истончение зернистого слоя
 - В) утолщение рогового слоя
 - Ж) структурные изменения клеток роговицы
 - Г) межклеточная опухоль
15. Анаплазиуа - это - ...
- А) появление атипичных узелков в эпителиальных клетках
 - Б) нарушение взаимосвязи ячеек шиповатого слоя
 - В) пролиферация эпителиальных клеток
 - Ж) наличие гранул в цитоплазме клеток
 - Г) вакуолизация цитоплазмы
16. Спонгиоз - это -...
- А) Межклеточная опухоль мальпигиева слоя
 - Б) Вакуумное вырождение в мальпигиевом слое.
 - В) межклеточное набухание роговицы
 - Г) дегенеративные изменения дермы
 - Г) казеозное набухание клеток
17. Укажите экссудативные гистоморфологические изменения.
- А) гранулез, паракератоз
 - Б) спонгиоз, акантолиз
 - В) гиперкератоз, гранулез
 - Ж) гиперкератоз, паракератоз
 - Г) спондилез, гиперкератоз

18. Для какого дерматоза характерен процесс акантолиза?
- А) вульгарная пузырчатка
 - Б) вульгарная эктима
 - В) вульгарный псориаз
 - Ж) вульгарное витилиго
 - Г) нейродермит
19. Для какого дерматоза характерен процесс гранулёза?
- А) вульгарная пузырчатка
 - Б) вульгарное витилиго
 - В) простое пузырчатое железо
 - Ж) турниол
 - Г) красные уасси темиртки
20. Какая функция не распространяется на кожу?
- А) образование токсинов
 - Б) абсорбция
 - В) удаление
 - Г) терморегуляция
 - Г) орган чувств
21. Какие вещества действуют против зуда?
- А) ментол
 - Б) дёготь
 - В) ольтингугурт
 - Г) салициловая кислота
 - Г) фурасилин
22. Укажите слой дермы.
- А) уалтирок
 - Б) донор
 - В) присоски
 - Г) колючий
 - Г) базальный

Предметные тесты

1. Факторы, вызывающие пиодермию, включают:
- А) Нарушения углеводного обмена
 - Б) Облучение с УБН
 - В) повышение свертываемости крови
 - Ж) недостаток йода в крови.
 - Г) Рентгеновское излучение
2. К стафилодермии относятся:
- А) везинулопустулез
 - Б) ксасмол
 - В) вульгарное импетиго
 - Ж) обычные темиртки
 - Г) буллезное импетиго
3. Стрептококковые инфекции включают:
- А) везинулопустулез
 - Б) псевдофрункулез
 - В) сикоз
 - Ж) импетиго Бохарта
 - Г) обычные темиртки

4. Стафилококковые инфекции включают:
- А) эксфолиативный дерматит Риттера
 - Б) турниол
 - В) опрелостей пиодермии
 - Ж) язвенный папулезный импетиго
 - Г) буллезное импетиго
5. Что из перечисленного входит в состав стрептодерма?
- А) трещины импетиго
 - Б) эпидемия чилла уара
 - В) импетиго Бохарта
 - Ж) остеофолликулит
 - Г) карбункул
6. Что из перечисленного входит в состав гнойных болезней младенцев?
- А) гидраденит
 - Б) кипит
 - В) хроническая uogali piodermia
 - Ж) обычные темиртки
 - Г) везикулопустулез
7. Основной морфологический элемент стрептококковой пиодермии:
- А) сгибание
 - Б) булла
 - В) пустула
 - Г) папулы
 - Г) пузырек
8. К какой пиодермии относится эксфолиативный дерматит Риттера?
- А) токсикодермия
 - Б) профессиональный дерматит
 - В) стафилодермия
 - Г) стрептодермия
 - Г) контактный дерматит
9. Какие морфологические элементы характерны для дерматита Риттера?
- А) волдыри, эрозии
 - Б) папулы
 - В) комочки
 - Ж) маленькие пузыри
 - Г) шишки
10. Каковы положительные симптомы эксфолиативного дерматита Риттера?
- А) Симптомы Уикхема
 - Б) Симптом Никольского
 - В) Симптом Горчакова-Арди
 - Ж) Знак Систо
 - Г) Филатовский полицейский знак

Практические навыки

Порядок действий (шаги)

Этап №	Осмотр кожи и слизистых оболочек, оценка состояния кожных покровов. 15 минут на выполнение задания	Максимальный балл	Собрано мяч
1	Подготовка пациента к обследованию	5	
2	Обратите внимание на цвет кожи	5	

3	Определение тургора, эластичности, влажности или сухости кожи	5	
4	Осмотрите лицо, пепел, тело, гениталии и ступни по порядку. Обратите внимание на наличие высыпаний и их характеристики.	10	
5	Обратите внимание на наличие первичных и вторичных высыпаний, локализацию процесса.	20	
6	Обратите внимание на конфигурацию, размер, цвет и расположение элементов относительно друг друга.	20	
7	Объясните процесс (Статус localis)	35 год	
	Общее	100	

Практические навыки

Порядок действий (шаги)

№	Как срезать кожу, чтобы искать чесотку Время, отведенное на задачу - 20 минут.	Максимальный балл	Собрано Мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Определите контролируемый процесс	20	
3	Один из новых видов чесотки нарисован путем рисования границы с помощью шариковой ручки и лупы.	30	
4	Кончиком скальпеля или иглы прокалывают крышу волдыря на конце чесоточного пути, отрывают кожу, направляя ее по пути чесоточного канала.	30	
5	В стекло добавляется 10% гидроксид натрия, материал смешивается с этим раствором и накрывается покровным стеклом.	10	
6	Через 10-20 минут подготовленный материал наблюдают под микроскопом, опустив линзу 8 конденсора.	10	
7	Клещ или его фрагменты, яйца или экскременты находятся в поле зрения микроскопа.	20	
	Общее	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Сравнительная диагностика паразитарных и гнойных заболеваний кожи. Инновации в современной диагностике и лечении
На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Тема 2 - Пиодермия. Дерматозоозы

2.1. Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников - 8-10
Форма обучения	Вводная практическая подготовка
План урока:	1. Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. 2. Пиодермия. 3. Принципы общего, местного лечения пиодермии и дерматозоозов.

Цель обучения:	<p>Образовательные: Предоставить студентам общую информацию об анатомии, гистологии и физиологии кожи. Методы обследования пациентов с кожными заболеваниями и ИППП, информация о патоморфологии кожи, морфологических элементах и клинической диагностике дерматозов, общее лечение состоит из обучения.</p> <p>Предоставить студентам знания об эндогенных и экзогенных факторах возникновения и развития дерматозоонозов и пиодермии, классифицировать заболевания, диагностировать их и обследовать пациентов, дать понимание местного и общего лечения маленьких детей, симптомов, описания локального статуса, дать знания о первичных и вторичных морфологических элементах чесотки и пиодермии.</p> <p>Образовательные: Студенты на реальных примерах стремятся улучшить здоровье населения, внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, привить им любовь к избранной профессии.</p> <p>Разработчик: На основе новой литературы в объяснении темы, с помощью научно обоснованных данных для достижения развития студентов как современных сотрудников.</p>
Методы обучения	интерактивный метод
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронные учебники, компьютеры, проекторы, мультимедийные инструменты, ТВ-ролики, баннеры
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе. Устный контроль: вопрос-ответ, тест, решение задач.

1.2. Общие клинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Технологическая карта практических занятий дерматозоонозами.

Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль чистоты слуха 2. Проверка готовности учеников к урокам. 3. Контроль посещаемости 	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка образовательного контента по теме 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук. 	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Определение уровня базовых знаний по теме «Дерматозоонозы» устный вопрос, тест, вопрос. 2. Тематический анализ интерактивного метода «ротации». 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 	<p>Они разделены на небольшие группы. Они смотрят</p> <p>Они участвуют</p> <p>Они слушают и отвечают на вопросы.</p> <p>Они смотрят и</p>

	6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	они пишут.
Основная сцена	1. «Общеклинические признаки и патоморфология дерматозов. Пиодермия. Устный вопрос, тест, выпуск по теме «Дерматозоозы». 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Тематический анализ интерактивной методики «Путешествие по галерее». 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и они пишут.
Заключительный этап	1. Финалист заключает 2. Обеспечивает самостоятельную работу: Сравнительная диагностика паразитарных и гнойных заболеваний кожи. Инновации в современной диагностике и лечении. 3. Дает домашнее задание: Кожные и грибковые инфекции.	Он слушает Делает заметки Делает заметки
Джами		

Заявление о теме

Гнойные заболевания кожных покровов

Гнойные кожные заболевания или пиодермия (от слова ruon - гной, dermis - кожа) - одни из самых распространенных заболеваний. Большинство гнойных кожных заболеваний являются хроническими, рецидивирующими и требуют длительного лечения, а иногда люди могут терять трудоспособность или быть временно нетрудоспособными. По данным профессора У.А. Намелин (1980), за последние 15 лет снижение работоспособности больных пиодермией увеличилось с 6,8% до 9,4%, а такие заболевания, как фурункулы, карбункулы и гидроденит, стали более распространенными. каждый год .` р приводил к потере рабочих дней. Поэтому профилактика этих заболеваний остается актуальной.

Пиодерматит также играет важную роль в детской дерматологии. Среди всех дерматозов он составляет 25-60%. Пиодерматит может быть первичным или осложнением любого другого кожного заболевания.

Этиология: стафилококки и стрептококки, вызывающие гной на коже, иногда вызываются некоторыми микроорганизмами - пневмококками, синим гноем, кишечной палочкой и другими. Иногда могут сосуществовать несколько микроорганизмов. Постоянное присутствие стафилококков и стрептококков (в доме, одежде, коже, слизистых оболочках) в природе приводит к частому возникновению пиодермии. 20-75% всех обследованных были бактерионосителями. Незнание или нарушение правил санитарии и гигиены, плохие условия проживания и труда допускают распространение гнойных кожных заболеваний.

В здоровой коже человека всегда присутствуют непатогенные (сапрофитные) микроорганизмы, которые поступают из внешней среды и оседают в волосяных фолликулах и сальных железах. Их называют переходящими микроорганизмами. При этом в коже есть постоянные (резидентные) микроорганизмы. Распределение микроорганизмов в коже неравномерно, они даже различаются в зависимости от сезона, возраста и пола. Патогенные микробы, такие как стафилококки и стрептококки, особенно распространены в коже пациентов с гнойными кожными заболеваниями.

Патогенез: Патогенность и вирулентность микроорганизмов важны в развитии гнойных кожных заболеваний, но для их развития в коже необходимы определенные условия. Это связано с

экзогенными и эндогенными факторами, которые ослабляют защитную функцию кожи и сопротивляемость организма пиококкам.

Экзогенные причины:

13. Кожа и небольшие синяки (микротравмы) - царапины, порезы, синяки, ссадины и т. Д.
14. Чрезмерное загрязнение кожи, несоблюдение простых правил гигиены
15. Холодное или горячее взбивание, охлаждение.
16. Профессиональные факторы (работа с углем, цементом, известью, почвой и нефтепродуктами)
17. Неправильная одежда маленьких детей (одежда из искусственных волокон, плотная пленка)
18. Изменения кожной среды (рН).

Эндогенные причины

1. Нарушения углеводного обмена (гипергликемия), недостаточность гипофиза и щитовидной железы.
2. Функциональные расстройства нервной системы (неврозы).
3. Нарушения усвоения белка организмом (гипопротеинемия).
4. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (печень, желудочно-кишечные заболевания).
5. Гиповитаминоз (особенно А и С)
6. Наследственные факторы
7. Нарушения иммунного механизма организма и др.

Вышеупомянутые экзогенные и эндогенные причины могут вызывать заболевание вместе. Обычно эти факторы имеют комплексное действие. Поэтому специалист должен внимательно осмотреть пациента, выявить причины, указанные выше, и применить соответствующее лечение. При развитии гнойных кожных заболеваний у детей важно, чтобы нормальная физиологическая сопротивляемость кожи еще полностью не сформировалась. Когда ребенок рождается, в его коже и слизистых оболочках обнаруживаются сапрофиты и патогенные микроорганизмы. Однако эти микроорганизмы не всегда вызывают заболевание. Возникновение заболевания зависит от количества погибших микроорганизмов, вирулентности, влажности кожи ребенка, окружающей среды (рН), коллоидно-осмотического состояния, иммунной системы и других. Патогенность возбудителя, особенно плазмакоагуляционные, гемолитические, токсигенные и пигментные свойства стафилококков, играют важную роль в формировании пиодермии и приводят к изменению некоторых биологических свойств стрептококков (антигенности, иммуногенности, вирулентности). Этот процесс вызывает патогенез непатогенных микроорганизмов (эпидермальные стафилококки) в коже и приводит к различным рецидивирующим гнойным заболеваниям кожи. Однако штаммы микроорганизмов, расщепляющих пенициллин (продуцирующие b-лактомазу,

Классификация: Гнойные заболевания кожи могут быть стафилококковыми, стрептококковыми и смешанными, в зависимости от этиологических факторов. В зависимости от локализации гнойные заболевания кожи делятся на острые и хронические: острые и хронические.

При стафилококковой пиодермии воспалительный процесс возникает в большинстве кожных тканей, волосяных фолликулах, сальных и потовых железах. Главный морфологический элемент - материя. Форма у него коническая, а кожа толстая, чешуйчатая, с желтовато-зеленым гноем внутри. Из центра вещества торчат тонкие волосы.

Морфологические элементы пиодермии, вызванной стрептококками, в отличие от стафилококков, не связаны с фолликулами волос и сальных желез. Процесс воспаления длительный, форма вещества - уассия, экссудат в тонком слое (flicina) серозно-гнойный, имеет тенденцию к слипанию.

При пиодермии УО морфологические элементы присутствуют только в эпидермисе, поэтому после очищения они оставляют на своем месте лишь временный рубец. Однако при глубокой пиодермии воспаление распространяется даже на подкожную клетчатку, оставляя рубец или атрофический рубец.

Стафилококковая пиодермия (стафилодермия). Стафилококковые заболевания кожи включают остеофолликулы собак, сикоз, глубокие фолликулы собак, фурункул (парша),

карбункул (хуппоз), гидраденит. Остиофолликул собака при сикозе не оставляет рубца на коже, а остальные заканчивают рубцом, повреждая ткани.

Кожа маленьких детей имеет своеобразное строение, поэтому у них стафилодермия. Из-за чувствительности детской кожи к стафилококкам воспаление бывает быстрым и диффузным, иногда с серьезными последствиями. В основном они наблюдаются при стафилококковых заболеваниях, таких как везикулярный опустулез, летний псевдофурункул, чиллауара и эксфолиативный дерматит Риттера.

Остеофолликул это -Воспаление волосяных фолликулов полости рта, в основном вызванное стафилококками. Вначале на коже появляется фолликулоподобное вещество (пустула) конической формы. Из центра вещества торчат тонкие волосы (волосы). Область вокруг волосяного фолликула слегка воспалена и покраснела, покрыта розовато-красной непрозрачной коронкой. Остеофолликулярные собаки или стафилококковое импетиго могут занимать небольшой или обширный участок кожи. Через несколько дней вещества высыхают, и воспаление исчезает. Остеофолликул после собаки не оставляет шрамов, только слегка пигментированное пятно.

У остеофолликулярной собаки эти вещества не соединяются вместе, даже если они расположены группами. Иногда некоторые элементы могут быть похожи на горошины, в середине которых торчат тонкие волосы (перья). Это называется стафилококковым импетиго Бохарта.

Остеофолликулы у собак в основном вызваны экзогенными факторами, такими как трение, царапины и другие. Вещества появляются в основном в прижатых частях тела (коже шеи, запястий, ног и бедер).

В основном это наблюдается у детей после 2–3 лет, особенно у подростков 13–15 лет. Различают УО и глубокий фолликул собаки. Фолликул УО у собак обычно исчезает через 2–3 дня. После чистки от уары не осталось и следа.

Глубокий фолликул это -При раздражении глубокого слоя волосяного фолликула кожа становится красной, на коже появляется инфильтрат, который превращается в пепел, становится болезненным и не утолщается. Статя легальна. Волосы выделяются посередине. Через несколько дней вещество высыхает или образуется гной, а ткани некротизируются. Обычно болезнь проходит через 5–6 дней, и пятна остаются на ее месте.

Часто ограниченные глубокие фолликулы собак обнаруживаются в волосистой части головы, в области шеи и в области паха.

Сикоз -хроническое воспаление волосяных фолликулов. Стафилококковый или простой сикоз является хроническим и часто сопровождается волдырями. Встречается в основном у мужчин (от греческого слова sycosis - самогуджуми). Элементы сыпи состоят из остеофолликулов собаки и фолликулов собаки. Стафилококковый сикоз чаще всего встречается в области роста бороды и усов, в основном в области бровей, паха и седых волос, иногда на коже черепа, шеи, а также вокруг гениталий, волосистой части головы, бедер, ног и тела покрыты волосы. также могут возникать в определенных областях.

Вначале вокруг шерсти появляются мелкие вещества (остеофолликул собачий), их основание инфильтрируется, шерсть выступает из середины, немного болит. Область вокруг волос покрыта нечетким красным джиуаком. У собак фолликул образует группу пустул между собой. Через 2–3 дня налитый гной покрывается секретарским гнойником, затем гнойник отпадает. На его месте появляются гнойные вещества.

При диффузном сикозе у пациента развиваются очаги воспаления, которые вызывают неприятный запах. Если укусить часть пораженного участка, вокруг него может появиться сыпь. Заболевание длится месяцами, иногда годами. При этом кожа пациента стягивается и болит. Психическое состояние пациента меняется, особенно когда присутствует пораженный участок, когда болезнь выздоравливает и проходит.

Стафилококковый сикоз возникает в результате заражения кожи, различных хронических инфекционных заболеваний носоглотки, а также нарушений работы желез внутренней секреции и нервной деятельности.

Диагностика простого или стафилококкового сикоза менее сложна, он сопоставим с гнойно-инфильтративной трихофитией и осложненной экземой (гнойной). В первом - патогенные грибы, во втором - истинный полиморфизм.

Острое гнойно-некротическое воспаление тканей вокруг волосяного фолликула. Чипкин - наиболее частое гнойное заболевание кожи, вызываемое стафилококками (стрелка и золото).

Патогенез: Также он может возникать на абсолютно здоровой коже или как осложнение глубокой стафилодермии. Повышенная секреция жира и пота на коже, авитаминоз, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), несоблюдение чистоты и личной гигиены, зуд и растирание кожи могут вызвать чесотку. Он обнаруживается в волосистой части кожи, чаще всего на шее, талии, бедрах, ягодицах, бедрах и других областях. Существуют разные виды чесотки: одиночная чесотка и рецидивирующая чесотка. чесотка, нарушение обмена веществ, гиповитаминоз.

Клиника: Есть три стадии развития чесотки: 1. инфильтрация, 2, гнойно-некроз, 3. клиренс.

Вначале в области волосяного фолликула имеется твердый инфильтрат инфильтрата в виде округлого конического узелка, слегка выступающего из кожи, болезненного, красного цвета; постепенно увеличивает n (первая стадия).

К 3-4 дню болезни размер струпа достигает 1-3 см (вторая стадия), в середине которого находится гнойничок с гнойно-некротическим ядром. Чипкан принимает форму канона. Он красновато-коричневого цвета и вибрирует. Некроз развивается в области пустулы посередине. В этот период подвижность пациента ограничена, препарат сохнет, повышается температура (37-38 С), появляются признаки интоксикации, сыпь болезненна, а затем разрывается самопроизвольно или вследствие какого-либо воздействия. Выделяет желтоватый, иногда кровянистый гной. Когда гной выходит наружу, внутренняя часть уретры становится глубокой, а под ней находится «ядро» гноя. При отделении некротического ядра резко уменьшаются инфильтративный отек и боль. Как только «ядро» UAgа выходит, его место покрывается шрамами (третий этап).

Чипкан может выходить из любой части тела, покрытой шерстью. Луоки n Чаще всего встречается на бедрах, шее, бедрах, ягодицах, талии. Это особенно опасно для верхней губы, потому что сгустки в этой области очень длинные, а инфекция может попасть в кровоток и вызвать серьезные осложнения, такие как сепсис и менингит. Самостоятельно выдавливать или раздавить курицу нельзя, иначе это может привести к плохим последствиям.

Ветрянку диагностировать несложно, в основном ее сравнивают с бешенством, гидраденитом и глубокой трихофитией.

Хуппоз, карбинкул, кук-уара - гнойно-некротические изъязвления глубоких слоев кожи и подлежащего жирового слоя. Это чаще встречается у взрослых. Гнойно-некротический процесс в абсцессе достигает дермы и даже гиподермы. Заболевание протекает очень тяжело и иногда может привести к серьезным последствиям.

Абсцесс или карбинкуль происходит от греческого слова «карбо», что означает «древесный уголь», потому что в результате гнойно-некротического процесса поражение приобретает цвет древесного угля.

Патогенез. Общее недомогание, часто голодание, нарушение обмена веществ (сахарный диабет), прием лекарств из-за других заболеваний могут привести к абсцессам.

Возбудитель - золотистый стафилококк. Наиболее часто встречается в области шеи, талии и ягодиц.

Клиника Сначала небольшой участок в глубоких слоях кожи и складках подкожно-жировой клетчатки утолщается и воспаляется, развиваются инфильтративные узелки. Узелки становятся все больше и больше, и вскоре участок становится круглым, кожа на нем стягивается и сморщивается, середина сначала становится сухой (отсюда и название «кук уара»), через 8-12 дней она становится белой, а затем маленькой » вокруг него появляются глаза »(первая стадия заболевания), потом из этого места разрываются. Поскольку гнойный процесс не распространяется, эродированная (гнилая) ткань становится прочной и опухшей. Иногда появляется красный гной. Когда гной выходит наружу, внутренняя часть уретры становится глубокой, а под ней находится гнойное образование - «ядро» уретры. Гной и некроз - вторая стадия абсцесса, длящаяся 2-3 недели. Позже уара становится шрамом.

Абсцессы обычно сопровождаются повышением температуры (39-40 С), потерей аппетита, ухудшением общего состояния, головной болью и ограничением подвижности. Абсцесс набухает и болит. Обычно абсцесс выходит один. Локально распространяется на ядро, когда болезнь тяжелая. У больного значительно повышается температура, кожа становится нежной. При этом могут воспаляться и лимфатические сосуды. Воспаляются как лимфатические узлы, так и железы, прикрепленные к мошонке. Кожа слегка припухла. Абсцесс во рту очень опасен, так как в этом случае процесс может перейти из рта по сосудам в мю и оставить различные осложнения.

Диагностировать абсцесс несложно, в основном его сравнивают с чесоткой и чесоткой.

Гидраденит -острое гнойное воспаление апокринных потовых желез; Золотистый стафилококк (обычно *hidros* означает пот, аденбез).

Патогенез Это вызвано попаданием стафилококков в апокринные протоки пота через волосяные фолликулы или лимфатические сосуды. Хронические заболевания, вызывающие иссушение препарата, снижение общей сопротивляемости организма, серого вещества, межклеточного пространства, чрезмерное потоотделение заднего прохода, стойкость пота (рН), особенно несоблюдение правил личной гигиены, способствуют развитию гидраденит. Гидраденит также может быть вызван порезами на коже после бритья, небольшими царапинами на теле и небольшими бугорками. Гидраденит чаще встречается у людей с сахарным диабетом и людей с нарушенной функцией гонад. Из анатомии кожи известно, что деятельность апокринных потовых желез начинается в зрелом возрасте (раньше, чем у девочек и мальчиков). Апокринные потовые железы чаще встречаются у женщин, следовательно, у них чаще встречается гидраденит. Активность этих желез увеличивается с возрастом, поэтому у пожилых людей гидраденит практически отсутствует.

Клиника Гидраденит возникает в сером веществе, где расположены большие потовые железы, больше в области заднего прохода и заднего выхода, а также на кончике женских молочных желез.

Заболевание начинается с появления 1-2 узелков, которые при надавливании на дерму или гиподерму кожи становятся серыми. Поверхность узелков становится красной и болезненной, становится немного меньше, узелки постепенно увеличиваются в размерах, становятся похожими на грецкие орехи и даже больше. Пораженный участок кожи становится красным и опухшим, и когда вы тянете, нажимаете или перемещаете заглавные буквы, появляется покалывание. Узлы срстаются, кожа немного провисает и покалывает. Имеется характерный для острого воспаления инфильтрат. Постепенно узелки разрываются и начинают выделяться желтовато-красный гной; некротические ядра не появляются при гидрадените.

Иногда инфильтрат распространяется твердо (как дерево), что напоминает флегмону. Такой гидраденит протекает очень тяжело, боли доставляют дискомфорт даже в спокойном состоянии. Только после разрыва узлов состояние больного несколько улучшается, спадает лихорадка, исчезают боли. Образовавшаяся глубокая уара заполняется грануляционной тканью, и рубец становится удлиненным. Гидраденит длится 15-20 дней. Однако у людей с диабетом, обильным потоотделением, слабостью, обезвоживанием и отсутствием гигиены болезнь может длиться месяцами. Определить диагноз заболевания специалисту не составит труда. Гидраденит следует сравнивать с фурункулами и коллиативным туберкулезом кожи. Гидраденит не имеет некротического ядра. Коллаборативный туберкулез кожи характеризуется хроническим персистируванием, поражением лимфатических узлов, перфорацией очагов и безболезненностью.

Везикулярный опустулез -является распространенным заболеванием среди младенцев и характеризуется переносом в организм веществ различного размера. Заболевание начинается с первых дней жизни. При этом на голове ребенка, на чешуйчатых участках тела и на конечностях конечностей появляются пустулы, окаймленные красновато-коричневой сыпью; пустулы могут быть одиночными, двойными или множественными.

Гистологические исследования показывают, что в полости рта эккринных потовых желез возникают воспалительные изменения.

Этиология, патогенез: Возникновение заболевания вызывается различными штаммами стафилококков. Чрезмерное потоотделение может привести к раздражению кожи, слабым или преждевременным родам, искусственному вскармливанию и развитию других заболеваний.

Везикулярный опустелиоз составляет 33% всей стафилодермии у детей. Абсцессы наблюдаются у 70% больных этим заболеванием (У.В. Скрипкин и др.).

При определении диагноза в основном сравнивают чесотку, осложненную пиодермией. В струпе располагаются везикулярные пустулы попарно, чаще всего у ребенка повреждаются ладони, пятки, ягодицы и живот, обнаруживается чесотка.

Таракские абсцессы или псевдофурункулы пальцев, часто встречающиеся у детей. Большинство случаев наблюдаются у младенцев в возрасте до одного года, вызванные инфекцией эккринных потовых желез (выводных трубок), на конце которых открывается в уретру. Возбудитель - золотистый стафилококк.

Патогенез Заболевание чаще всего встречается у недоношенных детей с ослабленной иммунной функцией. К появлению абсцессов приводят несоблюдение гигиены и неправильное питание ребенка, который сильно потеет, а также некоторые заболевания, попадающие в детский организм (энтерит, дистрофия, общая инфекция, анемия и др.).

Клиника Если заболевание сопровождается только воспалением протоков потовых желез, образуются гнойнички (периопорит). Пустулы размером с пшеницу, из которых выходит густой гной, образующий пустулы. При отваливании на коже не остается и следа. У большинства пациентов возникает гнойное поражение на пути потовых желез и их пучков (клубочков), в глубоком слое дермы появляются твердые, рассыпчато-красные узелки с четко разграниченной консистенцией; их размер становится похож на горошину, а затем на грецкий орех. В середине узелка кожа пораженного участка опухает, отекает при надавливании, а при разрыве вытекает кровь и смешанный гной; некротического ядра нет. По окончании болезни наблюдается рубцевание. У большинства пациентов бывает 1-2, иногда несколько узелков.

Абсцессы характеризуются слабостью, лихорадкой (38-39 С), утомляемостью и общей диспепсией. Заболевание особенно тяжело протекает в раннем детстве. Несмотря на своевременное лечение, заболевание рецидивирует каждые 10-30 дней у ослабленных детей, что приводит к серьезным осложнениям, таким как отит, коклюш, менингит, остеомиелит, парапроктит и сепсис (бактериемия). Собака или фурункулы сравнивают с летом. Известно, что фолликул собаки или фурункулы обнаруживаются в основном у взрослых людей летом, причем шерсть выступает из центра ее пустулы, а при ее разрыве возникает некротическое ядро. Папулонекротическая кожа также сравнивается с начальной стадией туберкулеза. Реакция Пирке была положительной у больных туберкулезом кожи.

Исход болезни во многом зависит от общего состояния ребенка, особенно у детей с дистрофией. Иногда сепсис может сочетаться с сепсисом, что приводит к смерти ребенка. Поэтому больного ребенка нужно лечить в стационаре.

Вспышки, по-видимому, обостряются в детстве и подростковом возрасте, когда пустулы быстро распространяются по всему телу. Заболевание в основном вызывается стафилококками, реже стрептококками.

Патогенез Более 40% пиококковых пемфигоидов начинаются в раннем младенчестве (3-6 дней младенчества). Происхождение заболевания зависит от прочности кожи малыша, чтобы противостоять различным неблагоприятным факторам (бактериальным, травматическим, токсикозам беременности и т. Д.).

эпидемиология Эпидемия везикулярной мочевины заразна, и ее основным источником является медицинский персонал или матери младенцев, инфицированных стафилококком. Также он может распространяться от грязных простыней, полотенец, нижнего белья (пациент падает от пупка малыша). Из-за того, что писсуары или медицинский персонал недостаточно чисты, чтобы соответствовать санитарным требованиям, болезнь может внезапно распространиться и перерасти в эпидемию в роддом. В этом случае детское отделение больницы немедленно закрывается и дезинфицируется, а весь персонал проходит медицинский осмотр.

Клиника Волдыри появляются на шее, пупке, коже ягодиц, а также на ягодицах и ногах, вдоль слегка покрасневших или неизмененных кожных складок. Размер пузырьков гороховидной

формы, плотной консистенции, жидкость внутри прозрачная или серозно-желтая, окружена фланцем. С появлением пузырьков состояние малыша меняется, возникает сильный дискомфорт, повышается температура. Волдыри быстро увеличиваются и сливаются, а серозная жидкость внутри становится мутной. Волдыри лопаются и разрушаются, оставляя остатки эпидермиса на периферии. Иногда воспаление может распространяться на слизистые оболочки рта, носа, глаз и других органов. Это чаще всего наблюдается у слабых, ослабленных, недоношенных детей (*pus autoinculcum uasiuasi*). При этом малыш очень расстраивается, кричит и плачет, температура поднимается до 38-40 С. Мать не кормит грудью, его рвет, иногда бывает понос. Если не принять никаких мер предосторожности, можно добавить средний отит, средний отит, жгутики и даже сепсис.

При легкой форме заболевания и оказании своевременной медицинской помощи жидкость, выходящая из мочевого пузыря, становится серовато-желтой гнойничком.

Диагностика Эпидемическую пузырчатку следует сравнивать с детской пузырчаткой и врожденным эпидермолизом.

При язвенной пузырчатке волдыри находятся на подошвах стоп и ступнях в области ягодич. Кроме того, для ранних врожденных поражений характерны частые простуды ребенка, диффузная инфильтрация Гоксзингера, наличие трепонемных образований в мочевом пузыре, самоповреждение, положительная реакция Вассермана.

Врожденный эпидермолиз происходит сразу после рождения и локализуется в основном в пораженных участках, таких как голова, плечи и конечности. Везикул один-два, и процесс воспаления менее заметен.

При дистрофическом типе врожденного эпидермолиза вместо волдырей наблюдается рубцовая атрофия. Большинство пузырьков обнаруживается на слизистой оболочке полости рта. При этом наблюдается дистрофия ногтей, волос и зубов у ребенка.

Экфолиативный дерматит щенков или экфолиативный дерматит Риттера - самый тяжелый тип стафилодермии, распространенный среди щенков. Многие специалисты относят это инфекционное заболевание к самостоятельной нозологической форме в зависимости от клинического течения и уровня заражения.

В настоящее время установлено, что возбудителем экфолиативного дерматита является золотистый стафилококк. Происхождение заболевания практически идентично эпидемической пузырчатке.

Клиника Сначала клиническая картина заболевания очень похожа на эпидемическую пузырчатку, но затем картина полностью меняется. Заболевание начинается на первой неделе жизни малыша. Вначале появляется сыпь вокруг рта, в паху и в области задних складок. Сыпь состоит из плотных сферических пузырьков большого размера. Они быстро или незначительно разрываются и образуют широколистные влажные эрозии; остатки эпидермиса по периферии свисают лентой. На 8-12 дни болезни кожа малыша становится гиперемированной, эрозивной и даже симптом Никольского положительный. На вид кожа красновато-коричневая, как если бы сразу положить в кипяток, в очагах эрозии появляются трещинки.

Заболевание иногда начинается с буллезных высыпаний, за которыми следует эритродермия, чаще всего эритродермия возникает внезапно и через 2-3 дня покрывает всю кожу. В этом случае резко ухудшается общее состояние ребенка, температура не опускается ниже 40 С, сначала может наблюдаться токсико-септическое состояние, затем сепсис. Ребенок худеет, нарушается функция ЖКТ, повышается лейкоцитоз, ЭХТ, у слабых и ослабленных детей могут развиваться кандидоз, сифилис, пиелонефрит, флегмона, абсцесс, отит и гнойный конъюнктивит.

Заболевание протекает в легкой форме у младенцев старше нескольких месяцев. В последнее время наблюдается более легкая форма экфолиативного дерматита (абортивный). В этом случае гиперемия менее развита и прочность эпидермиса ослаблена. Эрозии не будут, только небольшое повреждение пола. Общее состояние куколок не сильно меняется.

Диагностика Необходимо обращать внимание на внезапное начало заболевания, ослабление эпидермиса, большие эродированные очаги. Пораженные очаги располагаются на определенных участках. Симптом Никольского положительный.

Вторичное размещение сравнивают с буллезным эпидермолизом, врожденными поражениями мочевого пузыря и десквамативной эритродермией Лейнера.

Десквамативная эритродермия Лейнера встречается у детей старшего возраста, поражения начинаются в аногенитальной области и кожных складках. Там же возникает эритематозно-эксфолиативная эритема. Затем сыпь распространяется на лицо и голову ребенка. На поверхности эродированной кожи воспаление менее остро, кожа монеты желтовато-маслянистая, напоминающая себорейную экзему. Изучив историю болезни, ее легко отличить от уровня Р.

Стрептококковая пиодермия (*streptodermia*). Патогенные стрептококки, в отличие от стафилококков, не поражают волосные фолликулы, сальные и потовые железы, которые являются основными причинами кожных заболеваний. *Streptodermia* чаще встречается у детей и женщин, потому что их кожа тонкая и пухлая. Первичный морфологический элемент - тонкий пузырек (фликтена). Мочевой пузырь практически не поднимается от поверхности кожи, набухает, набухает и трескается.

Стрептококковое импетиго, сатратки. Это самое распространенное гнойное заболевание у детей, и основным морфологическим элементом сыпи являются тонкие пузырьки.

Этиология и патогенез стрептококковое импетиго возникает в результате проникновения стрептококков в кожу. По мнению некоторых исследователей, стафилококки также иногда обнаруживаются в инфицированных очагах. Кожа у детей и женщин склонна к появлению синяков и истончению, поэтому заболевание протекает самостоятельно и на других открытых участках тела.

Целостность кожных покровов и слизистых оболочек имеет большое значение в возникновении заболевания. Зуд и зуд кожи, а также при рините и отите инфекция быстро развивается на коже из-за воздействия гноя из носа и серого вещества на эпидермис. Снижение иммунной резистентности, общее недомогание, желудочно-кишечные заболевания и гельминтозы играют важную роль в патогенезе заболевания. В частности, несоблюдение правил чистоты (загрязнение полотенец, постельного белья и кожи подушек) может привести к быстрому распространению стрептодермии.

Клиника Заболевание начинается внезапно, когда гнойная сыпь внезапно распространяется на кожу. На пораженной коже образуются волдыри (фликтены), которые изначально покрываются гиперемией. Везикулы разного размера, имеют тенденцию сливаться друг с другом и разрастаться к периферии. Иногда фликтены могут появиться и на неизменной коже. Через день-два жидкость внутри волдырей набухает, заполняется гноем; Гной быстро превращается в желтовато-черный струп. На участках, где опали черные корки, заметны красноватые слегка влажные эрозии. В норме фликтены располагаются отдельно друг от друга, но в результате распространения на периферию образуют кольцевое (сирсинарное) импетиго. Заболевание длится 3–4 недели. В конце концов, черная корка становится сильнее. Остается слегка пигментированное (временное) пятно. Иногда на коже появляется сыпь, которая распространяется на другие части тела. Дети, в частности, заражаются и распространяют инфекцию на здоровые участки кожи, эрозивные поражения опухают, эти участки воспаляются и слегка болезненны. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии. эродированные печи набухают, и эти участки воспаляются и немного болят. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии. эродированные печи набухают, и эти участки воспаляются и немного болят. Такие пациенты очень опасны для окружающих. Фликтены чаще всего встречаются во рту, в основном вокруг носа и рта, но также могут возникать по бокам тела, на лодыжках, коленях и в других местах. Как только болезнь излечится, в воспаленных очагах не останется рубцов и атрофии.

Существует несколько клинических типов стрептококкового импетиго. Буллезное (пузырчатое) импетиго, при котором больше поражаются серые пальцы ног, пятка и голень. Выходит большой щелчок. По периферии эрозии остается полый остаток, образующийся при ее разрыве.

Заеда губы Первоначально волдыри (фликтены) появляются в одном или обоих уголках губы. Они быстро трескаются, буреют и чернеют, бесследно отпадают. Эрозии возникают при еде, разговоре, а также когда уголки губ постоянно подвергаются воздействию кариеса и слюны. В центре Эрозиуа появляются глубокие трещины, которые его украшают. Во время разговора больной немного утомляется во время еды. Если разрез всегда влажный, пациент непроизвольно дотрагивается до языка, что ухудшает ситуацию, и разрез долго не очищается. Заболевание чаще встречается у людей, страдающих стойким слюноотделением, кариесом, ринитом, конъюнктивитом и гиповитаминозом (в основном при отсутствии витаминов группы В).

ПеркуSSIONное импетиго настолько заразно, что может передаваться при поцелуях пациента, использовании посуды, полотенец и т. Д.

При диагностике заболевания его сравнивают с кандидозом уголков губ и эродированными папулами при вторичном поражении.

Эритема-плоскоклеточное импетиго или простые темиратки

Для него характерно сухое течение при всех стрептококковых импетиго. У детей преимущественно на коже лица, щек и подбородка, а иногда и на коже стоп и щиколоток появляются круглые или овальные, слегка перхотистые струйки или красноватые пятна. Пятна особенно заметны у более смуглых детей. На солнце пятна становятся более заметными. Здоровая кожа вокруг него немного темнее.

Сухая стрептодермия, иногда сопровождающаяся эритематозно-плоскоклеточным импетиго. Чаще всего болезнь наблюдается у детей весной или на глазах. Они не жалуются на другие субъективные симптомы, кроме слабоумия.

УОза панарисий или турниол (хасмол). Острое воспаление тканей под ногтем и вокруг него. Один или несколько ногтей могут инфицироваться. Болеют в основном взрослые, иногда дети. Это вызвано попаданием гнойных микробов в мягкие ткани через невидимые чакковые участки пальца. Вокруг ногтя появляются гнойно-серозные образования. Везикулы сначала задерживают серозную жидкость, затем становятся мутными и гнойными, имеющими тенденцию распространяться на периферию. Фликтена размещается вокруг ногтевой полости, как козел. Травмированные пальцы опухают и болят. Процесс может быть хроническим и переходить с одного пальца на другой.

При разрыве фликтены возникает кольцевая эрозия. По краям эрозий отслаивается эпидермис, иногда отделяется ногтевая пластина. При повреждении ногтей нескольких пальцев у пациента повышается температура, немного ухудшается его общее состояние, увеличиваются лимфоузлы в зоне поражения.

При интертригинозной стрептодермии наиболее травматичными, морщинистыми участками являются обратная сторона серой стрелки, серое вертикальное дно, интерстициальное пространство, сыпь под грудью у женщин. Тучный, особенно экссудативный диатез из Тулы, заболевание стремительно распространяется среди детей раннего возраста с сахарным диабетом. Основным элементом сыпи является фликен размером с пшеничное зерно. Фликтены более выступающие, быстро сливаются друг с другом и образуют светло-розовые эрозийные очаги, которые становятся влажными. Основание эрозий растрескивается на полосы. Если больной обильно потеет, возникает резкая боль, а вокруг высыпаний появляются гнойничковые элементы. Заболевание хроническое с различными субъективными симптомами. При диагностике пациента интертригиноз в основном сравнивают с кандидозом.

Сифилитическая папулезная импетиго или папуло-эрозивная стрептодермия

Больше всего среди гудаков. Его еще называют хроническим дерматитом. Половые органы, ягодицы, бедра и бедра ребенка подвергаются разрыву фликтенов. Фликтенаны образуют инфильтрированные эрозии, которые обычно напоминают эродированные папулы в ране. В основном это вызвано несоблюдением чистоты (несоблюдение сроков смены нижнего белья и одежды) при уходе за ребенком.

При установлении диагноза в основном сравнивают эродированный папулез с очагом поражения; в ране не наблюдается острой язвы, кроме того, сыпь распространяется и на слизистую рта. Местные и дезинфицирующие препараты от папулоэрозивной стрептодермии быстро истощаются. Тем не менее серологическая реакция крови имеет решающее значение.

Вулгар эктима -глубокая форма стрептококкового импетиго. Микробиологическое исследование гнойных выделений УК выявило, что помимо стрептококков вульгарную эктиму вызывают смешанные микроорганизмы, в том числе золотистый стафилококк. Несоблюдение правил санитарии и гигиены, похудание, авитаминоз (гипоавитаминоз), снижение общей сопротивляемости организма, нарушение обмена веществ и местного кровообращения, лимфатического кровообращения и образование уретры малых размеров вызывают появление серого вещества. У детей вульгарная эктима развивается после инфекционных заболеваний, таких как корь, паротит, краснуха.

Клиника Эктима возникает в основном в области бедра, бедра, ягодиц или поясницы. Фликтены, пустулы различного размера, а также ограниченные и болезненные инфильтраты (при эктимае пузыри располагаются у основания эпидермиса). Пустулы от 1-2 до 10-15, в которых есть смесь гноя или кровяного гноя. Вокруг мочевого пузыря образовалась инфильтратная опухоль красновато-пурпурного цвета. Вскоре пустулы засыхают и превращаются в плотные черные струнья, один поверх другого. После того, как черная струнья отпала, открывается глубокая и болезненная язвочка с гноем на ее дне; Через 2–3 недели рубцы исчезают, оставляя длинный или глубокий рубец.

Диагноз Вульгарную эктиму следует клинически дифференцировать от импетиго, чесотки, травматической эктимы и коллиативного туберкулеза кожи. При импетиго пустула отсутствует; Эктима основана на наличии пузырьков, за исключением того, что некротическое ядро не образуется, как при чесотке. В очаге поражения зона эрозии и основание инфильтрата твердые, серологические тесты дают положительный результат. Расположение и внешний вид высыпаний при коллиативном туберкулезе кожи своеобразны, туберкулезная проба положительная.

Иногда у слабых людей, особенно у тех, кто пристрастился к алкоголю, а также у тех, кто занимается тяжелой физической активностью, может развиваться форма вульгарной эктимы, глубокого скопления или гангрены. Такая же ситуация наблюдается у слабых и ослабленных младенцев. Роль вторичной инфекции (оспа или кишечная палочка) в возникновении болезни велика, в настоящее время доступность различных препаратов позволяет полностью избавиться от болезни.

Смешанная стафилококковая пиодермия. Эти заболевания вызываются стафилококками и стрептококками. Такие пиодермии включают вульгарное или смешанное импетиго и атипичную глубокую пиодермию (мочевая и вегетативная пиодермия, пиодермия шанкровидной формы и пиогенная гранулема-бактериомикома).

В происхождении вульгарное или смешанное импетиго имеет большое патогенетическое значение у пациентов с уже существующими, а также вторичными заболеваниями оспы. Небольшие неровности на коже, царапины, грязные неровности, постоянная отечность уголков губ - важные факторы развития смешанного импетиго. Болеют все больше детей, подростков и молодых женщин.

Клиника Вспышки, по-видимому, обостряются во время вульгарного импетиго, обычно во рту, уголках рта и глаз, а иногда распространяются на кожу всего тела и на ступни. Сначала стрептококковая фликтена возникает на слегка покрасневших и опухших участках. Затем они превращаются в гной под действием стафилококков; вскоре появляется гной и появляются желтовато-медные черные струнья. Учитывая уязвимость вульгарного импетиго, его также называют кантагиозным импетиго. При неправильном лечении или у слабых и ослабленных детей болезнь может длиться 1-2 месяца. При этом у больного наблюдается небольшое повышение температуры тела, снижение аппетита, увеличение лимфатических узлов. Обычно, если лечение проводится своевременно и правильно, через 1-1,5 недели черная струнья отпадает, временно заменяется, и пациент быстро выздоравливает.

Больше мужчин страдают хронической крапивницей и вегетативной пиодермией. Различные травмы, простудные заболевания, снижение сопротивляемости организма каким-либо

заболеваниям, гиповитаминозы, нарушения крово- и лимфообращения в некоторых областях играют роль в патогенезе заболевания. По мнению специалистов, в частности, ослабление восприимчивости микроорганизмов к пиококковой инфекции, тем самым снижая их вирулентность, приводит к длительному хранению инфекции на коже пациента. В частности, нарушение углеводного обмена у пациентов с хронической пиодермией мочевого пузыря приводит к продолжительным частым рецидивам и, в конечном итоге, к потере кокетельной способности.

Клиника Клинические проявления заболевания очень разнообразны, в основном в зависимости от вирулентности возбудителя (стафилококк или стафилококк - стрептококк). Иногда кишечная палочка может встречаться вместе.

Заболевание начинается с появления стрептококковой эритемы, фурункулов или специфических инфильтратов. Они быстро разрываются, некротизируются, образуются поврежденные очаги различной формы (овал, уумалок). Края интерстициальных очагов инфильтрированы, изогнуты, в них много серозного гноя, а внизу - зернистая ткань. По периферии основных очагов появляются пустулы, основания исходных инфильтратов соединяются между собой. Уретра под гнойничком расширяется в сторону, а пустула нихуат опускается, образуя широколистные открытые уары. Патологический процесс сначала распространяется на эпидермис, дерму, а затем и на гиподерму. Из-за болезни больной становится намного слабее, появляются симптомы бессонницы, анемии.

Иногда на ветвях широколиственных пчел начинают расти сочные, вегетативные наросты. В этом случае Vegetasiua может полностью заменить uara (хроническая uarali - вегетативная пиодермия). Часто возникают свищи в вегетативных тканях (вместо гнойничков и фолликулов у собак). Они могут быть связаны друг с другом, а могут и не быть, и всегда из них выходит смесь гноя или гноя с кровью. Вегетативная ткань красновато-коричневая и мягкая, выделяется на фоне здоровой кожи. Вокруг чешуек постоянно скапливается кровь и гной. Заболевание носит хронический характер и длится долго.

Во время регресса бляшки между мочеточниками отваливаются, вегетация прекращается, замерзает, гной не отделяется. UAs в конечном итоге образуют глубокий шрам.

Шрам похож на коллиативную кожную сыпь. Иногда патологический процесс заканчивается с одной стороны, а начинается с другой (серпигиноз или пиодермия).

Поражение обнаруживается на разных участках кожи, в основном на коже черепа, запястьях, плечах, ягодицах, ягодицах.

Гистопатология. Дистрофические изменения эпидермиса и гранулематозные изменения дермы сопровождаются хроническими новообразованиями, некрозами и абсцессами. В эпидермисе также наблюдается гиперкератоз, иногда паракератоз и микроабсцессы, в которых накапливаются гранулоциты. Периваскулярная уретра или диффузный инфильтрат в дерме достигает более глубоких слоев и даже гиподермы.

Диагностика Обращается внимание на клинические проявления и анамнез заболевания, а также сравнительно с коллиативным и водянистым туберкулезом кожи, глубоким микозом и бластомикозом, актиномикозом, споротрихозом и третичными поражениями.

Шанкрсимон пиодермия. Э. Гауффман (1934) в основном объясняет, что кожа инфицирована бактериальной инфекцией и имеет клинические признаки, похожие на раневой (твердый) шанкр. Образовавшаяся уара очень похожа на шанкр в ране, и даже зрелые специалисты неоднократно проводят серологические тесты крови пациента на наличие трепонемы.

В гное, полученном для бактериологического исследования при язвенной пиодермии, обнаруживаются стафилококки, а иногда и стрептококки.

Несоблюдение правил личной гигиены, различные аномалии на кончике полового члена, фимоз и другие факторы могут повлиять на кожу и вызвать эрозии или высыпания. Shanksrsimon ruodermtiua может наблюдаться как у взрослых, так и у детей раннего возраста, независимо от пола.

Клиника Заболевание начинается с появления одного или нескольких овальных яичников на половых органах (головка полового члена, большие и малые половые губы, большие половые губы и т. Д.), Во рту, вокруг губ и на языке. Обычно сначала появляется волдырь, потом он

размывается, основание слегка инфильтрируется и превращается в круг. У большинства пациентов сфинктер пищевода может быть покрыт геморрагической пустулой красновато-розового цвета с небольшим количеством гноя. Лимфатические узлы в уретре увеличиваются (1-2 см), что обычно безболезненно. Чаще всего болезнь начинает проходить через 2-3 недели, а иногда может длиться несколько месяцев. Поврежденная печень остается без следов и рубцов.

Диагностика В основном это сравнивают с твердым шанкром в ране. Серологический анализ крови, история болезни и обнаружение трепонем в моче позволяют поставить точный диагноз заболевания.

Пиоаллергиды. Это состояние повышенной чувствительности кожи пациента к коккам, характеризующееся множеством специфических аллергических высыпаний. По мнению специалистов, как при туберкулезе кожи, грибковых заболеваниях кожи, продукты распада микроорганизмов гематогенным путем распространяются из пораженных очагов по всему организму, проявляя аллергическое состояние в виде гиперчувствительности.

Пиоаллергидность начинается внезапно и сопровождается эритематозными пятнами перхоти, папуловезикулами и перегрузкой веществами. Обычно сыпь симметрично распространяется на кожу тела и конечностей; даже волдыри с твердой кожей и волдыри могут образовываться на пепле и подошвах ног. В это время у пациентов появляется лихорадка, головная боль, тошнота и сухость препарата. Сыпь может распространяться и занимать лишь небольшой участок кожи. Через 10–15 дней сыпь начинает уменьшаться и регрессировать.

Лечение гнойных заболеваний кожи

Лечение гнойных заболеваний кожи проводится комплексно. Он состоит из этиотропной и патогенетической терапии, в основном проводимой в сочетании с озолением лекарств, повышающих иммунную резистентность организма пациента. Учитывая тот факт, что деятельность нервных, эндокринных, внутренних органов и систем у большинства пациентов скрыта, комплексное лечение должно быть направлено не только на этиологические факторы, но и на восстановление функции всего организма.

Перед тем, как назначить комплексный курс лечения, пациент проходит тщательное клиническое обследование. При этом члены его семьи проходят медицинское обследование, так как среди них может быть источник инфекции.

Общее лечение Антибиотики, сульфаниламиды, а также специфические и неспецифические иммунобиологические методы лечения и физиотерапевтические методы лечения используются при сикозе, глубоких фолликулах у собак, чесотке, абсцессах, везикулярном опустулезе, множественных абсцессах кожи, детском ознобе и эксфолиативном дерматите Риттера.

Лечение антибиотиками Антибиотики очень эффективны при лечении гнойных заболеваний кожи (особенно при хронических формах). При использовании антибиотиков необходимо обращать внимание на их антибактериальный эффект.

Препараты пенициллиновой группы. Перед их назначением определяется чувствительность организма пациента к этой группе препаратов. Водорастворимый пенициллин (калиевая или натриевая соль) вводят внутримышечно каждые 4 часа с 300000-500000 ТВ. В любом случае внимание уделяется диагностике заболевания, его течению, общему состоянию пациента и массе тела.

Метициллин натрия - синтетическое производное пенициллина, малотоксично, не обладает кумулятивными свойствами, от 1,0 г до 4 таблеток в сутки.

Оксациллин натрия особенно хорошо действует на стафилококки. В состоянии алкогольного опьянения не теряет активности в кислой среде желудка. За час до еды принимать по 0,25-0,5 г 4 раза в день.

Натриевая соль диклоксациллина - фермент пенициллиназа очень эффективно действует на микроорганизмы, от 0,5 г до 4 раз в сутки, курс лечения для взрослых составляет 2,0 г, но может встречаться при заболеваниях желудочно-кишечного тракта это не так.

Ампициллин более эффективен при смешанной и хронической пиодермии, это антибиотик широкого спектра действия, его назначают в виде таблеток по 0,25 и 0,5 г или внутримышечно по 0,5 г 2-3 раза в день.

Диабетическая соль карбенсиллина применяется при стрептококковой пиодермии. Взрослым назначают внутримышечно от 4 до 8 г в сутки.

Тетрациклины. Тетрациклин и гидрохлорид тетрациклина - антибиотики широкого спектра действия, которые хорошо действуют. Для питья назначают по 0,2-0,25 г 3-4 раза в сутки. Не рекомендуется детям до 8 лет (образует нерастворимый комплекс с кальцием и может накапливаться в костях).

Метациклина гидрохлорид - синтетический продукт тетрациклина. 2 раза в день, суточная доза для взрослых - 0,6 г. Не рекомендуется при заболеваниях печени и почек, а также детям до 8 лет.

Доксициллина гидрохлорид - (вибрамицин) - синтетический продукт окситетрациклина, который более активен в отношении стафилококков и стрептококков, лучше всасывается при приеме внутрь и хранится в крови дольше, чем другие тетрациклины. 0,2 г в первый день, 0,1 г в последующие дни. Дэн пьян с молоком или катиком.

Другая группа антибиотиков. Гентамицина сульфат более эффективен при лечении тяжелой пиодермии. В частности, не было выявлено ни одной смешанной инфекции или патогена; Рекомендуется к применению при гнойных заболеваниях, вводится по 1-2 мл 2-3 раза в день внутримышечно. Тобромицин менее аутонейротоксичен, чем гентамицин, принимаемый 2-3 раза в день из расчета 2-5 мг на килограмм веса тела. Сисомицин сульфат более активен, чем гентомицин, и выпускается в виде 5% раствора (50 мг / мл), который вводят по 1-2 мл внутримышечно 2 раза в сутки. Для монотерапии используется эритромицин с пенициллинами, можно принимать по 0,1-0,25 г 4-6 раз в сутки.

Цефалоспорины (цефалоридин, цефалексин, цефализин, кефзол) оказывают сильное действие на метазиллинрезистентные стафилококки и смешанные инфекции. Цефалоридин 0,5 г назначают 2-3 раза в сутки или цефазолин 0,25-0,5-1,0-2,0 г каждые 8 часов.

Антибактериальный эффект линкомицина гидрохлорида также довольно обширен, особенно когда другие антибиотики не действуют должным образом. Принимается по 0,5 г 2-3 раза в день или внутримышечно вводится 1-2 мл 30% раствора. Фозидин - натрий оказывает длительное действие на кровь после питья. Поэтому рекомендуется для амбулаторных больных. Фозидин - 0,5 г натрия на 3 столовые ложки молока.

Как правило, продолжительность приема антибактериальных препаратов не должна превышать 2-3 недель. Антибиотики предотвращают инфильтрацию инфильтрированных тканей, в результате чего образуются большие рубцы. Однако при хронических тяжелых процессах необходимо назначать 1-1,5 месяца; Кандидоз, дисбактериоз, рецидивирующая нейтропения, иногда смена лекарств для предотвращения аллергических реакций.

Комбинация нескольких антибиотиков, особенно при хронической пиодермии, была доказана многими экспертами как эффективная (АМВukhorovich, 1984, RSTopuriua, 1984). Например, эритромицин - тетрациклин; олендомицин-тетрациклин; ампициллин-оксациллин; мономицин-эритромицин, линкомицин гидрат-сепорин и другие.

Сульфаниламидные препараты также могут использоваться для этиотропного лечения пиодермии. Они могут не работать так же хорошо, как антибиотики, особенно при хронической пиодермии. Однако, поскольку некоторые пациенты не могут дождаться приема антибиотиков, рекомендуется заменить их сульфаниламидами.

Сульфамонеметацин (дифадин) - менее токсичный препарат, обладающий более широким спектром действия. Обладает сильным действием на стафилококки, стрептококки и грамотрицательные бактерии. В первые дни назначают пить по 0,5 - 1 г 2 раза в день, в остальные 7-10 дней - 1 раз в день. Таким же образом используются сульфадиметоксин и сульфален.

При лечении грамположительной и грамотрицательной микробной пиодермии, очень устойчивой к сульфаниламидным препаратам, бактрим (содержащий сульфаметаксазол - 0,4 г и триметоприм - 0,08 г) имеет довольно серый цвет.

Профилактика гнойных заболеваний кожи

Гнойные кожные заболевания являются критерием определения уровня материального благополучия и культурной санитарии населения. Там, где этот показатель низкий, резко развивается пиодермия. Профилактика пиодермии имеет большое значение в масштабах всей

страны, так как эти заболевания занимают первое место среди всех кожных заболеваний и приводят к временной потере кожной способности пациентов.

При профилактике гнойных заболеваний кожи необходимо придерживаться общих правил и предписаний, быть постоянно увязанными с мерами санитарных приемов в освоении практических работ, таких как санитария, лечение и профилактика.

Б.И.Лин (1977) предложил проводить работы по профилактике пиодермии на предприятиях в три этапа: 1. Подготовка к работе, а также соблюдение правил личной гигиены, регламента рабочего места, обеззараживание мелких пор на коже, облучение. на открытые участки кожи нанесение химических паст, контроль спецодежды (коржома); 2. Вытирайте легкие травмы во время работы соответствующими лекарствами, постоянно поддерживайте рабочее место в чистоте и порядке; 3. Обустройство рабочего места и спецодежды после работы, бережное очищение загрязненного участка кожи и т. Д.

В частности, необходимо выявить предрасположенность к гнойным заболеваниям кожи, изучить и своевременно устранить влияющие на них профессиональные факторы. Перед приемом на работу людям необходимо пройти специальное медицинское обследование. Угольные шахты, нефтеперерабатывающие заводы, металлургия, машиностроение и химические заводы - это специальные санатории для пациентов с некоторыми хроническими дерматозами (нейродермит, экзема, столбняк, тяжелая себорея, гипергидроз, ихтиоз и т. Д.). Необходимо следить за тем, чтобы они работали должным образом. .

Санитарные бригады должны следить за тем, чтобы рабочие места рабочих содержались в чистоте и были обеспечены специальной одеждой и оборудованием. Особенно подвержены пиодермии горняки, работники горячих цехов, металлурги, мукомолы и стеклодувы. Поэтому их одежду следует стирать и дезинфицировать каждые 10 дней, а чистую одежду следует хранить в их индивидуальных шкафах.

Учитывая, что микротравмы являются основной причиной обострения пиодермии, необходимо немедленно нанести дезинфицирующие растворы (2,0% алмазная смывка или 2-5% йода) на участки кожи, куда жираф проникает, царапины, царапины и трещины.

По возможности рекомендуется распылить раствор Новикоза, клей БФ-6 или аэрозоли («Неотизол», «Лифозол») на пораженные участки кожи.

Вакцинация очень важна для здоровья рабочих. В последние годы очень эффективна массовая вакцинация стафилококковым анатоксином. Стафилококковый анатоксин вводят 2 раза с интервалом 30-45 дней. Чтобы сохранить кожную среду (рН), рабочие Химического завода должны использовать в своих ваннах 0,5% водородную соляную кислоту.

Поскольку маленькие дети более подвержены пиодермии, пациентам не разрешается контактировать со здоровыми детьми; Дети с пиодермией изолированы и временно лишены возможности посещать детские сады, школы, интернаты и другие общественные места до тех пор, пока они не выздоровеют. Сотрудники, которые регулярно работают с детьми, должны всегда проходить профилактический осмотр.

Если в роддоме есть малыши с пиодермией, их сразу отделяют от здоровых малышей. Персонал родильного дома, а также все матери проходят тщательное обследование и принимаются соответствующие лечебные меры.

Дети с гнойными кожными заболеваниями не должны подвергаться чрезмерному нагреванию и износу, а также содержать их в чистоте, содержать кожу в чистоте, как можно чаще купаться, часто менять нижнее белье. Их одежду, полотенца и даже игрушки кипятят в газированной воде, дезинфицируют и хранят отдельно. Дети, заболевшие пиодермией, принимаются под наблюдение диспансера и поступают в детское учреждение только после полного выздоровления. Поэтому для предотвращения пиодермии необходимо предпринять следующие шаги:

1. Общие факторы: регулярный медицинский осмотр рабочих и служащих, санитарно-просветительская работа, устранение факторов, вызывающих пиодермию, своевременное выявление больных и обеспечение им необходимых условий, создание специальных санаториев и баз отдыха.

2. Индивидуальные факторы: бодибилдинг, стрельба на открытом воздухе, использование солнечного света, протирание небольших ранок йодом, анилиновыми красителями, поддержание чистоты кожи, использование специальных инструментов при работе и т. Д.

Паразитарные заболевания кожи

Чесотка является заразным заболеванием человека и животных, заболевание вызывается каналами чесотки *Sarcoptes scabiei*. Для холеры характерно сильное сморщивание кожи человека, особенно в ночное время. Это заболевание издавна известно человечеству как «Кичима». Около четырех тысяч лет назад чесотка была известна в Китае, Древнем Египте, Вавилоне и Ассирии. В Риме чесотку Села называли «скоби», которая до сих пор используется в медицинской практике. Абу Али ибн Сина в своей книге «Законы медицины» дал информацию о чесотке среди других болезней. Ряд ученых (Авензоара, Гильдегорд, 12 век, Гейл, 1812) писали, что в коже больного чесоткой есть небольшие живые паразиты.

В 1834 году корсиканский студент Ринуччи с уверенностью доказал, что чесотка заразна и может быть вызвана клещами. С этого периода против него были разработаны лечебные и профилактические меры.

Этиология и патогенез. Возбудитель чесотки похож на черепаху. Самка немного крупнее самца. Тело зубчато-яйцевидное, закрученное, покрытое треугольными монетами, ротовой аппарат пыльный, приспособленный к грызению. С помощью такого передового орального аппарата они пронзают кожу хозяина и питаются тканями, кровью, лимфой и другими жидкостями. У него короткие ноги, которые разделены на две пары суставов спереди и сзади. Самка клеща проникает в глубокие слои эпидермиса и открывает различные пути, где откладывает яйца: самец погибает. Движение женских каналов быстрое, за день образуются изогнутые ямки от 0,5 до 5 мм. Каналы развиваются и достигают половой зрелости через 3-7 недель. Подсчитано, что 130-150 миллионов клещей появляются из одной яйцеклетки самки за 3 месяца. Это одна из причин, почему солнце встает быстрее, чем человек спит.

Каналы обычно могут набухать вне тела человека на срок до недели. Возбудители передаются человеку от пациента или через его суставы. Также может возникнуть при лежании на одном месте, иногда во время полового акта. Поэтому чесотка входит в список заболеваний, передающихся половым путем.

Инкубационный период болезни длится от 7-10 дней до 20-30 дней.

Клиника. Кожа головы, которая попадает на кожу человека, немедленно проникает в кожу и продолжает прокалывать эпидермис, образуя полые пути. В этих местах появляются маленькие пузырьки. Главный симптом заболевания - сморщивание кожных покровов. Часто начало вырытой клещом ямы, куда он попадает, остается открытым, где появляются пузырьки с серозной жидкостью размером 1-2 мм. Узловатые и везикулярные мелкие высыпания имеют тенденцию располагаться по 1 линии, в результате чего остаются точечные темные дорожки. Сыпь распространяется на складки между пальцами, на сторону ладони, а затем на все тело (у мужчин - на гениталии, у женщин - вокруг молочной железы). Иногда на внешней стороне серых локтей можно обнаружить небольшие чешуйчатые черные струпья и монеты (симптом Горчакова - Арди). В результате зуда у пациента чесотка распространяется с одной части тела на другую. Сыпь резко сморщивается, и это состояние обостряется, особенно ночью и в жару. При осмотре кожи пациента через лупу можно увидеть начало пути канала, темные пунктирные линии (ямки), небольшие пузырьки, слегка выступающие из кожи, такие же пузырьки содержат каналы. Темные пятна - это верхние отверстия полостей, где самка клеща останавливается и откладывает яйца. В результате зуда изменяется нормальная структура кожных покровов, на коже можно наблюдать царапины, ссадины, черные струпья: Часто в результате инфицирования зудящих участков кожи в молодом возрасте гноем могут развиваться кожные заболевания: фолликулы собачьи, фурункулы, импетиго, эктима и др., Что затрудняет диагностику заболевания. Другие кожные заболевания - дерматит, эктима - могут возникать, если чесотка затягивается или пациент не лечится регулярно. Если заболевание осложняется таким образом, в крови пациента наблюдается эозенофилия.

Симптомы болезни у маленьких детей довольно разные. Чаще всего поражаются пятка, внутренняя часть ладони, тазобедренный сустав и ягодицы. Образующиеся волдыри могут быстро разорваться и усложнить процесс.

У людей, которые часто купаются, заболевание остается незамеченным. Сыпь или клещевой энцефалит менее заметны, но кожа пациента очень маленькая. Это состояние наблюдается и у плохо леченных пациентов. Однако при тщательном осмотре всей кожи пациента выявляются пара узелков и волдырей, волдыри, царапины и один или два канала.

Если заболевание передается половым путем, сыпь будет вокруг пупка и живота. Гениталии инфицируются, узелки и волдыри забиваются, и они склонны к образованию гноя. Иногда клиническая картина заболевания напоминает рану.

Гистология. Каналы располагаются в роговом слое кожи, самая глубокая часть ямок может достигать до шиповатого базального слоя. В эти же ямы помещают самку клеща и ее яйца. В роговом слое возникают межклеточные и клеточные опухоли, а за их счет - везикулы. На дерме появляется хронический инфильтрат, состоящий в основном из лимфоцитов. В этом случае инфильтраты располагаются на дне каналов.

Диагностика. Основное внимание уделяется жалобе пациента. Чесотку иногда путают с оспой. Потому что даже при этом заболевании кожа сильно сморщивается. Но болезнь длится годами, сморщивание кожи беспокоит пациента днем и ночью. Лимфатические узлы пациента увеличены, кожа желтоватая, узелки покрыты кровянистыми черными струпами и расположены в опухшей области серых стоп.

В то же время чесотку сравнивают с микробной экземой, настоящей экземой. Лаймовая чесотка характеризуется наличием узловых и везикулярных высыпаний попарно, наличием клещевого энцефалита, возникновением оспы в ночное время, заболеванием нескольких членов семьи одновременно, положительными симптомами Горчакова-Арди. Ит играет важную роль в отличии кожи от других заболеваний.

Часто на коже больных остаются пигментные пятна, следы элементов импетиго. Иногда на ягодицах пациента образуются высыпания, образуя «треугольный след» на ягодицах.

В частности, обнаруженные в лаборатории тромбы из высыпаний (волдырей) на коже пациента подтверждают правильность диагноза.

Лечение. При лечении чесотки используются препараты, которые укрепляют слизистую оболочку кожи, проникают в каналы и непосредственно убивают канал. Тем более что очень серая методика профессора М.П. Демуановича, при которой больной не пропускает свою основную работу, не пачкается одежда.

При этом методе лечения назначают два типа растворов лекарств: 60% тиосульфат натрия и 6% соляную кислоту. Пациент наливает в емкость раствор тиосульфата натрия № 1 и погружает в препарат обе ладони, растирая его от шеи до пятки в течение 2-5 минут и отдыхая 5-10 минут. За короткое время жидкая часть раствора 1 испаряется, а кристаллы тиосульфата остаются на теле пациента, и он стекает подобно порошку. Затем таким же образом наносится раствор соляной кислоты № 2, который заменяет одеяла урпа. Лечение повторяют по той же схеме в течение двух дней, а чихание разрешено в течение двух дней.

Мазь Вилькинсона также широко применяется при лечении чесотки, а в аптеках продается в готовом виде. Мазь Вилькинсона наносят на все тело, кроме головы и волосистой части головы, один раз в день в течение 5 дней, а на 6-й день больной хорошо моется, меняет одежду и постельное белье. Этот метод не следует использовать у пациентов с заболеванием почек, иначе он может проникнуть через кожу и привести к серьезным осложнениям. Для маленьких детей мазь Вилькинсона используется в равных пропорциях с цинковой пастой.

Мазь с содержанием серы 20-33%, детская 5-10% применяют 5-6 дней в том же порядке, что и выше. Однако мази иногда могут поражать кожу и вызывать дерматит, а также запах золы и пятен на одежде и постельном белье.

Перед применением препарата против парши следует тщательно промыть пациента, так как каналы в коже кожи отваливаются механически. Купание не рекомендуется, если выпадают вторичные микробы и процесс переходит в гнойный или экзему. При этом купание во время лечения не происходит. Применяют противопаразитарные вещества, особенно на пораженные

участки, с осторожным нанесением на гнойные, импетигоидные участки. Он также используется для лечения вторичных пиококковых инфекций. Бензилбензоат очень полезен при лечении чесотки. Для взрослых детей раннего возраста применяют 20% -ный раствор мыльно-водного бензилбензоата, который сохраняет свою силу до 7 дней после приготовления.

Этот препарат вводят 2 раза в сутки в течение 3 дней с 10-минутным перерывом. Затем пациент меняет одежду и одежду.

Для лечения также можно использовать 5% эмульсию К-мыла. Рекомендуется применять в течение 5 дней: если не очищает, повторить процедуру через 3-5 дней. При осложнении заболевания аллергическим дерматитом, помимо противопаразитарных препаратов, в зависимости от обстоятельств назначают десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. При пиококковой инфекции чесоткой назначают антибиотики сульфаниламиды, сера-дегтуар, бордегтуар, оксикорт, мази тридерм и анилиновые красители, 2% -ный салицил.

Профилактика и профилактика заболеваний. При обнаружении заболевания заполняется специальное уведомление и доводится до соответствующих мест. Те, кто контактирует с больным, члены семьи тщательно обследуются. Больной ребенок не пойдет к здоровому (детский сад, школа) до тех пор, пока полностью не выздоровеет.

Нижнее белье, верхнюю одежду, посуду и детские игрушки пациента необходимо продезинфицировать. (ДДТ, мыло «К»). Дезинфекция проводится в специальных влажных камерах. Если его нет, необходимо прокипятить и погладить одежду. Разложите семена на солнце и переворачивайте муку несколько раз в день (4-5 дней). При обострении чесотки открываются специальные скопозории для лечения больных, проводится разъяснительная работа по чесотке среди населения.

Основные вопросы темы:

- 10) Анатомия и гистология кожи и слизистых оболочек.
- 11) Методы обследования больных с кожными и генитальными заболеваниями.
- 12) Эндогенные и экзогенные факторы развития дерматозов.
- 13) Патоморфологические изменения кожных покровов.
- 14) Субъективные симптомы кожных заболеваний.
- 15) Объективные симптомы кожных заболеваний.
- 16) Опишите основные морфологические элементы.
- 17) Опишите вторичные морфологические элементы.
- 18) Общие принципы лечения кожных заболеваний.
- 10) Принципы местного лечения кожных заболеваний.

Основные вопросы темы:

- 12) Опишите пиодермию. Классификация гнойных заболеваний кожи.
- 13) Охарактеризуйте стафилококковую пиодермию. Классификация стафилококковой пиодермии.
- 14) Фурункул, карбункул, клиника гидраденита, принципы лечения. Остеофолликулит, фолликулит, клиника сикоза, принципы лечения. Клиника гнойных заболеваний легких, диагностика, лечение.
- 15) Охарактеризуйте стрептококковую пиодермию. Классификация стрептококковой пиодермии.
- 16) Принцип лечения клиники стрептококкового импетиго. Клиника глубокой стрептококковой пиодермии, лечение.
- 17) Клиника, диагностика, лечение смешанной стрепто-стафилококковой пиодермии.
- 18) Причины, виды, клиника, диагностика, принципы лечения.
- 19) Причины, виды, клиника, диагностика, принципы лечения алопеции.
- 20) Меры по профилактике гнойных заболеваний кожных покровов.
- 21) Этиология, эпидемиология, патогенез чесотки.
- 22) Клиника чесотки, лечение, профилактика.

Интерактивные методы, используемые на уроке

Выражение идеи методом ротасиуа

Цель: Повысьте уровень участия всех учеников в группе, позвольте им учиться друг у друга.

Основные принципы:

Этот метод основан на анализе темы индивидуально с небольшими группами и с целыми группами, при этом каждая подгруппа анализирует три задачи в течение 30 минут, а следующие 15 минут анализируют их все вместе. Для одитора будет повешено несколько заданий. Каждая небольшая группа (2–3 человека) обсуждает в течение 19 минут и записывает ответы на свои варианты, затем переходит к другому заданию и так далее. Каждая группа получает свой цветной фломастер. 1-я группа - синий, 2-я группа - черная, 3-я группа - зеленая. Каждый лист бумаги должен быть помечен тремя маркерами. Через 10 минут задания выполняются поочередно. Группа зачитывает ответы предыдущей группы и добавляет. Не должно быть повторяющихся ответов. Через 10 минут УА перейдет к следующему заданию, прочтите газету и заполните ее своими ответами. Проанализировано через 15 минут. Оптимальный ответ находится и записывается в тетрадь. Этот метод ориентирован на групповой анализ темы.

Пример: 1) Каковы причины кожных заболеваний? Анатомия, физиология, гистология Тери.

2) Общий симптомокомплекс кожных заболеваний, субъективные и объективные жалобы, определение морфологических элементов.

3) Диагностика и лечение кожных заболеваний.

Используя фломастер разного цвета, удобно оценивать реакцию каждой группы. Ответы предварительно пронумерованы, и правильные ответы удобно подсчитывать. Малые группы с наибольшим количеством ответов получают максимальное количество баллов.

Метод «перо на столе»

Всей группе дается задание (например, симптомы ревматоидного артрита, препараты, применяемые при системной красной волчанке, побочные эффекты глюкокортикоидных препаратов и т. Д.). Каждый ученик пишет версию для Facebook и передает ее соседнему ученику, кладя ручку в центр стола. Помощник проверяет учеников, и ученики записывают правильные ответы в свои тетради. В этом случае проверяются теоретические знания студентов.

2. Использует рекламные плакаты.

3. Использует слайды, мультимедиа.

4. Обобщает и обобщает предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.

«Путешествие по галерее»

Цель: Научить студентов критически оценивать данные и определять их полноту по данному вопросу.

Основные принципы: Каждой группе предлагается одна задача, и они решают ее письменно в течение 10 минут, а затем делятся заданиями. Чтобы выявить ошибки предыдущей группы и дополнить ответы, вопросы обсуждаются со всеми участниками, и окончательный ответ принимается.

Методика «Путешествие по галерее» требует от студентов пристального внимания и хорошей теоретической подготовки в этой области.

Преимущество этого метода в том, что он позволяет студентам продемонстрировать аналитические навыки и навыки клинического мышления.

При разделении учеников на группы важно иметь в виду, что среди них есть лидеры. Это учитывается при подготовке к тренировкам.

Пример: Название курса: Типы и лечение стрептококковой пиодермии.

Трем подгруппам будет задан по одному вопросу каждой:

4. Клинические виды стрептококковой пиодермии.

5. Клиника стрептодермиулы, диагностика.

6. Лечение и профилактика стрептодермии.

"Круглый стол"

Цель: увеличить участие студентов и позволить им учиться друг у друга.

Основные принципы: На стол бросается листок с ситуационным вопросом. Каждый ученик пишет свой ответ и передает его другому ученику. После написания ответов каждый анализируется: неправильные ответы удаляются, правильные ответы обсуждаются, а знания учащихся оцениваются. Этот метод можно получить не только письменно, но и устно.

Например:

- Опишите стафилодермию.
- Опишите клинику сикоза.
- Составьте современный план лечения сикоза.

Текущие вопросы по теме

Учитывая ряд приведенных ниже вопросов-головоломок, ответьте на них в письменной форме в своей рабочей тетради.

Выпуск 1

На коже предплечья больного обнаружены розовые очаги размером 4-5 см, границы которых нечеткие, не превышающие уровень кожи. Исчезает при щелчке по объекту.

4. Укажите морфологический элемент.
5. К какой группе принадлежит этот морфологический элемент?
6. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 2

В области боковых суставов пальцев у пациента 16 лет выявлены очаги с четкими границами, белого цвета, размером 1-2, 2-2 см. Чувствительность в этой области сохранена, субъективных ощущений нет.

3. Определите морфологический элемент.
4. К какой группе принадлежит этот морфологический элемент?
5. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 3

У больного появилась сыпь размером 0,5-0,7 см, без разрывов, пролиферативная, плотная, возвышающаяся над уровнем кожи. Элементы имеют четкую границу и имеют круглую форму.

Определите морфологический элемент.

3. К какой группе принадлежит этот морфологический элемент?
4. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 4

Опухолево-инфильтративное, пустотелое, острое воспаление - элемент характера, возвышающийся над уровнем кожи. Это часто заканчивается рубцеванием, рубцеванием или атрофией рубцов.

3. Выявите ошибки в приведенной выше информации и введите правильную информацию.
4. При каких заболеваниях клубень является основным морфологическим элементом?

Выпуск 5

У больного диагностировано острое воспаление уретры и грудной клетки, возвышающиеся над кожей, заполненные серозной жидкостью, с полостью 0,3 * 0,5 см.

6. Назовите морфологический элемент.
7. Дайте гистологическое описание этого элемента и каков результат?

Выпуск 6

Сзади на шее больного очаг 5 * 6 см. SHU sohateri - сухой, плотный, утолщенный. Изображение кожи в области поражения усилено, слегка пигментировано.

4. Назовите морфологический элемент.
5. К какой морфологической группе принадлежит этот элемент?
6. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 7

У больного глубокий дефект в области голени, достигающий до эпидермиса и дермы, с четкими краями овальной формы размером 2-3 см, сохраняющий серозно-гнойные выделения.

4. Назовите морфологический элемент.

5. Укажите действие морфологического элемента.
6. При каких дерматозах встречается этот элемент?

8-масала

На коже тела больного обнаружены многочисленные плотные инфильтративные очаги круглой формы размером с монету, возвышающиеся над кожей.

4. Определите характер морфологического элемента.
5. Опишите этот морфологический элемент.
6. При каких дерматозах встречается этот элемент?

Выпуск 9

У больного большое количество мелких полостей с серозным экссудатом в области красных губ.

4. Назовите морфологический элемент.
5. Опишите морфологический элемент и его последствия?
6. При каких дерматозах встречается?

Выпуск 10

Гистологическое исследование препарата выявило утолщение зернистого слоя.

3. Определите гистопатологический процесс.
4. Опишите зернистый слой.

Выпуск 11

При исследовании биопсии кожи выявлено нарушение взаимосвязи клеток шиповатого слоя эпидермиса и клеток Цанка.

4. Опишите патогистологический процесс.
5. Опишите колючий слой.
6. При каких дерматозах встречается?

Выпуск 12

При биопсии кожи выявлены интерстициальные опухоли мальпигиева слоя и пикноз мочеточников.

4. Опишите патогистологический процесс.
5. Расскажите, пожалуйста, что это за история с большими щенками ...
6. Что бывает при дерматозах.

Выпуск 13

При механическом воздействии на кожу больного нейродермитом тупого предмета возникает сосудисто-нервная реакция в виде белых полос.

3. Назовите название реакции.
4. При каких дерматозах наблюдается эта реакция?

Выпуск 14

Выявлена крапивница с зудом на теле больного.

4. Укажите морфологический элемент.
5. Опишите морфологический элемент.
6. Подскажите местное лечение.

Выпуск 15

На коже тела, конечностей пациента, покрытых бело-серебряными монетами, появляются многочисленные миллиарды линзовидных, числовых папул, чешуек.

4. Определите характер морфологических элементов.
5. Какое заболевание специфично?
6. Какой симптом обнаруживается для подтверждения диагноза?

16-масала

У больного диагностирована скарлатина. В этом случае сыпь появилась после сильного стресса-страха.

3. Опишите морфологические элементы данной патологии.
4. Какая общая лечебная терапия поможет пациенту?

Текущие вопросы по теме

Учитывая ряд приведенных ниже вопросов-головоломок, ответьте на них в письменной форме в своей рабочей тетради.

Выпуск 1.

Больной Б. 22 года. Во внутренней части запястья имеется болезненный узелок. Узелок конической формы, с гнойно-некротическим ядром в центре. Лейкоцитоз в периферической крови. ЕСНТ увеличился.

3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

Выпуск 2.

У 2-летнего ребенка круглые белые пятна на щеках и конечностях. Пятна покрыты мелкой перхотью. При соскобе грибок не обнаружен. Проба Бальзера на пятнах отрицательная. В периферической крови Нв-90 г / л, раствор - 4,5. ЕСНТ -9.

4. Поставьте диагноз.
5. Какие заболевания диагностируются сравнительно.
6. Составьте план лечения.

Выпуск 3.

На шее и плечах малыша много красно-синих узлов, размер которых с горошину, при пальпации определяется по колебаниям. Из вскрывшихся узлов идет гнойно-геморрагическое отделяемое, очень холодное.

4. Поставьте гипотетический диагноз.
5. Для определения диагноза проводится сравнительный диагноз с какими заболеваниями.
6. Определите меры лечения.

Выпуск 4.

Больной Д. Мужчина 30 лет. В области бороды и усов больного выявляются многочисленные фолликулит, остеофолликулит и желтовато-гнойный кожный покров. Процесс повторяется.

4. Поставьте диагноз.
5. Опишите остеофолликулит, фолликулит.
6. Составьте план лечения.

Выпуск 5.

Больной К. 40 лет. Под левой подмышкой пациента обнаружен болезненный плотный кожный узел. Узелок был красновато-синим и колебался. Некроза грудины не обнаружено.

5. Поставьте диагноз.
6. К какой группе заболеваний относится данная патология?
7. Какие участки кожи повреждаются при этой патологии?
8. Составьте план лечения.

Тесты по теме 2

1. Гистологические пролиферативные изменения включают:

- А) гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез
- Б) акантоз, спонгиоз, гиперкератоз
- В) акантолиз, паракератоз, гранулез
- Ж) кариорексис
- Г) акантолиз, кариорекс, спонгиоз

2. Развивается из эктодермы:

- А) волосы, эпидермис
- Б) кровеносные сосуды
- В) мышцы
- Ж) лимфатический аппарат
- Г) нервные волокна

3. На коже отсутствуют потовые железы:

- А) на красном хошиу губы

- Б) в подмышечной впадине
 - В) в ладонях
 - Ж) на пятке
 - Г) в области живота
4. Типы пустул включают:
- А) телеангиэктазия
 - Б) экскориасиуа
 - У) булла
 - Ж) пузырь
 - Д) фликтена
5. Укажите пролиферативный элемент.
- А) узел
 - Б) гной
 - У) воздушный шар
 - Г) собака`
 - Д) пузырь
6. Укажите пятнистый элемент.
- А) прыщи
 - Б) рупиуа
 - У) flictena
 - Г) ectima
 - Г) эритема
7. Укажите вторичный элемент.
- А) Vegetasiua
 - Б) узел
 - В) гной
 - Г) шишка
 - Д) пузырь
8. Нет сальных желез:
- А) на ладони и пятке
 - Б) в области груди
 - В) на коже волосистой части головы
 - Ж) в поле между лопатками
 - Г) в носогубном треугольнике
9. На коже отсутствуют потовые железы:
- А) на лбу
 - Б) в области груди
 - В) в области живота
 - Ж) на ладони и пятке
 - Г) у головки полового члена
10. Сальные железы «Мейбомиева» расположены:
- А) вокруг век
 - Б) в генетической области
 - В) в надостной мышце
 - Ж) в красном хошиу губ
 - Г) в области груди
11. Гистологические пролиферативные изменения включают:
- А) гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез
 - Б) акантоз, спонгиоз, гиперкератоз
 - У) акантолиз, паракератоз, гранулез
 - Ж) кариорексис
 - Г) акантолиз, кариорекс, спонгиоз
2. Развивается из эктодермы:

- А) волосы, эпидермис
 - Б) кровеносные сосуды
 - В) мышцы
 - Ж) лимфатический аппарат
 - Г) нервные волокна
3. На коже отсутствуют потовые железы:
- А) на красном хошиу губы
 - Б) в подмышечной впадине
 - В) в ладонях
 - Ж) на пятке
 - Г) в области живота
4. Типы пустул включают:
- А) телеангиэктазия
 - Б) экскориасиуа
 - У) булла
 - Ж) пузырь
 - Д) фликтена
5. Укажите пролиферативный элемент.
- А) узел
 - Б) гной
 - У) воздушный шар
 - Г) собака`
 - Д) пузырь
6. Укажите пятнистый элемент.
- А) прыщи
 - Б) рупиуа
 - У) flictena
 - Г) eczima
 - Г) эритема
7. Укажите вторичный элемент.
- А) Vegetasiua
 - Б) узел
 - В) гной
 - Г) шишка
 - Д) пузырь
8. Нет сальных желез:
- А) на ладони и пятке
 - Б) в области груди
 - В) на коже волосистой части головы
 - Ж) в поле между лопатками
 - Г) в носогубном треугольнике
9. На коже отсутствуют потовые железы:
- А) на лбу
 - Б) в области груди
 - В) в области живота
 - Ж) на ладони и пятке
 - Г) у головки полового члена
10. Сальные железы «Мейбомиева» расположены:
- А) вокруг век
 - Б) в генетической области
 - В) в надостной мышце
 - Ж) в красном хошиу губ
 - Г) в области груди

11. В каком участке кожи сальные железы открываются непосредственно к коже?
- А) у головки полового члена
 - Б) в области носа
 - В) на коже волосистой части головы
 - Ж) в области щек
 - Г) в области ладоней
12. Акантолиз - это- ...
- А) растворение десмосом между клетками шиповатого слоя
 - Б) разрастание клеток шиповатого слоя
 - В) нарушение процесса замораживания
 - Ж) утолщение слоя
 - Г) появление атипичных узелков в эпителиальных клетках
13. Паракератоз - это процесс неполного замораживания эпидермоцитов, который вызывается дистрофией клеток рогового слоя.
- А) зернистый слой
 - Б) базальный слой
 - В) тернистый пол
 - Ж) присосной слой
 - Г) сетка для пола
14. Гранулез - это - ...
- А) утолщение зернистого слоя
 - Б) истончение зернистого слоя
 - В) утолщение рогового слоя
 - Ж) структурные изменения клеток роговицы
 - Г) межклеточная опухоль
15. Анаплазиуа - это - ...
- А) появление атипичных узелков в эпителиальных клетках
 - Б) нарушение взаимосвязи ячеек шиповатого слоя
 - В) пролиферация эпителиальных клеток
 - Ж) наличие гранул в цитоплазме клеток
 - Г) вакуолизация цитоплазмы
16. Спонгиоз - это - ...
- А) Межклеточная опухоль мальпигиева слоя
 - Б) Вакуумное вырождение в мальпигиевом слое.
 - В) межклеточное набухание роговицы
 - Г) дегенеративные изменения дермы
 - Г) казеозное набухание клеток
17. Укажите экссудативные гистоморфологические изменения.
- А) гранулез, паракератоз
 - Б) спонгиоз, акантолиз
 - В) гиперкератоз, гранулез
 - Ж) гиперкератоз, паракератоз
 - Г) спондилез, гиперкератоз
18. Для какого дерматоза характерен процесс акантолиза?
- А) вульгарная пузырчатка
 - Б) вульгарная эктима
 - В) вульгарный псориаз
 - Ж) вульгарное витилиго
 - Г) нейродермит
19. Для какого дерматоза характерен процесс гранулёза?
- А) вульгарная пузырчатка
 - Б) вульгарное витилиго
 - В) простое пузырчатое железо

- Ж) турниол
 - Г) красные уасси темиратки
20. Какая функция не распространяется на кожу?
- А) образование токсинов
 - Б) абсорбция
 - В) удаление
 - Г) терморегуляция
21. Какие вещества действуют против зуда?
- А) ментол
 - Б) дёготь
 - В) ольтингугурт
 - Г) салициловая кислота
22. Укажите слой дермы.
- А) уалтирок
 - Б) донор
 - В) присоски
 - Г) колючий
 - Г) базальный

Предметные тесты

1. Факторы, вызывающие пиодермию, включают:
- А) Нарушения углеводного обмена
 - Б) Облучение с УБН
 - В) повышение свертываемости крови
 - Ж) недостаток йода в крови.
 - Г) Рентгеновское излучение
2. К стафилодермии относятся:
- А) везикулостулез
 - Б) ксасмол
 - В) вульгарное импетиго
 - Ж) обычные темиратки
 - Г) буллезное импетиго
3. Стрептококковые инфекции включают:
- А) везикулостулез
 - Б) псевдофрункулез
 - В) сикоз
 - Ж) импетиго Бохарта
 - Г) обычные темиратки
4. Стафилококковые инфекции включают:
- А) эксфолиативный дерматит Риттера
 - Б) турниол
 - В) опрелостей пиодермии
 - Ж) язвенный папулезный импетиго
 - Г) буллезное импетиго
5. Что из перечисленного входит в состав стрептодерма?
- А) трещины импетиго
 - Б) эпидемия чилла ура
 - В) импетиго Бохарта
 - Ж) остеофолликулит
 - Г) карбункул

6. Что из перечисленного входит в состав гнойных болезней младенцев?
- А) гидраденит
 Б) кипит
 В) хроническая uogali piodermiua
 Ж) обычные темиртки
 Г) везикулопустулез
7. Основной морфологический элемент стрептококковой пиодермии:
- А) сгибание
 Б) булла
 В) пустула
 Г) папулы
 Г) пузырек
8. К какой пиодермии относится эксфолиативный дерматит Риттера?
- А) токсикодермия
 Б) профессиональный дерматит
 В) стафилодермия
 Г) стрептодермия
 Г) контактный дерматит
9. Какие морфологические элементы характерны для дерматита Риттера?
- А) волдыри, эрозии
 Б) папулы
 В) комочки
 Ж) маленькие пузыри
 Г) шишки
10. Каковы положительные симптомы эксфолиативного дерматита Риттера?
- А) Симптомы Уикхема
 Б) Симптом Никольского
 В) Симптом Горчакова-Арди
 Ж) Знак Систо
 Г) Филатовский полицейский знак

Практические навыки

Порядок действий (шаги)

Этап №	Осмотр кожи и слизистых оболочек, оценка состояния кожных покровов. 15 минут на выполнение задания	Максимальный балл	Собрано мяч
1	Подготовка пациента к обследованию	5	
2	Обратите внимание на цвет кожи	5	
3	Определение тургора, эластичности, влажности или сухости кожи	5	
4	Осмотрите лицо, пепел, тело, гениталии и ступни по порядку. Обратите внимание на наличие высыпаний и их характеристики.	10	
5	Обратите внимание на наличие первичных и вторичных высыпаний, локализацию процесса.	20	
6	Обратите внимание на конфигурацию, размер, цвет и расположение элементов относительно друг друга.	20	
7	(Статус localis)	35 год	
	Общее	100	

Практические навыки

Порядок действий (шаги)

№	Как срезать кожу, чтобы искать чесотку Время, отведенное на задачу - 20 минут.	Максимальный балл	Собрано Мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Определите контролируемый процесс	20	
3	Один из новых видов чесотки нарисован путем рисования границы с помощью шариковой ручки и лупы.	30	
4	Кончиком скальпеля или иглы прокалывают крышу волдыря на конце чесоточного пути, отрывают кожу, направляя ее по пути чесоточного канала.	30	
5	В стекло добавляется 10% гидроксид натрия, материал смешивается с этим раствором и накрывается покровным стеклом.	10	
6	Через 10-20 минут подготовленный материал наблюдают под микроскопом, опустив линзу 8 конденсора.	10	
7	Клещ или его фрагменты, яйца или экскременты находятся в поле зрения микроскопа.	20	
	Общее	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Сравнительная диагностика паразитарных и гнойных заболеваний кожи. Инновации в современной диагностике и лечении
На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Тема 3: Кожные и грибковые инфекции.

Дерматомикозы. Кандидоз.

3.1 Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников-8-10 человек
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	1. Клиническая классификация и эпидемиология микозов. 2. Rang-barang temiratki. Эритема. 3. Дерматомикозы. . УО'за и глубокая трихофития. Microsporiua. Каллик. 4. Кандидоз. Травма слизистой оболочки рта. 5. Онихомикоз. Методы лабораторных исследований. 6. Основы лечения, диспансерный контроль.
Цель обучения:	Образовательные: Обучить студентов проблемам современной диагностики, сравнительной диагностики и оптимального лечения грибковых инфекций. классифицировать грибковые инфекции, формировать знания об этиопатогенезе заболеваний и их особенностях в детском возрасте. , - дать клинические проявления, симптомы, синдромы, -Описание местного статуса, -дать представление об основах местного и общего лечения с примерами частных реставраций. Образовательные: Улучшение здоровья людей в сознании студентов на реальных примерах, стремление внести свой вклад в повышение

	медицинского уровня населения, привив им любовь к избранной профессии. Разработчик: для достижения развития студентов как современного персонала с помощью научно обоснованных данных, основанных на новой литературе в объяснении темы.
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

<i>3.2. Технологическая карта практических занятий по кожным и грибковым инфекциям</i>		
Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Контроль чистоты слуха 2. Проверка готовности учеников к урокам. 3. Контроль посещаемости	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	1. Подготовка учебного контента по теме. 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	1. Определение уровня базовых знаний по теме «Кожные и грибковые инфекции» устный вопрос, тест, вопрос. 2. «Скорость, точность, полнота» япредметный анализ в интерактивном режиме 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.
Основная сцена	1. Устный вопрос, тест, вопрос «Кожные и грибковые инфекции». 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Интерактивный тематический анализ «Поворотный стол». 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.
Заключительный этап	1. Финалист заключает 2. Обеспечивает самостоятельную работу:	Он слушает Делает заметки

	Клиническое кеширование, диагностика и лечение. Современные методы диагностики и лечения онихомикозов 3. Дает домашнее задание: дерматит. Токсикодермы. Экзема. Профессиональные заболевания	Делает заметки
--	---	----------------

Грибковые заболевания кожи

Грибковые заболевания вызывают грибки, относящиеся к паразитам растений. Они неактивно живут в воздухе, почве, траве и воде вокруг пруда. Но в других условиях, например, при контакте с кожей человека или животных, он вызывает заболевание. В настоящее время известно более 100000 видов грибов, из которых около 500 являются патогенами для человека и животных, вызывающими заболевания, кожные заболевания, вызываемые паразитарными грибами - дерматомикозами (греч. Dermis - кожа; микоз - грибами) и грибами, называемыми дерматофитами. Группа патогенных грибов состоит из волокнистых грибов (дерматофитов), для которых характерно образование волокнистого мицелия и спор.

Грибковые заболевания заразны и быстро распространяются, особенно среди детей. Заболевание передается от больного или больного животного человеку. Заболевание передается в основном при непосредственном контакте с пациентом или при использовании поврежденных суставов.

Дрожжеподобные грибы - это группа грибов, вызывающих заболевания. Они принадлежат к семейству *Sandida* и размножаются путем спороношения без образования спор. Дрожжевые грибы склонны к образованию псевдомицелия. *Sandida albicans* - возбудитель этого грибка. Грибы *Sandida* широко распространены в природе. Они содержатся во фруктах и овощах, молочных продуктах, а также в коже человека и животных и слизистых оболочках без сапрофитов. Только при определенных условиях они вызывают конкретное заболевание, называемое кандидозом.

Следующая классификация сейчас широко используется дерматологами (Н.Д. Шеклаков, 1978).

I. Кератомикозы

1. разноцветный лишай

2. Эритема.

II. дерматомикозы

1. паховая эпидермофития

2. Эпидермофития стопы.

3. Рубромикоз

4. Трихофития

5. Микроспориуа

6. Фавус

III. Кандидоз

IV. Глубокие микозы

Кератомикозы

Заболевание характеризуется поражением рогового слоя кожи и его отсутствием.

Кератомикозы включают разноцветные капсаициновые или темиратки и эритразмы.

Разноцветный лишай Цветная или капсаициновая инфекция - это невоспалительная инфекция кожи. Возбудитель Рюгойрогшп оглсиlapз (Млсгзрогшп ^ ig ^ ig) располагается в роговом слое кожи и быстро размножается у людей, которые обильно потеют и меняют химический состав пота.

Клиника. Грудь, спина, шея, реже конечности, живот, волосистая часть головы резко разграничены и появляются коричневые пятна различной формы и размера. В зависимости от периферии разрастаются и имеют свойство сливаться друг с другом, образуя причудливую форму. Цвет пятен варьируется: от розово-желтого до темно-коричневого, часто цвета молочно-кофейного. Ядро пятен покрыто слегка вогнутыми капсульными монетами; Субъективных ощущений практически не бывает, иногда тело может немного чесаться. Заболевание длится месяцами или годами. Грибок не повреждает волосы, но часто повреждает кожу головы.

Диагностика. Йод наносится на пятна и здоровую кожу вокруг них, так что монеты на его поверхности поглощают больше узелков, поэтому цвет йода в месте травмы более точен, чем в здоровой области. При осмотре волосистой части головы через люминесцентную лампу (лампу ВУД) пятна светятся коричневым, коричнево-коричневыми пятнами разного размера, которые оставляют легкое шелушение без воспаления. Диагноз ставится на основании анализов и лабораторных исследований.

Гистопатология. Многие в роговом слое кожи обнаружены грибки. Не будет UAlligation.

Лечение. Желательно удалить ту часть рогового слоя, где находится грибок. Для этого ежедневно наносите на пораженные участки смесь зеленого мыла, мази Уилкинсона, 10% салицилатного спирта, 10-20% серного масла, 10% серы и 5% салицилатного масла. Последовательное применение 60% раствора гипосульфита и 6% раствора соляной кислоты в течение недели также дает хорошие результаты (метод Демуановича). Для предотвращения рецидива заболевания рекомендуется протирать обработанные участки 2% салицилатным спиртом один раз в день в течение нескольких недель, мазь ламизил наносится 1-2 раза в день в течение 2 недель. Пятна стручкового перца могут исчезнуть под воздействием солнечных лучей.

Эритема Возбудитель - коринобактерии. В последние годы считается, что причиной эритразмы являются коринобактерии, которые считаются псевдомикозами. Эритема - распространенное грибковое заболевание кожи, которое возникает у мужчин в основном в складках кожи.

Клиника. В складках бедер, бедер, под мышками, а у женщин под грудными железами появляются красновато-коричневые пятна, иногда между ног и пальцев ног. Они соединяются, образуя большой и маленький очаги, напоминающие фестоны. Сами пятна слегка шелушатся, тело немного чешется, часто субъективных ощущений нет, в результате потливости иногда идет процесс воспаления, пораженный участок становится красным и опухшим, появляются волдыри. Диагностика. При осмотре через люминесцентную лампу очаги заболевания кирпично-красного цвета. Диагноз ставится на основании клинических проявлений и лабораторных данных.

Лечение. Назначают кожные пилинги и дезинфицирующие средства, как и в случае с капсаицином. Для этого используют 2% раствор йода, нитрофунгин и 5% мазь эритромицина. Затем рекомендуется протереть 2% -ным салициловым спиртом, чтобы предотвратить рецидив заболевания.

Дерматомикозы:

Дерматомикозы сопровождаются поражением эпидермиса, дермы и кожных изделий (волос, ногтей).

паховая эпидермофития

Заболевание вызывается грибами *epidermafytos*, чаще болеют мужчины.

Клиника. Во внутренней части бедра - розовато-красные пятна размером с монету. Края пятен возвышаются над уровнем кожи, на них есть небольшие пузыри и пустулы, а в центре - капсульные монеты. Пятна имеют тенденцию образовывать крупные очаги и сливаться друг с другом - они разрастаются к периферии, начинают бледнеть в середине и образуют форму кольца или коралла. Больного беспокоит зуд, а иногда и боль.

Заболевание обычно связано с использованием предметов больницы и домашнего обихода (нижнего белья, мочалки, клеенки, градусника, поддона для бирки). (если они не продезинфицированы полностью или не утилизированы в дороге).

Диагностика. Клиническая картина заболевания и разрез, сделанный в очагах при исследовании под микроскопом, обнаружение мицелиальных нитей и рост грибкового пепла при его внесении в культуральную среду Сабуро играют важную роль в диагностике. ;}, **,.

Лечение. Рекомендуется применять 1-2% настой йода, 3-5% серы, мазь черного цвета. При остром процессе (при сильном воспалении) 0,25% нитрата серебра, 1-2% резины. Общее лечение проводят с добавлением 2% раствора борной кислоты и холодных примул и др. Рекомендуется 10% раствор хлорида кальция, дифенгидрамин или другие антигистаминные препараты в терапевтических дозах.

Эпидермофития стопы

Эпидермофития ногтей на ногах вызывается грибами трихофитона. Выделяют следующую клиническую форму.

1. Плоский эпидермофитный.
2. Интертригинозный эпидермофития.
3. Дисгидротическая эпидермофития.
4. Эпидермофития ногтей (онихомикоз).

Сквамоз характеризуется эпидермофитией на пятке, кожа складок между лапами оставляет повсюду пластинчатую кожу. Кожа этих участков светлая и покрыта бело-серыми чешуйками. Эти очаги шелушения иногда длятся долго и пациент может ничего не чувствовать. Лёкин вызывает болезнь из-за побочного действия, которое вызывает покраснение, усыхание и образование пузырей на коже.

Эпидермофития опрелостей. Этот вид эпидермофитии проявляется в виде шелушения кожи между 4-м и 5-м, 4-м и 3-м пальцами. На местах соприкосновения пальцев появляются пузыри, они лопаются и появляются царапины, а часто они свисают на краях свисающего эпидермиса джиаги. Процесс распространяется от складок между пальцами ног на кожу подошв стоп. Интертригинозная форма микоза ногтей на ногах часто осложняется пиодермией и приводит к воспалению лимфатических узлов и лимфатических сосудов.

Дисгидротический эпидермис. Для него характерно появление большого количества волдырей и волдырей на стороне пальца ноги, в области купола подошвы стопы. Иногда они бывают глубокими или глубокими. Добавляется много маленьких пузырьков. образует большие пузыри. Оболочка мочевого пузыря плотная, а жидкость внутри прозрачная или слегка непрозрачная. Когда появляются волдыри и волдыри, кожа пациента часто становится сухой и повышается температура. Волдыри лопаются и образуются эрозии, по краям видны фрагменты эпидермиса. Некоторые пузыри видны, покрыты черными струпьями, а затем заменяются корками. Вскоре будут наблюдаться пузыри и эрозии, которые увеличиваются в размерах. Больного беспокоят зуд и боль. Дисгидротический эпидермофитит часто осложняется пиодермией, На коже пальцев ног появляются пустулы, припухлость и боль, развиваются лимфангит и лимфаденит. Заболевание длится долго и часто рецидивирует. Особенно это заметно весной и летом.

Часто появляются волдыри на ладонях рук, иногда шелушится кожа тела и конечностей, появляются розовато-красные пятна и папулы. Эти высыпания вызывают аллергию и не содержат грибков. Эти высыпания называются эпидермальными мофитидами и обычно исчезают после возобновления воспаления в основных очагах стопы.

Гистопатология. В шиповатом слое кожи наблюдаются клеточная вакуолизация и спонгиоз. В то же время образуются небольшие межклеточные пространства, которые вместе образуют многоклеточные полости, заполненные серозной жидкостью или лейкоцитами. В слое дермы молочной железы наблюдается расширение кровеносных сосудов и воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов вокруг них.

Эпидермофития ногтей (онихомикоз) - наблюдается при всех клинических формах эпидермофитии. Тихие ногти с большим пальцем больше повреждаются. Желтые пятна появляются по краям ногтей и на внутренней стороне ногтевой пластины, делая ноготь тусклым, толстым, ломким и ломким.

Диагностика. Поскольку клинические проявления эпидермофитии ногтей на ногах часто сходны с другими кожными заболеваниями, такими как экзема, диагноз эпидермофитии подтверждается лабораторными исследованиями.

Способы и условия эпидермофитии. Патогены обнаруживаются в ваннах, бассейнах, спортзалах и обуви. В основном заболевание поражает людей, которые не обращают внимания на личную гигиену и носят больные носки и обувь.

Размягчение кожи пальцев ног во время купания создает благоприятные условия для сна здоровым людям при эпидермофитии. В происхождении и прогрессировании эпидермофитии Большое значение имеют индивидуальные особенности организма, повышенная потливость пальцев ног, химический состав пота, общее состояние организма, функциональное состояние нервной системы.

Лечение 2% раствор йода и мазь Вилькинсона используются для лечения плоскоклеточного рака эпидермофитии. Сначала наносится теплая ванна с содовым мылом, затем смесь 5% салицилата, 10% серы и 5% салицилатной мази и рекомендуется накладывать повязки.

При интертригинозном эпидермофитии пальцев ног на складки между пальцами ног наносят 2% йод, раствор нитрофунгина, салицилат-бензоат или 5% серную мазь и другие фунгицидные мази. Для устранения дисгидротического эпидермофитоза проводится общее и местное лечение. При остром заболевании назначают общее десенсибилизирующее лечение: внутривенное введение 10% хлорида кальция, 30% гипосульфита, 10% раствора глюконата кальция, антигистаминных препаратов дифенгидрамин, супрастин, тавегил, диазолин, дипразин и др., Витамины группы В и С., никотиновые. назначают кислоту. Также существует местное лечение.

В острой фазе заболевания холодные примочки применяют с использованием растворов нитрата серебра 0,25%, резорцина 1%, риванола в соотношении 1: 1000, сульфата цинка 1%, фурациллина в соотношении 1: 5000, борной кислоты 2%. После разрыва волдырей и подавления процесса острого воспаления назначают 5% дерматоловую мазь, крем Унна и 2% ихтиоловую пасту. Мази включают клотримазол, микозолон, микоспоры и тридерм, если они осложнены вторичной инфекцией.

Ламизил очень эффективен при лечении всех форм заболевания, его побочные эффекты намного меньше, чем у других противогрибковых препаратов (низо-рал, гризеофульвин). Ламизил в форме таблеток по 250 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней, мазь Ламизил применяется 1-2 раза в сутки в течение 2 или 4 недель.

Интертригоз и дисгидротический эпидермофития осложняются вторичной инфекцией, и при наличии лимфангита и лимфаденита рекомендуются антибиотики и сульфаниламиды. При аллергических высыпаниях, помимо применения десенсибилизирующих и антигистаминных средств, в зависимости от клинических проявлений заболевания в качестве местного лечения используются коктейли и индифферентные присыпки. Требуется тщательное лечение, чтобы избежать воздействия на кожу эпидермофитии СНов. В случае острого воспаления 0,25% нитрата серебра, 1% резорцина и других растворов

сделана холодная примочка. Тогда рекомендуется использовать мази, содержащие 2-3% салициловую и бензойную кислоты.

Профилактика. При раздражении эпидермофитии из-за чрезмерного потоотделения стоп необходимо соблюдать чистоту, часто менять носки, наносить на подошвы стоп 3% раствор формалина, рекомендуется периодически присыпать присыпкой. В целях борьбы с распространением эпидермофитии необходимо принимать профилактические меры в ваннных комнатах, душевых и бассейнах в соответствии с требованиями чистоты и надлежащей санитарии. Полы, стулья и другое оборудование в этих помещениях следует регулярно дезинфицировать хлорамином, 5% раствором крезола или раствором хлорированной извести. Сотрудники этих учреждений должны пройти медицинское обследование, а диагностированные при обследовании - лечиться.

Рубромикоз Рубромикоз или руброфития вызывается грибом рубромикозом.

Клиника. Преимущественно ладони рук, стопы. Повреждаются складки между пальцами, а также под мышками и подмышками. На коже особенно часто встречаются крупные морщины. Кожа ладоней кистей и стоп шелушащаяся и шероховатая, участки с ветвями засыпаны опилками. В результате ладони рук и ног тускнеют, словно присыпаны мукой. В отличие от эпидермофитии процесс распространяется на верхние и боковые конечности пальцев рук и ног. Боль в подошвах стоп часто сопровождается зудом. Складки между пальцами ног сухие и шелушащиеся. Рубромикоз поражает складки между всеми пальцами стопы, а также ногти. Ногти на руках и ногах желтые, тусклые и толстые, рассыпчатые и часто отходят от кончика ногтя. Смещенный ноготь входит в *kirkul rangtus*. На гладкой коже края очагов болезни прикрыты выпуклыми некрасивыми монетами. Изредка появляются красные пятна, кольца, покрытые чешуей, напоминающие фестоны. На пятнах есть маленькие красные узелки, сердцевина которых покрыта черной коркой.

Заболевание хроническое, периодически повторяющееся, особенно в жаркие дни.

Лечение. Кожу рук и ног пересаживают кератолитическим и фунгицидным маслами. Для этого использовались 2% раствор йода, нитрофунгин, краситель Кастелла, 10% салицилат и 5% серное масло, 5% ежевика, микозептин, микозолон, унден-син, цинк, амикозол, 1% масло ламизила. К специфическим средствам лечения относятся гризеофульвин, гефульвин, низоральные

антибиотики с фунгистатическими свойствами и препарат ламизил с фунгицидными свойствами. Гризеофульвин назначают по 4-6 таблеток (0,125 г) ежедневно в течение 1 месяца, а в следующем месяце принимать ту же дозу, или н кунора, а затем принимать такую же дозу 1 раз в 3 дня до тех пор, пока не вырастут здоровые ногтевые пластины. Низорал принимают по 1 таблетке (200 мг) в сутки.

При лечении рубромикоза гладкой кожи ламизил 250 мг ежедневно в течение 14 дней. Если поражение находится на ногтях (онихомикоз), то ламизил 250 мг ежедневно в течение 6 недель - 4 месяцев.

Трихофития Трихофития - наиболее распространенный дерматомироз, вызываемый грибами, принадлежащими к семейству Trichophyton. Заболевание распространено у детей и взрослых. Наиболее распространенными являются кожа головы, кожа и ногти.

Этиология. Возбудителями являются грибы, принадлежащие к семейству Trichophyton, которые в зависимости от типа повреждения волос делятся на две группы: первая называется Trichophyton endotrix, и в волосах расположены мицелиальные нити со спорами грибов. Вторая группа - это trichophyton exotrix, у которых грибы паразитируют на поверхности волосяного волокна. Цепочки спор грибка гохо также обнаруживаются в волосяных фолликулах.

Существует различие между УО и глубокой или материальной инфильтративной трихофитией. Антропофильные грибы рода Trichophytia; глубокая материализованная инфильтративная трихофития вызывается зоофильными грибами.

Эпидемиология. Трихофития чаще всего связана с прямым контактом с пациентом. Патогенный трихофитон также может передаваться от различных предметов, которыми пользуется больной - гребней, головных уборов и так далее. Заболевание в основном поражает детей, которые годами болеют от взрослых, страдающих хронической трихофитией.

Глубокая инфильтративная трихофития передается в основном от животных (крупный рогатый скот, лошади, свиньи, мыши, крысы и т. Д.). При этом типе заболевания относительно редко здоровый человек может инфицироваться через суставы.

Клиника. Клинические проявления и течение трихофитии зависят от характеристик возбудителя, его патогенности и состояния макроорганизма.

УО'za trihofitiua. Этот вид заболевания чаще всего встречается у детей в возрасте 4-15 лет. Иногда наблюдается у детей или взрослых грудного возраста. В подростковом возрасте этот вид заболевания самопроизвольно исчезает из-за изменения деятельности желез внутренней секреции, а в некоторых случаях может длиться до преклонного возраста. У взрослых это называется хронической трихофитией.

УОза трихофитиуа имеет следующие клинические проявления. В волосистой части головы много очагов заболевания, размером с вишню, кожа этого участка шелушится, а волосы истончаются. Поврежденные грибом волосы становятся ломкими, рвутся вместе с кожей, и эти участки выглядят как черные точки; Сломанные волосы теряют цвет, становятся тусклыми и слегка утолщаются. Между кожными покровами на месте заболевания видны петлеобразные волоски, там же растут, казалось бы, здоровые волосы. УОза трихофития сохраняется у детей длительно. Если его не лечить, он может распространиться на другие волосатые части тела.

Гладкая кожа uo'za tr ixofiti uas i. В большинстве случаев он сопровождается поражением волосистой части головы, причем заболевание может протекать только на коже. Вначале на коже появляется ярко-красное круглое пятно со слегка приподнятыми краями. Края пятен красноватые, центр слегка волнистый и покрыт кожицей. Позже по краям пятен появляются волдыри tagiq, которые при разрыве покрываются черными корками. Пятна могут расти в стороны или сливаться, образуя разные формы.

Хронический трихофитоз у взрослых. Это чаще встречается у женщин. Как уже говорилось выше, изменения активности центральной нервной системы и желез внутренней секреции в период полового созревания создают неблагоприятные условия для трихофитона. Поэтому часто в этот период трихофития может исчезнуть самопроизвольно. Однако у женщин с эндокринными нарушениями, особенно с раком яичников, заболевание может быть хроническим и длиться годами. Болезнь часто сопровождается повреждением волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. На ногах, запястьях, локтях, ягодицах, коленях есть пурпурные пятна, которые имеют

свойство сливаться друг с другом, размером с монету, слезают с кожи. Роговой слой кожи ладоней кистей и стоп утолщен, без признаков воспаления, есть очаги заболевания, которые покидают кожу,

На шее и височных областях головы сломанные волосы под волосами образуют черные точки. В этих областях также есть более мелкие поражения, такие как комедоны. Кроме того, на коже есть участки безволосых волос. Болезнь носит длительный характер, и в этом случае взрослые пациенты могут быть источником болезни для детей.

Существенно-инфильтративная или глубокая трихофития. Заболевание в основном передается от животных. У детей больше поражается волосистая часть головы, а у взрослых - борода и усы. Если рассмотреть поврежденные волосы под микроскопом, можно увидеть, что споры в виде цепочек окружают волосы как оболочку.

Клиника. Вспышки, кажется, усугубляются покраснением и припухлостью. На волосистой части головы появляются опухолевидные образования, и при прикосновении они размягчаются в озеро, как тесто, эти очаги состоят из гнойно-воспаленных волосных фолликулов. От этих очагов, напоминающих улы, исходит запах плесени, а при нажатии рукой из отверстий в фолликуле выходит капля гноя (также называемая крапивницей). Волосы плетут еще и из-за того, что в духовке волосы гниют.

Как уже было сказано выше, этот вид заболевания сопровождается симптомами воспаления. У больного высокая температура, головная боль, увеличение лимфоузлов на шее и шее, тошнота, рвота, вялость. У некоторых пациентов появляются лихеноидные, аллергические высыпания - трихофитиды на коже стоп и тела. Это связано с переносом грибковых токсинов в кровь и лимфу. Через 2-3 месяца болезнь пройдет сама по себе, и на месте болезни могут появиться рубцы. При материально-инфильтративной форме заболевания пораженный участок гладкой кожи округлый и красноватый, ядро покрыто фолликулами и гнойничками, а кое-где струпами.

Трихофития ногтей. Относительно редкий. Заболевание вызывается переходом волосистой части головы или гладкой кожи на ногти. Поражаются большинство ногтей. Болезненный процесс начинается у свободного края ногтевой пластины, где постепенно появляются бледные пятна; В результате роста грибка на ногте ногтевая пластина становится толстой и тусклой. Затем ноготь начинает крошиться, и под удлиненными слоями ногтевой пластины образуются щели. Ногти трихофитиуазн держатся долго.

Лечение. Антибиотик гризеофульвин можно применять при всех типах заболеваний. Суточная доза гризеофульвина определяется массой пациента, обычно в дозе 15 мг / кг. Пейте его с чайной ложкой рыбьего жира или растительного масла во время еды. Лечение может длиться от 1 до 1,5 месяцев и более, Гризеофульвин выпускается в таблетках по 0,125 г, существует 2 различных режима; По первой схеме таблетки принимали регулярно в течение 15-20 дней, а затем с интервалом в два дня эту же процедуру продолжают до выздоровления пациента. Во второй схеме - таблетку принимают ежедневно от начала лечения до полного очищения пациента. Иногда возникают такие побочные эффекты, как головная боль, диспептические изменения, лейкопения, эозинофилия, аллергический дерматит. Поэтому гризеофульвин не применяют при порфирии и остром заболевании печени, беременности, лейкопении, злокачественных опухолях. В последнее время применяют и такие препараты, как низорал, ламизил. Ламизил является предпочтительным препаратом при лечении трихофитиуа, рекомендуется принимать 250 мг ежедневно в течение 14 дней или наносить мазь.

При трихофитии гладкой кожи на очаги заболевания наносят 5% раствор йода, мазь Вилькинсона 10-15% серную или черную мазь наносят на 7-10, иногда и больше дней.

При хронической трихофитии у взрослых, помимо вышеперечисленного, рекомендуются биостимуляторы, витамины, аутогемотерапия, повышающие общую силу организма.

При субстанциально-инфильтративном трихофитии сначала наносят масляные комочки, удаляют черные струпа, затем наносят 5-10% ихтиол, 0,25-0,5% раствор нитрата серебра. Влажный, соотношение сулема и раствор этакридина лактата 1: 5000 и т. Д. После этого сделать ручную эпиляцию будет намного проще. Если колебания очень сильные, печи стерилизуют путем стерилизации. После обострения применяется мазь Вилькинсона. В качестве местного лечения очень эффективно нанесение 1% крема ламизила в течение 14 дней.

Лечение трихофитии ногтей практически не отличается от лечения других микозов ногтей. Профилактика. Пострадавший изолирован от окружающих, его верхняя одежда, простыни и одеяла обеззаражены. Нижнее белье и наволочки сначала кипятят, а потом стирают. Пол в доме больного сначала моют 5% -ным раствором хлорамина или лизола, а затем кипятком. Ребенок, очищенный от трихофитии, должен поступать в детский сад только при отсутствии признаков заболевания до 3 недель и при отрицательных результатах микологического обследования до 3 раз. Кроме того, все сотрудники детского учреждения проходят регулярные медицинские осмотры.

Заболевание необходимо своевременно диагностировать. Будут обследованы все дети в семье и вокруг больного ребенка. Если обнаруживается глубоко инфицированная трихофития, животных, являющихся источником заболевания, также исследуют.

МИКРОСПОРИЯ

Микроспория вызывается фиброзными грибами, принадлежащими к семейству микроспоримов. Существует два основных типа: инфицированный человеком (антропофильный) ржавый микроспорум и кошки, а иногда и волосатый микроспорум, переносимый собаками (зооантропофильный); кошачьи микроспорумы).

Микроспории повреждают гладкую кожу и волосы. Заболевание отличается локализацией, редко бывает глубокая форма.

Микроспориоз чаще встречается у детей дошкольного и школьного возраста. У взрослых чаще встречаются микропоры на гладкой коже. К половому созреванию микроспория обычно проходит.

Клиника зооантропофильных микроспориозов. В волосистой части головы появляются 2-3 крупных и несколько мелких очагов болезни диаметром 3-4 см. Большие пещи круглые, резко разделенные (штампованные пещи) и покрытые монетами в форме асбеста, признаков возгорания практически нет. Волосы в очаге заболевания одинаковой длины и выламываются на 3-5 мм от верха кожи; Волосы фолликулы окружены серым отбеливающим клатчем. На месте болезни не хватает здоровых волос, иногда появляется черная корка. В редких случаях обостряется воспаление, кожа становится красной, появляются фолликулы у собак. Внешний вид болезни напоминает гнойную трихофитию. При осмотре волосистой части головы с помощью люминесцентной лампы волосы, поврежденные микроспорумом, становятся блестящими. Это имеет большое диагностическое значение. Широко используется при профилактических осмотрах детских домов и сообществ.

Микроспория гладкой кожи - острые, красноватые, круглые, воспаленные пятна на лице, щеках, гладкой коже рук, тела и ног, покрытые капсульными монетами, центр которых слегка окаймлен. Край приподнят и покрыт пузырьками, что очень похоже на трихофитию гладкой кожи.

Микроспориоз, вызванный ржавым микроспорумом, несколько отличается от представленной выше клинической картины. При этом на волосистой части головы появляются небольшие очаги, похожие на трихофитию. Наряду с сломанными волосами в очаге болезни сохраняется несколько здоровых волос. Поврежденные волосы ломаются на 5-8 мм над кожей. Волосы фолликулы покрыты оболочкой из спор. Очаги заболевания имеют неправильную форму, имеют свойство сливаться и распространяться, часто переходят с волосистой части головы на гладкую кожу по краям волос. Кожа розовая, покрыта кожей и монетами, болезнь очень заразна.

Повреждение гладкой кожи характеризуется появлением очагов в виде кругов, внутри одного круга появляется пятно, которое затем превращается в круг (форма радужки). Если смотреть под микроскопом, волосы покрыты оболочкой спор грибка, которые разбросаны по всему телу. На коже можно увидеть грибной мицелий, иногда разделенный на сегменты.

Лечение. Пациенты с множественными патологическими очагами (более 3-х) или повреждениями кожи головы должны лечиться в стационаре. Гризеофульвин рекомендуется в дозе 22 мг на кг массы тела, и это количество продолжают до получения отрицательных результатов анализов (лабораторные анализы проводятся ежедневно). Затем гризеофульвин принимают ежедневно в течение недели, а затем два раза в неделю. После исчезновения симптомов и трех отрицательных результатов лабораторных исследований (каждые 5-7 дней) прием серого зоофульвина прекращают.

Фавус Фавус вызывается ахорионным грибом Шенлейна. в основном поражается волосистая часть головы, гладкая кожа и ногти. Заболевание напрямую от больных людей или они протекают через свои буи (шляпы, гребни и т. д.). Этот грибок не причиняет вреда животным. При изучении фауны большое значение имеет общее состояние организма. Более подвержены этому заболеванию дети с УА и дошкольного возраста, люди с хроническими заболеваниями, страдающими обезвоживанием. Favus менее заразен, чем trichofitua и microsporua.

Когда зараженные грибом волосы исследуются под микроскопом, видны пряди мицелия, сегментированные поперечными барьерами, пузырьками воздуха и небольшим набором узорчатых спор на теле волоса.

Клиника. Клиническая картина фавуса на волосистой части головы типична, появляются щитки или щитки фавуса, а затем оставшиеся рубцы (атрофированные участки) и поврежденные волосы. После того, как Favus scutula попадает на волосистую часть головы, волосистой фолликул размножается во рту (фолликул) и образует пластинчатую желтую сухую черную струпу. Волосы выступают из центра скутулы. Сначала щиток, как и головка булавки, постепенно вырастает до 1,5 см в диаметре. После удаления щитка он заменяется запавшей бугорком светло-розового цвета. Если щиток остается надолго, вокруг него образуется атрофический рубец и волосы не растут.

Щитки часто собираются в шарики, которые источают резкий запах. Скутула постепенно высыхает и покрывает волосы. Поврежденные грибом волосы теряют нормальный цвет, пигмент, а также мягкость и блеск, становятся тусклыми и ломкими; разрывается на уровне кожи. Также пахнет при нанесении на волосы.

Если вовремя не лечить Фавус, болезнь может длиться годами. Волосы в области атрофического рубца отмирают и перестают расти. Фавус может повредить все масло в коже головы, сохраняются только волосы, которые растут как джиуак по краям.

Часто наблюдается атипичный вид фавуса. У импетигой формы Favus волосы слипаются, а импетиго покрывается черными корками. После удаления черной корки видна изменившаяся кожа вокруг волосистой части головы. Длительная продолжительность заболевания, отсутствие признаков острого воспаления и наличие рубцовых участков позволяют выявить фавус.

Плоскоклеточный тип фавуса характеризуется появлением большого количества шкур, наложением желтоватых монет; Наличие шрамов и прилегающих участков, а также седых волос, которые выглядят пыльными и похожими на «шафран», позволяют мне правильно диагностировать заболевание.

Повреждение гладкой кожи в области фавуса, чуть менее треугольной формы, с появлением на гладкой коже пятен округлой формы, красновато-розового цвета или типичных лейкопоскопических желтых щитков, размер которых не виден.

Ногти на руках и ногах вторичны. Иногда ногти могут быть повреждены, даже если нет изменений кожи пальцев. На внутренней стороне ногтевой пластины появляются пятна размером с булавочную головку, затем под ногтевой пластиной скапливается разветвленное вещество, ноготь утолщается, крошится, становится тусклым и серовато-коричневого характера.

Диагностика. Диагноз ставится на основании его клинической картины, а также результатов микроскопического исследования волос и кожи.

Лечение. Используются препараты, применяемые при лечении трихофитии.

Кандидоз Кандидоз вызывается дрожжеподобными грибами, принадлежащими к семейству Sordida, которые поражают кожу, слизистые оболочки, ногти и внутренние органы.

Этиология и патогенез. Грибы, относящиеся к этой группе, условно патогенны и всегда растут в организме здоровых людей без сапрофитов, но роль макроорганизмов в росте патогенных свойств этих грибов велика. При заболеваниях, снижающих иммунитет человека, быстро развивается кандидоз. Заболевания желудочно-кишечного тракта. Обмен веществ (сахарный диабет) и нарушение баланса витаминов, лейкоз, а также нерегулярное лечение антибиотиками и стероидами повышают активность грибов и приводят к развитию заболевания.

Клиника. В зависимости от клинического течения заболевания различают формы заболевания (кандидоз слизистых оболочек и кожи, кандидоз онихса и паранихии) и системные

(висцеральные). В то же время выделяют и хронический генерализованный (гранулематозный) детский кандидоз.

Кандидоз больших складок (интертригинозный кандидоз) встречается у детей (в складках между ягодицами и ягодицами) и взрослых (под мышками и грудью, в области паха при ожирении). эрозии кажутся красными, четко разграниченными, покрытыми белой полосой. Вокруг очагов небольшие участки остатков эпидермиса и основные очаги.

Эрозия кончиков пальцев чаще встречается у кондитеров, посудомоечных машин и других. Патологический процесс располагается между 3-м и 4-м пальцами и характеризуется наличием рожи, темно-красного цвета, четко отграниченной и с серозной жидкостью посередине.

Кандидозная паронихия. Воспаление ногтя сопровождается инфильтрацией, отеком, гиперемией и опаданием эпидермиса, при котором ноготь становится тусклым, ломким, края изогнутые, шершавые, с гребнями и бывают разной толщины; шевелится, между ногтем и мякотью скапливается гной; При нажатии на ноготь вокруг него выходит гной.

Кандидоз углов рта встречается в основном у пожилых людей. Наличие глубоких морщин и мазеров в уголках рта создает благоприятные условия для развития кандидоза. Кожа в углу рта покрыта мацерированной, влажной и слегка опухшей слизистой оболочкой, которая при удалении показывает эрозию во рту. Патологический процесс симметричный, иногда может привести к покраснению губ; Больной испытывает боль при открывании рта. Кандидозный процесс следует отличать от стрептококковых эрозий, сифилитических папул и шанкров.

Отбеливание рта. В основном встречается у новорожденных. Слизистые оболочки языка, мягкого неба, десен и щек покрыты красновато-белым (гиперомиа) белым поясом: пояс соединяется вместе, образуя уакслитную мембрану. со временем он настолько плотно прилегает к слизистой оболочке, что удалить ее становится труднее. Клиническое течение кандидозного стоматита, глоссита и ангины наблюдается в результате поражения слизистых оболочек.

Кандидоз у детей с хронической генерализацией (гранулематоз) чаще всего наблюдается у молодых людей с кандидозом слизистой оболочки полости рта. Псориаз, инфильтраты и высыпания на коже лица (нос, щеки, лоб), волосистой части головы, тела, ног и рук. Эти пятна превращаются в зернисто-матовые очаги с безмолвной каймой. При удалении кожных покровов наблюдается растительность и гиперкератоз. После подавления патологического процесса на гладкой коже появляются атрофические рубцы, а на коже головы - облысения. При этом у таких пациентов развиваются поражения слизистых оболочек (кандидозный стоматит, глоссит, ангина), кандидозная паронихия, кандидоз кожи и внутренних органов.

Лечение. Обычные методы лечения включают нистатин (6 миллионов единиц в день), леворин (4 миллиона единиц в день), амфотерицин В, дифлуган, ламизил (250 мг в течение 14 дней) и другие противогрибковые препараты.

Для местного лечения используются анилиновые красители (генцианский фиолетовый, фулорсин, 5-10% раствор буры), мази клотримазол, леворин и ламизил. В то же время при лечении сопутствующих заболеваний целесообразно назначать высокие дозы витаминов (витаминов группы В).

Глубокие микозы Актиноминоз. Возбудителями являются анаэробные и аэробные актиномицеты, которые попадают в организм через дыхательные пути, слизистую оболочку кишечника и часто переходят из глубоких тканей и органов на кожу. Заболевание начинается с появления тяжелых инфильтративных бляшек и узелков (гуммы) в подкожной клетчатке (инфильтративная форма десен). Затем процесс переходит в подкожно-жировую слю, где образуются большие плотные узелки; затем узелки набухают и разрываются, образуя перфорированные полости, из которых выходит желтоватый гной с неприятным запахом. В гное обнаруживаются мелкие зерна, например колония актиномицетов. При разрыве крупных узелков появляются вегетативно-некротические, некротические массы, пчелы с мягкими краями (пчелиные формы), а пчелы образуют мосты, рубцы, прикрепляющиеся к подкожно-жировому слою. Изредка возникает форма поясничного пустулеза, которая сопровождается некрозом и образованием язв. Диагноз ставится на основании результатов гистологического исследования и обнаружения возбудителя. Рекомендуются актинолизат (фильтрат патогенных аэробных актиномицетов) и антибиотики.

Хромомикоз. Они содержатся в почве и растениях и могут вызвать повреждение поврежденной кожи. Инкубационный период составляет около 1-1,5 месяцев.

Клиника. Часто наблюдается покраснение стоп, твердая консистенция, иногда зудящие узелки и шишки, которые соединяются друг с другом, образуя большие инфильтраты. Патологический процесс сопровождается синеватым пятном, поверх которого располагаются вегетаснуа, уара и кора.

Лечение. Препараты йода для перорального применения. В качестве местного лечения рекомендуются витамин D2, инъекции амфотерицина В, диатермокоагуляция и хирургическое вмешательство.

Основные вопросы темы:

1. Классификация грибковых заболеваний кожи.
2. Кератомикозы: этиопатогенез разноцветного железа, клиника.
3. Диагностика и лечение столбняка.
4. Этиопатогенез эритразмы, клиника.
5. Диагностика и лечение эритемы.
6. Классификация дерматомикозов.
7. Этиология, клиника, диагностика и лечение эпидермофитии СНов.
8. Этиология, эпидемиология, клиника, клиника, диагностика и лечение эпидермофитии ногтей на ногах.
9. Этиология трихофитии, эпидемиология, клиника, клинические типы, принципы диагностики и лечения, профилактика.
10. Этиология, эпидемиология, клиника, клинические типы, принципы диагностики и лечения микроспории, профилактика.
11. Этиология, эпидемиология, клиника, клинические типы, принципы диагностики и лечения рубромикоза, профилактика.
12. Этиология Фавуса, эпидемиология, клиника, клинические типы, принципы диагностики и лечения, профилактика.
13. Клиника онихомикозов, диагностика, лечение.

Интерактивный метод, используемый на уроке

«Скорость, точность, полность»

Цель: Научить студентов быстро, точно и полностью определять свои знания по данной проблеме.

Основные принципы:

Группа делится на две подгруппы по уровню знаний. Подготовленные преподавателем вопросы складываются в конверты и нумеруются. Лидер каждой группы выбирает вопрос, по очереди произнося номер. В течение трех минут после прочтения вопроса группа поднимает табличку в руках, пока ученики готовят ответ. Если ответ неполный, его заполняет вторая группа студентов.

Тема занятия: Дерматомикозы.

Список вопросов, подготовленных учителем:

1. Классификация дерматофитов.
2. Тауанч симптомы следующих заболеваний.

СНов epidermofitias.

Эпидермофития когтя стопы.

Trichofitua.

Microsporiua.

Рубромикоз.

Фавус.

Онихомикоз.

Лечение эпидермофитии ногтей на ногах.

Отличие онихомикоза от дерматозов, сопровождающихся другими поражениями ногтей.

В конце урока учитель оценивает участие и действия каждого ученика и объявляет урок.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

Больной Б. 16 лет. Круглые пятна размером 5-6 мм встречаются на шее и груди. Пятна покрыты мелкой перхотью. Когда на пятна наносят йод, они приобретают темный цвет, в отличие от окружающей здоровой кожи.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы диагностики можно использовать для подтверждения диагноза?
3. Составьте план лечения.

Выпуск 2

У пациента 56 лет в области морщин четко обозначены пятна кирпичного цвета. У больного сильное потоотделение.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы диагностики.
3. Составьте план лечения.

Выпуск 3

У больного 23 лет трещины на коже между пальцами ног, по краям пластинчатая кожа эпидермиса. Когти больших пальцев обеих стоп желтые, бледные.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы клинические проявления данной патологии?
3. Опишите стадии повреждения ногтей.

Выпуск 4

Пациенту 8 лет был поставлен диагноз: четко обозначенное эритематозно-плоскоклеточное образование на коже черепа. В очагах волосы ломаются на высоте 6-8 мм. При повреждении дров печи наблюдается зеленоватое сияние.

1. Поставьте диагноз.
2. На что влияет эта патология?
3. Выбирайте препараты для лечения болезни.

Выпуск 5

У больного 9 лет - 2 крупных очага инфильтрации размером 5 * 6 см, четко разграниченных в шейной области головы. Поверхность очагов покрыта гнойной черной коркой. После удаления кожи под каждым волосным фолликулом остается отдельный гной. Лимфатические узлы на шее увеличены. У больного болит голова и поднимается температура тела до 38°С.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Какие лабораторные методы можно использовать для подтверждения диагноза?
3. Назовите источник заболевания данной патологии.
4. Каковы клинические симптомы данной патологии?
5. Составьте план лечения.

Выпуск 6

У мальчика 6 лет диагностирована эритематозно-плоскоклеточная сыпь с четкой границей 2 * 2, 3 * 3 см в области плеча, груди и спины. Посередине краев пораженных очагов появляются слегка приподнятые папулезно-везикулярные высыпания, на которых появляются перхоть, струпья. У пациента наблюдаются симптомы радужной оболочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите этиопатогенетический фактор данной патологии.
3. Составьте план лечения.
3. Какие грибы вызывают заболевание?
4. Что могут повредить эти патогены?

Использование case-метода

Время работы от 15 до 40 минут

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Основная тема: Дерматомикозы

Варианты клавиш:

У мальчика 6 лет диагностирована эритематозно-плоскоклеточная сыпь с четкой границей 2 * 2, 3 * 3 см в области плеча, груди и спины. Посередине краев пораженных очагов - слегка приподнятые папулы-пузырьки, летние высыпания, а на них обнаруживаются перхоть, струпья. У пациента наблюдаются симптомы радужной оболочки.

Сроки исполнения:

1. Сбор анамнестических данных.
2. Правильный первоначальный диагноз.
3. Приборы и лаборатория (проведение обследований).
4. Различаются с другими заболеваниями (первичная диагностика).
5. Поставьте окончательный диагноз.
6. Лечение гэджаси.

Студенты делятся на группы (3-4 человека). Письменный анализ и ситуационное разрешение за 10 минут

они готовят

Учитель

Предлагает рассмотреть результаты индивидуальной работы с Ключами, проанализировать и разрешить ситуацию

готовит сообщение о себе и предлагает разместить его в презентации в виде плаката.

Ученики

Они вместе анализируют индивидуальную работу. Важные аспекты ситуации, основные проблемы и пути их решения

определить способы доставки, сделать вывод о поиске подходящих вариантов решения, владеть внести исправления.

Учитель: объявляет о начале презентации групповой работы.

Спикеры группы: предоставить ситуационные варианты, ответить на вопросы и самостоятельно

уточнить свои презентации.

Выход из динамиков не должен превышать 10-15 минут, его нельзя остановить. Вопросы только ее

дается после вывода.

Ученики: оценить, выразить свое отношение к вариантам решения, предлагаемым группами, оптимальным выберите опцию.

Общая дискуссия длится 20-25 минут. Обсуждение основано на широком участии всех участников.

должно быть.

Педагог - организатор дискуссии:

Задаёт вопросы, откусывает, напоминает теоретический материал.

Тесты по теме 3

1. Укажите кератомикозы.

- А) эритразма
- Б) *chov epidermofitiua*
- В) кандидоз
- Ж) рубромикоз
- Г) трихофития

2. Какое заболевание входит в состав кератомикоза?

- А) эризеопелиод
 - Б) ракообразные
 - В) сарамы
 - Г) педра
 - Г) отрубные темиратки
3. По сравнению с какими заболеваниями диагностируют столбняк?
- А) вторичная травма
 - Б) трофическая уара
 - В) ууза трихофитиуаси
 - Г) chov epidermofitiua
 - Г) кандидоз
4. Не используется в цветном железе.
- А) иммуномодулятор
 - Б) витамины
 - В) кератолитические препараты
 - Г) противогрибковые
 - Г) антибиотики
5. Укажите клинические проявления эпидермофитии пальцев стопы.
- А) гнойно-инфильтративный
 - Б) антропоноз
 - В) рассеянный
 - Ж) дисгидротический
 - Г) себорейный
6. Укажите клинические признаки трихофитии.
- А) гнойно-инфильтративный
 - Б) плоскоклеточный
 - В) дисгидротический
 - Ж) опрелость
 - Г) себорейный
7. Симптомы гнойно-инфильтративной трихофитии.
- А) Ауспиты
 - Б) Асбо-Гансен
 - В) Пинкус
 - Ж) «рыбная икра»
 - Г) «ари ууаси»
8. Грибковое заболевание с поражением ногтей?
- А) рубромикоз
 - Б) ранг-баранг темиратки
 - В) эритразма
 - Г) актиномикоз
 - Д) сарамы
9. Причины трихофитии гладкой кожи:
- А) антропофильные грибы
 - Б) паразитарные вирусы
 - В) коринобактерии
 - Ж) в школьном возрасте
 - Г) зооантропофильные грибы
10. Типичное расположение эритразмы:
- А) волосатая часть головы
 - Б) на ногтевых пластинах
 - В) в складках чау
 - Г) между пальцами ног
 - Г) в области носка купола

4- Дерматит. Токсикодермы. Экзема.Профессиональные заболевания.

Тренировочное время -	Количество учеников-8-10 человек
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	1. Клиническая классификация и эпидемиология экземы. 2. Контактный и аллергический дерматит. 3. Токсикодермия. Классификация и эпидемиология синдрома Лайеллы и Стивена Джонсона, виды, клиника. 4. Основы лечения, диспансерный контроль.
Цель обучения:	Образовательные: Обучить студентов современной диагностике, сравнительной диагностике и оптимальному лечению экземы. классифицировать экзему, сформировать знания об этиопатогенезе заболеваний и особенностях детского возраста. , -дать клинические проявления, симптомы, синдромы, -Описание местного статуса, -дать представление об основах местного и общего лечения с примерами частных реставраций. Образовательные: Улучшение здоровья людей в сознании студентов на реальных примерах, стремление внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, привив им любовь к избранной профессии. Разработчик: для достижения развития студентов как современного персонала с помощью научно обоснованных данных, основанных на новой литературе в объяснении темы.
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал.
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

Экзема - еСлово «экзема» происходит от слова «ехео» - кипение, и заболевание названо так потому, что острое поражение экземой, наполненное мелкими пузырьками, напоминает кипящую воду. Имеет специфическую нейрогенно-аллергическую природу.

Этиология и патогенез Нервная система играет особую роль в возникновении и развитии экземы. Каждый дерматолог на собственном опыте заметил, что экзема может возникать или рецидивировать из-за раздражительности и сильного стресса.

По данным Т. П. Павлова (1894), область с экземой и окружающая кожа имеют повышенную электрическую чувствительность к боли, которая проявляется еще до появления сыпи. Иногда болезнь начинается с травмы периферической нервной системы. Исследования показали, что у большинства больных экземой выявляются различные изменения и заболевания центральной нервной системы. Наличие ацетилхолина в коже пациентов еще раз доказывает, что нервная система играет важную роль в патогенезе экземы. Дисфункция желудочно-кишечного тракта также играет роль в развитии экземы.

Schnitzer (1955) наблюдал различные патологические изменения внутренних органов у 93 из 136 больных экземой. В печени таких больных обнаруживается нарушение обмена веществ, снижена ее антитоксическая функция. Низкая кислотность желудочного сока у больных экземой

свидетельствует о высокой заболеваемости гастритом, колитом, холециститом, важной роли желудочно-кишечного тракта в патогенезе заболевания. Различные вещества также играют важную роль в возникновении экземы. Примером этого является экзема, вызванная синтетическими моющими средствами (щелочами, порошками), обнаруженными у домохозяйек. В настоящее время внимание многих ученых привлекают болезнетворные микроорганизмы, называемые «пневмоаллергенами». Пневмоаллергены на пыль, текстильные волокна, монеты из эпидермиса человека или животных и другие. В результате ухудшения состояния окружающей среды с каждым годом увеличивается количество болезнетворных факторов. Экзема также может возникнуть в результате приема различных лекарств и антибиотиков. Подробно они описаны в теме «Дерматиты». Говоря об этиологии и патогенезе экземы, важно помнить об инфекционных факторах.

Например, при микозе стопы или эпидермофитии чуже вторичные аллергические высыпания - экзематозные эпидермофиты - наблюдаются на участках, удаленных от очага заболевания. Похожая ситуация наблюдается при микробной экземе.

Клиника. Экзема подразделяется на следующие типы в зависимости от ее патогенетической природы, этиологических факторов и преимущественно клинических проявлений: экзема подбородка, микробная, профессиональная, себорейная и детская экзема. В зависимости от клинического течения различают острую, умеренно острую и хроническую экзему.

Подбородочная экзема. Сыпь характеризуется полиморфизмом, покраснением, появлением мелких узелков, волдырей, абсцессов, прыщиков, гнойничков и новообразований кожи. Сыпь при экземе имеет определенную эволюцию, то есть высыпания вызываются изменениями одного элемента за другим. Например, из узлов образуются пузырьки, а из них - пустулы.

Вышеперечисленные симптомы характерны для острой экземы подбородка, сыпь в основном появляется на лице, ягодицах, коже стоп и других частях тела и продолжается сильным сморщиванием, иногда раздражением и покраснением.

В зависимости от того, какой из морфологических элементов чаще встречается в клинической картине экземы, различают разные типы экземы: влажную, папулезную, везикулярную, пустулезную, плоскоклеточную и пустулезную.

Умеренно острая экзема - это более легкая форма острой экземы, характеризующаяся незначительным отеком и покраснением кожи, а также прекращением острой сыпи и значительным уменьшением сморщивания. Иногда бывает сложно определить, острая ли экзема или умеренная, в зависимости от клинических проявлений. При этом в зависимости от течения болезни условно делят на вышеперечисленные виды. Период экземы до 6 недель - острый, следующий - умеренно острый.

Хроническая экзема характеризуется клинической и гистологической инфильтрацией воспаления, поэтому кожа пораженного участка утолщается и утолщается. На коже с инфильтратом низкой эластичности появляются белые, желтовато-коричневые или красноватые пустулы, иногда узелки и волдыри. Хроническая экзема усугубляется определенными факторами; покраснение кожи, припухлость и высыпания.

Экзема не всегда протекает одинаково. Иногда сыпь возвращается вскоре и долго не повторяется. Когда экзема рецидивирует, она может захватить и другие участки пораженного участка.

Дисгидротическая экзема. Он сопровождается образованием крошечных волдырей на ладонях рук и ног. Кожа слегка краснеет, волдыри лопаются и оставляют царапину, которая покрывается желтыми волдырями, а иногда бывают случаи, когда волдыри затвердевают вместе с жидкостью внутри, не разрываясь. Здоровый участок вокруг пораженного участка резко отделяется от кожи.

При микробной экземе. более оральная пиодермия становится вторичной по отношению к экземе. Поэтому клиническая картина характеризуется наличием симптомов, характерных для экземы и пиодермии. Заболевание в основном наблюдается у телят, на внешней стороне волосистой части головы и на коже черепа, граница поражения резко разделена, форма гладкая и спокойная. Сыпь асимметричная. Пораженный участок кожи покрывается пластинчатой кожей, при удалении заменяется розовым пятном, экзематозными лунками и серозными каплями экссудата. Иногда вокруг пораженных участков появляются небольшие пустулы, которые могут

образовывать экзематозные поражения. Заболевание прогрессирует с усыханием. Микробная экзема бывает паратравматической и варикозной. Их внешний вид механический (неправильное приклеивание штукатурки),

Профессиональная экзема возникает на открытых участках кожи тела. Развитие болезни обусловлено появлением аллергенов, которые могут оказывать сенсibiliзирующее действие на организм. У большинства пациентов кожная проба положительна на сенсibiliзирующие факторы. Клиническое течение такого дерматита практически неотлично от экземы. Только при устранении аллергенов болезнь продлится дольше, чем дерматит.

Себорейная экзема(маслянистый гусь) - патологический процесс преимущественно в коже, где расположены сальные железы, в основном волосистая часть головы, серая стрелка вверх, длинная серая нижняя сторона, а также пятна и узелки, монеты и пустулы, которые заражают грудная клетка покрыта мелкими гнойничками и состоит из. Эти пятна желтоватые, границы довольно резко разделены, большинство из них сливаются друг с другом. В середине узлов могут образовываться звенящие элементы. Заболевание начинается при половом возбуждении. Себорейная экзема чаще всего протекает без сыпи. Пораженная кожа жирная, и эти участки имеют усыхание.

Детская экзема. Детская экзема в основном вызывается экссудативным диатезом или наследственными факторами, а также изменениями иммунной реактивности организма. Определяется, есть ли у родителей или родственников ребенка, больного экземой, различные аллергические заболевания. Из-за снижения иммунобиологических свойств организма пациента они становятся очень чувствительными к химическим веществам, продуктам питания и лекарствам.

Заболевание может начаться уже в первые дни жизни ребенка. Патологический процесс начинается в волосистой части лица, шеи, головы и постепенно распространяется на другие участки тела, эти участки тела краснеют и сморщиваются, появляются небольшие экссудативные узелки и волдыри. Везикулы разрываются и тело отекает, затем верхняя часть покрывается желтовато-желтыми пустулами, черной коркой, иногда у больных эритематозно-плоскоклеточной себореей. Затем болезнь может прогрессировать до диффузного или диссеминированного нейродермита.

Гистология. Спонгиоз наблюдается в шиповатом слое эпидермиса, затем клетки шиповатого слоя отделяются и образуют полости. В роговом слое наблюдается паракератоз. Расширены кровеносные сосуды в молочном слое дермы, вокруг которых имеется инфильтрат лимфоцитов, гистиоцитов. В хронической фазе болезни утолщается колючий слой и наблюдается акантоз, иногда наблюдается слабый спонгиоз.

Лечение. Регулирование диеты важно при лечении детской экземы. Важно ограничить количество углеводов, соли и жидкости, потребляемых с пищей, поскольку они усиливают процесс воспаления в коже. Лекарства, используемые для лечения экземы у детей, почти неотличимы от других видов лечения экземы. Единственная разница заключается в количестве принимаемого лекарства. При лечении экземы, прежде всего, необходимо устранить причинные факторы (аллергены) и лечить заболевания внутренних органов, нервов, эндокринной системы и других органов и систем. Используются седативные средства нервной системы (транквилизаторы и седативные средства) - бром, новакаин, тазепам, нозепам и другие. Хорошие результаты дают гипнотерапия и сонная терапия. Соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция), тиосульфат натрия рекомендуются для лечения аллергических реакций. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. Для снятия аллергии рекомендуются соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция), тиосульфат натрия. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы

пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. Для снятия аллергии рекомендуются соединения кальция (хлорид кальция, глюконат кальция), тиосульфат натрия. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. глюконат кальция) рекомендуется тиосульфат натрия. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. С первого дня лечения назначают антигистаминные препараты в терапевтических дозах. При более тяжелой форме экземы пациента госпитализируют и лечат кортикостероидами, средняя суточная доза которых составляет 30-40 мг. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь. В лечебный комплекс рекомендуется добавлять витамины, особенно витамины группы В, никотиновую кислоту (витамин RR) и другие. При себорейной экземе помимо вышеперечисленных препаратов назначают витамин Е (токоферол). Во время и после лечения необходимо соблюдать диету, не есть яйца, не есть жареную, острую, соленую, соленую пищу и не употреблять алкоголь.

Местное лечение проводится в зависимости от специфики каждого организма, а также типа и клинического течения заболевания. Если кожа опухшая и опухшая, рекомендуются холодные увлажняющие кремы и индифферентные пасты (свинцовые, лассо, нафталиновые пасты). Мази,

уменьшающие зуд (ментол, анестезия, дифенгидрамин), применяют после процесса острого воспаления. Использование мазей и кремов с кортикостероидами также увеличивает эффективность лечения. Основная задача при лечении хронической экземы - рассасывание инфильтрата. Для этого рекомендуются мази из серы (33% -5,0), нафталина (20% -1,00), дёгота (10% -2,0).

3-й лен антисептического стимулятора Дорогова (ДАС) более эффективен при рассасывании инфильтрации. Применяется в виде мази 5-10%.

Профессиональные заболевания

Профессиональные дерматозы (профдерматозы) - это кожные изменения или заболевания, вызванные производственными факторами. Классифицируют такие дерматозы по факторам, вызывающим заболевание, следующим образом:

1. Дерматозы, вызванные химическими веществами.
2. Дерматозы, вызванные физическими факторами.
3. Дерматозы, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний.

Профессиональные дерматозы, вызванные химическими веществами. Химические дерматозы занимают значительное место среди профессиональных дерматозов. Существует множество химических веществ, которые воздействуют на человеческий организм извне: а) непосредственно воздействуют на кожу и вызывают воспаление в этих областях, простые или обязательные эффекты (минеральные кислоты, щелочи, соли и т. Д.); В результате воздействия этих веществ повышается чувствительность организма к этим веществам (сенсбилизация), и они становятся аллергенами для макроорганизма. Обычно не все люди чувствительны к таким химическим веществам, у некоторых они вызывают воспалительную реакцию только на коже; б) два или более веществ (в сочетании)

лизатор и связывающий агент) реакции совместного возбуждения, например соли хрома; v} нефтяные углеводы и угольные продукты - летучие фракции (керосин, бензин и др.), банальный дерматит, воспаление фолликулярного аппарата, фотодерматит. гиперкератоз, иногда вызывающий опухоли кожи.

Следующие профессиональные дерматозы распространены в клинической дерматологии.

Профессиональный дерматит - острое воспаление кожи, при образовании которого какое-либо вещество не проникает в кожу в одном месте и не распространяется за ее пределы (баня, контактный дерматит). В этом случае после устранения эффекта признаков воспаления не будет.

Профессиональная экзема вызывается выделением химического вещества (аллергена), повышающего чувствительность организма в процессе производства. Эти дерматозы не отличаются от истинной экземы Дьюара в зависимости от клинической картины. УА является основным морфологическим элементом развития пятен, узелков, пузырьков, материи, zroziua, черной корки. Заболевание имеет тенденцию распространяться и часто повторяться. Еще сложнее определить, вызвана ли экзема вредным воздействием какого-либо вещества, имеющего непосредственное отношение к профессии. Позже болезнь рецидивирует, несмотря на потерю экзогенных факторов.

Фолликулярные собачки или жировые отложения чаще всего встречаются у людей, которые напрямую работают с нефтепродуктами и углем. Воспаление связано с волосяными фолликулами и сальными железами. Основные заболевания - слесари, смазочные материалы, угольщики и другие. Поражения чаще встречаются на коже запястий, бедер и живота. Вначале на волосяных фолликулах накапливаются небольшие черные пятна масла и угольной пыли, а затем в этих местах появляются опухшие узелки и шишки.

Токсическая меланодермия возникает в результате длительного воздействия углеводородов на кожу. Она связана с эритемой, пигментными пятнами, фолликулярным гиперкератозом, телеангиэктазией и другими симптомами в области трещины и на коже всего тела. Пораженные участки становятся коричневыми, и со временем на этих участках появляются полосы. Либа не морщится, не сморщивается, и лечение не дает должного результата.

Профессиональные поражения кожи или доброкачественные опухоли, легкая боль, овальной или круглой формы. характеризуется наличием ограничивающего кольца вокруг него. Эти симптомы обычно вызваны попаданием химикатов на ранее порезанные, поцарапанные, поцарапанные

участки или трещины. Они уникальны по внешнему виду, напоминают «птичий глаз». Профессиональные поражения кожи встречаются на пальцах ног, запястьях, а иногда и на ногах у тех, кто работает с кислотами, щелочами, карбидами и хромом.

В результате многолетней работы с углем и нефтепродуктами на коже появляются здоровые опухоли. Их можно увидеть на любом участке тела, а их внешний вид напоминает обычную бородавку или папиллому. Иногда они могут перерасти в злокачественные опухоли, поэтому важно выявить их как можно раньше.

Профессиональные аллергические дерматозы возникают в результате многократного воздействия аллергена на кожу человека и повышенной чувствительности организма. В то же время нервные, желудочно-кишечные, эндокринные нарушения, гнойные и грибковые инфекции могут вызывать аллергические реакции.

При аллергических дерматозах тест на возбудителя однозначно положительный, а на другие аллергены - отрицательный. Клинически аллергический дерматит похож на неаллергический контактный дерматоз, но с преобладанием аллергического дерматита. Для него характерно появление высыпаний даже на участках, не подверженных воздействию химикатов. Аллергические дерматозы быстро заживают при потере аллергена, а в случае рецидива он может выводиться из организма.

Профессиональные дерматозы, вызванные физическими факторами - Такие дерматозы вызываются высокими или низкими температурами, солнечным ударом, различными механическими воздействиями, поражением электрическим током и другими. Заболевание также может быть вызвано тяжелыми физическими нагрузками, буксировкой, земляными работами, бурением, асфальтированием и т. Д.

Улучшение производственных условий, механизация всех тяжелых работ приводит к резкому снижению профессиональных дерматозов, вызванных физическими факторами. В руках у тех, кто не много работает, есть несколько «пакетов с водой». Это не профессиональное заболевание, а физиологическая химическая реакция организма на механические воздействия. Однако многолетние физические нагрузки приводят к утолщению кожи ладоней рук, что у этих людей становится признаком определенной профессии. Иногда эти участки разрываются, что приводит к вторичной пиококковой инфекции, которая может привести к гнойному заболеванию, которое может привести к временной или полной потере трудоспособности.

Стигмы разные в разных профессиях, например, плотник, кузнец, сапожник, у колхозников сухая упаковка и глазурь, кровопийцы (шахтеры), пятна на коже пожарных, раскаленный металл в виде шрамов, оставленных на металлистах, работающих с порошк.

У тех, кто работает под непосредственным воздействием внешней среды, бывают случаи холода или, наоборот, теплового удара.

Несоблюдение санитарных правил при работе с радиоактивными веществами, а также несвоевременное проведение дозиметрического контроля, аварии на АЭС могут привести к острой или хронической лучевой болезни.

Профессиональные дерматозы, вызванные возбудителями инфекционных заболеваний. Если заболевание передается напрямую при выполнении работы по какой-либо профессии, это называется профессиональным заболеванием. Остановимся на некоторых из них, на самых распространенных из них.

Профессиональные грибковые заболевания кожи

- Ветеринары и сельскохозяйственные работники, зоотехники, животноводы, доярки, а также банные работники, экспериментаторы на животных, часто контактирующие с животными, пораженными грибковыми заболеваниями, в процессе работы подвергаются воздействию микроспоридий. *favus*, *epidermofitiua*, рубромикоз, кандидоз, актиномикоз, споротрихоз. Обычно по клиническим проявлениям они мало чем отличаются от аналогичных непрофессиональных заболеваний.

Эриспелоидная чума или чума свиней. Возбудитель - бациллы, вызывающие у свиней желтую лихорадку. Болезнь в основном поражает домашних животных, мясников, мясников, рабочих столовых, консервных заводов, рыбозаводов и птицеводов, которые находятся в тесном контакте с больным животным, подхватывают болезнь в процессе работы. Бациллы попадают на

пораженный участок кожи и проявляют клинические признаки заболевания после непродолжительного мочеиспускания. Сначала образуется четкая граница, и эти участки превращаются в красновато-синюю эритему и становятся болезненными. В пораженных очагах появляются узелки и волдыри. Суставы больного опухают, становятся болезненными, увеличиваются лимфатические узлы, повышается температура и недомогание. Позже эритематозное поражение становится розовато-синим. Заболевание может длиться от нескольких дней до нескольких недель и перейти в хроническую форму. Если у пациента не было постоянного иммунитета, он мог заразиться.

Узелки у молочных коров обнаруживаются в тесном контакте с крупным рогатым скотом (коровы, овцы, козы). Заболевание также может передаваться ветеринарам и зоотехникам, возбудителем которых является вирус оспы.

После инкубационного периода 3-4 дня на пальцах рук, запястьях, иногда на коже появляются узелки горошинной формы. Цвет у них голубовато-розовый, середина вогнутая, как врожденная, преимущественно на участках гиперемии и припухлости. Иногда между узелками могут появляться гнойные пузыри. Заболевание длится несколько недель, после чего остается гиперпигментированное пятно или рубец. В результате механизации доения заболеваемость резко снизилась.

Методы диагностики, лечения и профилактики профессиональных заболеваний. Некоторые профессиональные дерматозы диагностировать несложно, так как они наблюдаются только у людей определенных профессий (толстые фолликулярные собаки, профессиональные щенки). Кроме того, некоторые люди, выполняющие одну и ту же работу, внезапно заболевают. Однако отличить профессиональные дерматозы от непрофессиональных дерматозов очень сложно. Следует отметить, что в повседневной жизни мы используем моющие средства для стирки, а также многие бытовые аллергены, такие как лак, клей, краски, никель, скипидар, которые, конечно же, являются аллергенами, связанными с их производством.

Аллергические эффекты веществ, используемых или полученных на производстве сотрудников, регулярно изучаются специалистами санитарно-эпидемиологической станции, а клиническая картина заболевания оценивается дерматологом. Вспышки профессиональных заболеваний и их клинические проявления зависят, прежде всего, от условий труда, производственных условий, окружающей среды и аллергенных свойств веществ, вызывающих чувствительность кожи, и, самое главное, от санитарно-гигиенических навыков рабочего.

Для определения профессиональной предрасположенности заболевания и оценки его характера следует использовать следующую информацию:

1. Близость макроорганизма к условиям работы и действующему веществу. Какие участки кожи пациента находятся рядом с действующим веществом, контактировали ли они ранее с таким же веществом; необходимо определить, были ли на учете в этом учреждении подобные пациенты
2. длительность заболевания, есть ли у пациента изменения кожных покровов перед началом работы. Определить, распространилась ли болезнь, необходимо при работе с другими технологическими процессами или новыми химикатами.
3. Клиническое течение болезни. У большинства пациентов возникает рецидив, как только они прибывают в свое учреждение, и если они не работают какое-то время, они немедленно выздоравливают или их состояние ухудшается. Если долго не работать, пациент выздоравливает. в таких случаях подтверждается, что болезнь имеет отношение к профессии. Если болезнь полностью не вылечена (даже если больной не работает в том месте, где работает), а на ее месте появляются высыпания, то болезнь не имеет отношения к профессии.
4. Расположение очагов инфекции. В зависимости от профессии очаги поражения при дерматозах обнаруживаются в основном на открытых участках кожи.
5. Чтобы доказать актуальность дерматозов для любой профессии (определить чувствительность организма к химическому веществу, используемому в этой профессии), были проведены кожные пробы. Компрессионные и капельные пробы широко используются в дерматологии.

Метод сжатия. Марлю размером 1,5 x 1,5 см, смоченную в растворе стимулятора, складывают на четыре части и кладут на предплечье писателя, затем закрывают и завязывают компрессную бумагу размером 4 x 4 см. Документ оформляется на срок от одного дня до двух дней.

Капельный метод. Этот метод очень прост и применим в любой ситуации. Спиртовой раствор действующих веществ, широко используемых в производстве, заранее готовится для капельного тестирования. Каплю раствора закапывают в здоровую кожу (кожу живота) и окружают химическим карандашом. Результат фиксируется через 24-48 часов. Если реакция положительная, на месте закапывания появляется небольшое количество эритемы, припухлости, одного или нескольких узелков или волдырей. Для отделения от неспецифических реакций вещества симметрично прессуют с помощью раствора сулема 1: 1000 в компрессе, 4,5% водного раствора формалина и 2% спиртового раствора сулема капельным методом. Проведение аллергических реакций требует от специалиста большой ответственности. В то же время отрицательный результат кожной пробы не стал поводом отрицать профессиональный характер заболевания.

Лечение профессиональных дерматозов. Прежде всего, необходимо немедленно удалить активное вещество или аллерген с кожи, а также принять меры по нейтрализации кожи и предотвращению повторного попадания этих веществ в пораженные участки кожи. Аллергические или неаллергические профессиональные дерматозы

Лечение непрофессионального дерматита почти такое же, как и лечение непрофессиональных дерматозов.

При остром начале профессиональных аллергических дерматозов - антигистаминные препараты, 30% раствор тиосульфата натрия или 10% раствор хлорида кальция по 10 мл ежедневно внутривенно в течение 8-10 дней; глюконат кальция вводится между мышцами.

Основные вопросы темы:

- 1) Причины нормального дерматита.
- 2) Клиника простых дерматитов, диагностика, лечение.
- 3) Причины аллергического контактного дерматита.
- 4) Клиника, диагностика, лечение аллергического контактного дерматита.
- 5) Причины токсикодермии, клиника, диагностика.
- 6) Эритема с сульфаниламидом.
- 7) Синдром Стивенса-Джонсона: причины, клиника, диагностика, лечение.
- 8) Синдром Лайелла: причины, клиника, диагностика, лечение.
- 9) Розовая лихорадка Джибера, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 10) Множественная экссудативная эритема: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Основные вопросы темы:

- 1) Опишите экзему
- 2) Этиопатогенез экземы
- 3) Классификация экземы
- 4) Клиника экземы подбородка.
- 5) Детская и себорейная экзема.
- 6) Клинические типы микробной экземы
- 7) Сравнительный диагноз экземы.
- 8) Общее и местное лечение экземы.
- 9) Профессиональные дерматозы.
- 10) Профессиональная экзема
- 11) Профессиональные заболевания, вызванные химическими факторами
 - контактный дерматит
 - масляный фолликулит
 - аллергический дерматит
 - эпидермиты
- 12) Профессиональные заболевания, вызванные физическими факторами.
- 13) Профессиональные заболевания, вызванные инфекционными факторами.
 - эризиопелиоидный
 - Паравакцина
 - профессиональные микозы

14) Диагностика профессиональных заболеваний (кожные пробы)

15) Лечение профессиональных заболеваний.

Технология интерактивных методов, используемых на уроке

Выражение идеи методом ротасиуа

Цель: Повысьте уровень участия всех учеников в группе, позвольте им учиться друг у друга.

Основные принципы:

Этот метод основан на анализе темы индивидуально с небольшими группами и с целыми группами, при этом каждая подгруппа анализирует три задачи в течение 30 минут, а следующие 15 минут анализируют их все вместе. Для одитора будет повешено несколько заданий. Каждая небольшая группа (2–3 человека) обсуждает в течение 19 минут и записывает ответы на свои варианты, затем переходит к другому заданию и так далее. Каждая группа получает свой цветной фломастер. 1-я группа - синий, 2-я группа - черная, 3-я группа - зеленая. Каждый лист должен быть помечен тремя маркерами. Через 10 минут задания выполняются поочередно. Группа зачитывает ответы предыдущей группы и добавляет. Не должно быть повторяющихся ответов. Через 10 минут УА перейдет к следующему заданию, прочтите газету и заполните ее своими ответами. Проанализировано через 15 минут. Оптимальный ответ находится и записывается в тетрадь. Этот метод ориентирован на групповой анализ темы.

Пример: 1) Этиология и классификация дерматитов.

2) Синдром Лайелла, клиника, диагностика.

3) Общее и местное лечение дерматитов и токсикодермий.

Используя фломастер разного цвета, удобно оценивать реакцию каждой группы. Ответы предварительно пронумерованы, и правильные ответы удобно подсчитывать. Малые группы с наибольшим количеством ответов получают максимальное количество баллов.

«Ручка посередине стола»

Тема: Объяснять болезни с положительной симптоматикой Никольского с симптомами тауанча. Группа студентов определяется по номерам. Каждый ученик выбирает одно заболевание, которое ему лучше всего известно, и записывает его на листе бумаги. Ручка кладется в середину стола, а лист передается следующему ученику. После того, как все студенты записали свои болезни, они по очереди высказывают свое мнение.

Например: студент выбрал синдром Лайелла. Для него характерны следующие симптомы: тяжелая форма токсикодермии, острое начало, лихорадка, симптомы интоксикации, в том числе четыре стадии развития. Сыпь, волдыри, эрозии, эритематозный фон. Признак Никольского положительный, в мочевом пузыре клеток Цанка нет. Лейкоцитоз периферической крови, повышение ЕСНТ, эозинофилия, нейтрофилия, снижение протеинурии.

Мозговой штурм

Цель: научить студентов мыслить быстро и четко за короткое время.

Принципы: Учащиеся группы задают учителю соответствующий вопрос. Каждый студент высказывает свое мнение в кратчайшие сроки. Однако в процессе зарождения и формирования гуаши не должно быть критических мыслей и замечаний. Хорошо поддерживать поток идей любым способом, а потому и каким-то странным образом. Говорите как можно больше. Необходимо комбинировать комбинации и развивать их. Короткие замечания сделаны без обширных аргументов. После этого идеи делятся с людьми, которые создают идеи и обрабатывают их.

Преимущества: Этот метод учит умению выражать свое мнение другому человеку, находить выход из любой экстремальной ситуации, обмениваться идеями, спорить, убеждать своих оппонентов в правильности своего мнения.

Тема урока: Экзема.

Вопросы, заданные учителем.

1) Описание экземы.

- 2) Основные клинические признаки экземы.
- 3) Клинические проявления экземы.
- 4) Клиника микробной экземы.
- 5) Общее лечение экземы.
- 6) Местное лечение экземы.

«Горячая картошка»

Цель: Эта задача учит студентов быстро и полностью выявлять знания.

Принципы: Учитель стоит позади участников и аплодирует или стучит карандашом по столу. В это время участники передают мяч друг другу. Через несколько секунд учитель прекращает постукивать, и в этот момент участник, владеющий мячом, отвечает на вопрос. Если ответ неправильный, у другого участника будет возможность ответить. Процесс повторяется несколько раз, чтобы у большинства участников была возможность ответить.

Тема урока: Экзема.

Вопросы, заданные учителем.

- 1) Классификация экземы подбородка.
- 2) Китайская клиника экземы.
- 3) Подбородок и ложный полиморфизм.
- 4) Местное лечение экземы.

Использование case-метода

Время работы от 15 до 40 минут

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Основная тема: экзема

Варианты клавиш:

На щеках у 6-месячного ребенка обнаруживаются экссудаты, узелки, волдыри, струпь, эрозии. Больного беспокоят слезотечение и зуд.

Срок исполнения.

1. Сбор анамнестических данных.
2. Правильный первоначальный диагноз.
3. Проведение инструментальных и лабораторных исследований.
4. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
5. Поставьте окончательный диагноз.
6. План лечения.

Студенты делятся на группы (3-4 человека). Письменный анализ и ситуационное разрешение за 10 минут

они готовят

Учитель

Предлагает рассмотреть результаты индивидуальной работы с Ключами, проанализировать и разрешить ситуацию

готовит сообщение о себе и предлагает разместить его в презентации в виде плаката.

Ученики

Они вместе анализируют индивидуальную работу. Определить важные аспекты ситуации, основные проблемы и способы их решения, сформулировать вывод о поиске подходящих решений,

внести исправления.

Учитель: объявляет о начале презентации групповой работы.

Спикеры группы: предлагать варианты решения ситуаций, отвечать на вопросы и разъяснять свои презентации.

Выход из динамиком не должен превышать 10-15 минут, его нельзя остановить. Вопросы будут задаваться только после его выступления.

Ученики: оценить, выразить свое отношение к представленным группами вариантам решения, выбрать оптимальный вариант.

Общая дискуссия длится 20-25 минут. Обсуждение должно основываться на широком участии всех участников.

Педагог - организатор дискуссии:

Задаёт вопросы, откусывает, напоминает теоретический материал.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

Больной В. 40 лет. На коже пальцев есть симметричные высыпания в виде «перчаток». Очаги четко разграничены, выявляются вздутия кожи, гиперемия, волдыри. По словам пациента, белье появилось после инструмента.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения

Выпуск 2

Больной К. 26 лет. Больной ОРВ. После приема сульфадиметоксина у пациента появились коричнево-красные пятна на коже полового члена. Зуд и раздражение кожи вызывают раздражение.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. С какими заболеваниями сравнивать?
3. Определите варианты лечения.

Выпуск 3

Больной А. 15 лет. Заболела ангиной. После введения пациенту пенициллина на коже тела появились коричнево-красные пятна, быстро лопнувшие волдыри. Симптом Никольского положительный. Наблюдается септическая лихорадка, нефротический синдром. Клетки Zank в лаборатории не обнаружены.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями сравнивать?
3. Прежде всего, определите лечебные меры, которые необходимо предпринять.

Выпуск 4

Больной Б. 24 года. Во время уборки урожая с фигового дерева появились ярко-красные эритематозные пятна на запястьях и ладонях, пальцах рук. В этих очагах образуются плотные пузырьки, заполненные серозной жидкостью.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите местные меры лечения!

Выпуск 5.

Больной Д. 45 лет. После нанесения краски для волос появляется покраснение кожи, опухшие веки и мочки ушей, небольшие красные узелки.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения (общий и местный).

Текущие вопросы по теме

.1-масала

У 40-летнего пациента архипелагоподобные поражения на пальцах рук и запястьях. Наблюдаются полиморфизм сыпи и обезвоживание. Больного беспокоит зуд.

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите высыпания.
3. Составьте план лечения.

2- масала

В области левой ноги больного расположен очаг в виде тематического круга с каймой размером с детскую ладонь. В печах наблюдается инфильтрация, образование корок, капельное орошение. Больного беспокоит сильный зуд.

1. Поставьте диагноз
2. Разработайте местный и общий план лечения.

Выпуск 3

У пациента имеются тематические эритематозно-плоскоклеточные очаги на тыльной стороне волосистой части головы и за ушной раковиной. Духовки имеют желтоватые слои. Больного беспокоит зуд.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы клинические типы заболевания?
3. Составьте план лечения.

4- масала

Экссудаты, узелки, волдыри, струпья, эрозии выявляются на щеках у 6-месячного ребенка, на щеках, на теле волосистой части головы, на отекающей гипериммунной коже. Больного беспокоят слезотечение и зуд.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

5- масала

У 30-летнего мясника была небольшая припухлость и покраснение на правом пальце. На этом участке волдыри, узелки, беспокоит сильная боль. Наблюдается регионарный лимфаденит.

1. Залить диагностику.
2. К каким дерматозам относится данная патология.
3. Возбудитель болезни.

Тесты по теме 4

1. Причины контактного дерматита:
 - А) локальное влияние влиятельных лиц
 - Б) при парентеральном введении препаратов
 - В) в результате аутоиммунных процессов в коже
 - Г) под воздействием ультрафиолета
 - Г) от рентгеновских лучей
2. Что способствует искусственному дерматиту:
 - А) косметическая продукция
 - Б) увелир украшения из золота
 - В) украшения из серебра
 - Ж) инъекция пенициллина
 - Г) инъекции витаминов
3. Залог включает:
 - А) концентрированная кислота, щелочь
 - Б) синтетические моющие средства
 - В) увелир на основе платины
 - Г) ультрафиолетовые лучи
 - Г) инъекция пенициллина
4. Буллезный вызван токсическим эпидермолизом:
 - А) от наркотиков
 - Б) от ионизирующего излучения
 - В) из концентрированной кислоты
 - Ж) длительная вибрация кожи
 - Г) из концентрированных щелочей
5. Токсический эпидермальный некролиз включает:
 - А) токсикодермия
 - Б) контактный дерматит

- V) фитодерматит
 - Ж) солнечный ожоговый дерматит
 - Г) холодное избиение
6. Укажите клинические проявления токсикодермии:
- A) фиксированная эритема
 - Б) холодный удар
 - V) фитодерматит
 - Ж) пеллагрозный дерматит
 - Г) внешний вид упаковки
7. Укажите тяжелую форму токсикодермии:
- A) синдром Лайелла
 - Б) фиксированная эритема
 - V) фитодерматит
 - Г) бромодермия
 - Г) фитодерматит
8. Какое заболевание можно сравнить с диагнозом диссеминированная токсикодермия?
- A) Розовые темиртки Джибера
 - Б) псориаз
 - В) красные уасси темиртки
 - Ж) болезнь Боровского
 - D) Видал темиртки
9. Опишите клинический тип мультиформной экссудативной эритемы.
- A) Синдром Стивенса-Джонсона
 - Б) синдром Лайелла
 - V) Синдром Сенира-Ашера
 - Ж) болезнь Боровского
 - Г) Розоватое железо Джибера
10. Укажите основные клинические симптомы мультиформной экссудативной эритемы.
- A) симптом «птичьего полета»
 - Б) знак «троица»
 - В) Знак Пинкуса
 - Ж) Знак Поспелова
 - Г) симптом «бабочки»

Тесты по теме 4

1. Укажите клинический тип экземы.
- а) nummular
 - б) себорейный
 - в) варикозное расширение вен
 - г) детская экзема
 - г) пруригиоз
2. Укажите тип микробной экземы.
- а) дисгидротический
 - б) варикозное расширение вен
 - в) детская экзема
 - г) идиопатический
 - г) себорейный
3. При каком типе экземы пораженные участки напоминают «острова архипелага»?
- а) подбородок
 - б) себорейный
 - в) рогатый
 - г) микробы
 - г) микоз
4. Какие клинические признаки наблюдаются при экземе?

- а) «серозные лунки»
 - б) сетка Уикхема
 - в) Пчелиный улей Села
 - г) яблочное желе
5. При каком типе экземы процесс асимметричный.
- а) микробный
 - б) относящиеся к профессии
 - в) дисгидротический
 - г) себорейный
 - г) подбородок
6. Каков характерный признак профессиональной экземы?
- а) Появление на открытых участках тела
 - б) Возникновение на всех участках тела
 - в) сохраняться, даже если эффект прекращен.
 - г) не зависит от влияний
 - г) нет правильного ответа.
7. Симптомы, характерные для экземы.
- а) гиперкератоз, трещины
 - б) неровности
 - в) Vegetasiua
 - г) фолликулярная пустула
 - г) фликтена
8. Пруригиоз - сравнительный диагноз экземы.
- а) ранг-баранг темиратки
 - б) эритразма
 - в) псориаз
 - г) дерматит
 - г) нейродермит
9. Основное место дисгидротической экземы.
- а) тыльная сторона пальцев
 - б) внутренняя длина номера
 - в) волосатая часть головы
 - г) подмышечная борозда
 - г) генетические области
10. Часто развивается паратравматическая экзема.
- а) вокруг трофических мочеточников у теленка
 - б) в ухе выше
 - в) в районе естественных лунок
 - г) на крупных суставах
 - г) на лимфатических узлах
11. Какие препараты применяют при обезвоживании экземы?
- а) пасты
 - б) мази
 - в) дерматологические компрессы
 - г) кремы
 - г) мокрые стыки
12. Какие мази применяют в остром подостром периоде экземы без обезвоживания?
- а) целестодерма
 - б) сера - салицилат
 - в) «Ируксон»
 - г) «Элаком»
 - г) «Вульнузан»

13. Определите «stigma», относящуюся к профессии.
- а) формирование пакетов
 - б) области бубона
 - в) точечная ониходистрофия
 - ж) экскорриуасиуа
 - г) Vegetasiua
14. Профессиональный аллергический дерматит возникает по следующим причинам.
- а) в красителях
 - б) учителя
 - в) в мясных лавках
 - г) в патологоанатомах
 - г) в кислотно-основных щелочах
15. Что из перечисленного является химическим этиологическим заболеванием?
- а) жировой фолликулит
 - б) токсическая меланодермия
 - в) аллергический дерматит
 - г) эпидермис
 - г) все правильно
16. Методы диагностики профессиональных заболеваний.
- а) Аллергологические кожные пробы
 - б) биохимическое исследование крови
 - в) коагулограмма
 - г) определение содержания углеводов
 - г) проверить обратную жидкость миуа
17. Что из перечисленного является естественным инфекционным профессиональным заболеванием?
- а) эризипеллоид
 - б) контактный дерматит
 - в) токсическая меланодермия
 - г) эпидермис
 - г) профессиональная токсикодермия
18. Какие из следующих профессиональных заболеваний встречаются у млекопитающих?
- а) паравакцина
 - б) аллергический дерматит
 - в) экзема
 - г) жировой фолликулит
 - г) кандидоз
19. Вызывает токсическую меланодермию.
- а) риванол
 - б) антибиотики
 - в) кислоты
 - г) щелочи
20. Укажите вид микробной экземы.
- а) паратравматический
 - б) дети
 - в) себареуали
 - г) подбородок
 - г) относящиеся к профессии.

Практические навыки

1. Определение дермографии:

Значение дермографии в диагностике заболевания велико. Определяется реакцией кожной нервной системы на механический зуд. Если лопаткой надавить на кожу, она краснеет и теряет

свой цвет через 2-3 минуты. Это нормальная дермография. Красная дерматография встречается при дерматите, экзема - при псориазе, а белая дерматография - при таких заболеваниях, как зуд, нейродермит, эксфолиативный дерматит.

Порядок действий (шаги)

Этап №	Осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, обнаружение дермографии	Максимальный балл	Собрано мяч
1	Подготовка пациента к обследованию	5	
2	Обратите внимание на цвет кожи	5	
3	Определение тургора, эластичности, влажности или сухости кожи	5	
4	Осмотрите лицо, шею, тело, гениталии и ступни по порядку. Обратите внимание на наличие высыпаний и их характеристики.	10	
5	шпатель для инъекций на поверхность кожи. Кожа становится красной и через 2-3 минуты цвет исчезает.	20	
6	внимание к нормальной и патологической дермографии	20	
7	Объясните процесс (Статус localis)	35 год	
	Общее	100	

Практические навыки

Местные методы лечения: Техника смачивания

Увлажнение применяют в период обострения, обострения заболевания, когда кожа горячая и влажная.

Показания: острый дерматит, водянистая экзема, экссудативный диатез у детей.

Необходимое оборудование: повязка или марля лекарственного вещества почечный сосуд.

Процедура:

1. Руки моют и вытирают.
2. Пациенту объясняют курс лечения и переводят в удобное положение.
3. Марлю или бинт складывают в 4-5 слоев и разрезают по размеру поврежденной кожи.
4. Марлю пропитывают лекарством из емкости, немного отжимают и затем привязывают к пораженному участку кожи.
5. Повязку меняют и увлажняют каждые 10-20 минут, чтобы она не высыхала.

Порядок действий (шаги)

№	Время, отведенное на задачу - 10 минут.	Максимальный балл	Собрано мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Определите процесс, который необходимо проверить	15	
3	Перед применением местного средства патологическое поражение следует очистить от скоплений гноя, волдырей и пузырей со скорлуп.	30	
4	Чем острее процесс, тем большее поверхностное действие должно иметь выбранный препарат.	10	

5	При острых и подострых формах воспаления используются пасты из спрея, препараты из увлажняющих коктейлей.	10	
6	Кремы, мази, пасты и компрессы применяют при хронических и глубоких процессах.	20	
7	Джами	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Сульфаниламидная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла

На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Тема 5: Нейродерматозы.

Псориаз. Красный плоский лишай .

5.1 Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников - 8 человек
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нейродермит: ограниченные и широко распространенные клинические типы. 2. Зуд. Строфулус. Зудящая кожа. Опухоль Квинке. 3. Этиопатогенез псориаза, клиника, сравнительная диагностика, поражения кожи и слизистых оболочек. 4. Этиопатогенез, клиника, сравнительная диагностика, поражение кожи и слизистых оболочек розеи. 5. Принципы лечения псориаза и краснухи.
Цель обучения:	<p>Образовательные: Обучить студентов проблемам современной диагностики, сравнительной диагностики и оптимального лечения нейродерматозов, классификации нейродерматозов, формированию знаний об этиопатогенезе заболевания и его особенностях в детском возрасте. Описание клинических проявлений, симптомов, синдромов - Описание на сайте Status localis, дающее представление об основах местного и общего лечения с примерами конкретных рецептов</p> <p>Обучить студентов вопросам современной диагностики, сравнительной диагностики и оптимального лечения псориаза, скарлатины, болезней, классификации болезней, формирования знаний об этиопатогенезе и особенностях детского возраста при псориазе, скарлатине. Клинические проявления, симптомы, синдромы Описание status localis - дать представление об основах местного и общего лечения с примерами частных реставраций.</p> <p>Образовательные: На реальных примерах по предмету студенты стремятся улучшить здоровье населения, внести свой вклад в улучшение медицинского уровня населения, привить им любовь к избранной профессии.</p> <p>Разработчик: Достижение развития студентов как современных кадров на основе новой литературы, научно обоснованных данных в объяснении темы.</p>
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах

Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

4.2. <i>Нейродерматозы. технологическая карта практических занятий</i>		
Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверка чистоты аудитории 2. Проверка готовности студентов к занятиям. 3. Контроль посещаемости	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	1. Подготовка учебного контента по теме. 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	1 «Нейродерматозы. Псориаз. Красный плоский утюг» Устный вопрос, тест, вопрос для определения уровня базовых знаний по теме. 2. «Сручка в середине проволоки » я предметный анализ в интерактивном режиме 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.
Основная сцена	1. «Нейродерматозы. Псориаз. Красный плоский утюг» Устный вопрос, тест, выпуск. 2. Используются демонстрационные плакаты. 3 Интерактивный тематический анализ «Трехэтапное интервью» 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.
Заключительный этап	1. Финалист заключает 2. Обеспечивает самостоятельную работу: Профессиональные кожные заболевания: влияние экзогенных и эндогенных факторов на развитие заболевания. 3. Дает домашнее задание: Дерматозы мочевого пузыря: Акантолитическая язвенная болезнь. Лечение дерматита.	Он слушает Делает заметки Делает заметки

НЕЙРОДЕРМАТОЗ

Нейродерматозы - сильный зуд телавключает ряд кожных заболеваний, связанных с. К ним относятся усыхание кожи, различные типы нейродермита, зуд, крапивница и многое другое.
зуд кожи (КОЖАНЬЙ Зуд)

Смягчение кожи длится долго и сопровождается усадкой и ссадинами кожи. В настоящее время известно о специфических рецепторах, вызывающих зуд. без понятия. Некоторые ученые также считают, что болевые рецепторы сокращаются; Считается, что импульсы зуда проходят по нервным волокнам в подкорковые и корковые центры и становятся субъективными ощущениями.

Он также встречается при заболеваниях крови, обмена веществ, печени, почек, поджелудочной железы.

Поэтому необходимо предварительно внимательно осмотреть внутренние органы пациента.

Объективные признаки сморщивания крачек характеризуются отсутствием на коже первичных морфологических элементов и наличием ссадин и геморрагических корочек от вторичных элементов. Таким образом, кожный зуд - следствие нарушения субъективной чувствительности. В результате длительного зуда кожи ногти у пациента выглядят «шаткими». Зуд усиливается во второй половине дня или вечером, иногда настолько сильный, что даже влияет на трудоспособность пациента и приводит к депрессии. Когда зуд кожи длится долго, развивается лихенификация, которая постепенно может переходить в нейродермит.

Возникает диффузный или ограниченный зуд кожи, ограниченный тип чаще всего наблюдается в области половых органов (вульва и вульва), который вызывается глистами, остроконечными кондиломами, вегетативным неврозом, местным потоотделением, эндокринными заболеваниями и т. Д.

Лечение. В первую очередь необходимо своевременно выявить и устранить вышеперечисленные этиологические причины. В основном назначают симптоматическое лечение, антигистаминные препараты, гипосенсибилизаторы, а также седативные средства - тазепам, элениум, седуксен, аминазин и другие.

Местное лечение - тимол (1-2%), карбол (2%) и ментальные растворы; Рекомендуются охлаждающие смеси (болты), содержащие ментол и анестезию. Полезны кортикостероидные мази.

Нейродермит- Хроническое, рецидивирующее воспаление кожи, сопровождающееся сильным зудом тела с последующим появлением узловатой сыпи - папулы, утолщение кожи, обострение лихенификации. В зависимости от клинических проявлений нейродермит бывают диффузные и ограниченные типы. Также существуют атипичные формы нейродермита, такие как гипертрофический, гиперкератотический, фолликулярный, диффузный лихенификация.

Этиология и патогенез. Нейродермит в основном вызывается эндогенными факторами, функциональные изменения нервной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, эндокринной системы, нарушения обмена веществ играют важную роль в развитии нейродермита. Невротические расстройства нервной системы: сильное возбуждение, слабость, астения, эмоциональная нестабильность, бессонница и др. Методы обследования, такие как электроэнцефалография, плетизмография, хроноксиметрия, показали наличие функциональных изменений центральной и вегетативной нервной системы (стабильный дермографизм, выраженный пиломоторный рефлекс, нарушения терморегуляции и секреции пота и др.).

Иногда дисфункция центральной нервной системы может быть вторичной, в результате бессонницы и сильного зуда нервная система становится напряженной, и это нейродермит. отрицательно сказывается на клиническом течении.

«Стресс», вызванный нагрузкой на нервную систему (сильное возбуждение и др.), Сильно влияет на деятельность коры надпочечников, при которой выработка гормонов замедляется или полностью прекращается; Снижаются противовоспалительные свойства организма, увеличивается потребность в глюкокортикоидных гормонах.

Следовательно, уменьшение количества кортикостероидов у пациентов приводит к усилению аллергической реакции или рецидиву патологического процесса в коже.

Вышесказанное показывает, что нервная и эндокринная системы тесно взаимосвязаны.

Сообщалось о повышенной или пониженной активности щитовидной железы у большинства пациентов с нейродермитом.

Значение аллергического процесса в патогенезе нейродермита определяется следующими данными:

1. Тщательное изучение истории болезни пациента показывает, что он страдал детским диатезом в молодом возрасте; волдыри, сыпь и экзематозные «колодцы» на коже встречаются чаще, чем другие элементы (инфильтрация, лихенификация). Это характерно для нейродермита экссудативного типа.

2. При очаговом нейродермите аллергические высыпания могут обнаруживаться на участках, удаленных от пораженного участка.

3. Большинство пациентов с нейродермитом страдают аллергией на лекарства и продукты питания.

4. Нейродермит иногда сопровождается аллергическими заболеваниями, такими как бронхиальная астма, вазомоторный ринит, крапивница.

Таким образом, нейроэндокринные нарушения и аллергические реакции играют важную роль в возникновении и развитии нейродермита. Патологические изменения, обнаруженные в разных органах и системах, указывают на развитие взаимозависимости.

Хроническое воспаление слизистой оболочки толстой кишки и анального канала играет важную роль в патогенезе ограниченного нейродермита вокруг заднего прохода. Хронический гастрит, колит, энтероколит, гастроэнтероколит и проктоанусит приводят к запорам. В результате токсины всасываются в кишечнике, и организм подвергается аутоинтоксикации.

Кроме того, трещины на коже вокруг ануса, геморрой, рвота являются одними из этиологических факторов, вызывающих ограниченный нейродермит.

Диффузный нейродермит. В клинической картине диффузного нейродермита на фоне неострой кожной эритемы сильно развивается лихенификация и инфильтрация.

Вспышки, по-видимому, обостряются во время беременности в области шеи, рук, ног, гениталий и бедер. Первичным морфологическим элементом является узелок, который располагается на нормальной неизменной коже или на светло-розовой коже. Эти узлы объединяются, образуя инфильтруемые области. Кожа при патологическом процессе сухая, поверхность покрыта эксклюзивными и мелкозернистыми монетами. Также на естественных складках тела появляются длинные складки. Типичные симптомы - сильный зуд кожи, мономорфные высыпания, расстройства нервной системы, одермография, четкий пилomotorный рефлекс, нейродермит. Сильный зуд может привести к нарушениям сна и невротическим расстройствам. Пациентам с гипотонией, гиперпигментацией, адинамизмом, аллергическими реакциями, пониженной секрецией желудочного сока и мочи.

Клиническое течение нейродермита часто связано с фальсификацией. Заболевание в основном обостряется зимой и достигает клинической ремиссии летом.

Нейродермит может сосуществовать с бронхиальной астмой, вазомоторным ринитом, сенной лихорадкой и другими аллергическими заболеваниями.

Под воздействием некоторых сильных раздражителей бывают случаи острого воспаления патологического процесса (пузырьки, чихание, покраснение).

Гистопатология. Пара и гиперкератоз, акантоз, на коже. Внутри и между клетками находится опухоль, а вокруг резко расширенных кровеносных сосудов в дерме - лимфогистиоцитарный инфильтрат.

Ограниченная нейродермия. Сильно раздражается определенный участок кожи. Поражения располагаются на шее сзади или сбоку, половых органах, складках между ягодицами, в сгибателях крупных суставов. В начале болезни изменения кожных покровов практически незаметны. По мере усиления зуда на коже появляются небольшие узелки, которые покрываются твердой консистенцией, перхотью. Позже узлы могут соединяться вместе и занимать мало места. Сыпь светло-розовая, коричневая, округлой формы. Кожа постепенно утолщается и утолщается (lichenifikasija) (рис. 22). В ходе заболевания появляются средние и гиперпигментированные периферические отделы, состоящие из бледно-розовых узелков в центре лишайника, которые подвержены лихенификации. царапины наблюдаются при острых воспалительных поражениях.

Иногда образующиеся тромбы превращаются в черную чесотку, часто усугубляемую вторичной пиодермией. Заболевание длится долго.

Гистопатология. Наблюдаются паракератоз, акантоз, инфильтрация молочных и ретикулярных слоев дермы.

Лечение. Седативные и психотропные препараты используются при лечении нейродермита. Для снижения аллергического состояния организма рекомендуются десенсибилизирующие и антигистаминные препараты (тавегил, задиген, дифенгидрамин и др.). С целью нормализации деятельности центральной нервной системы и уменьшения невротического состояния используются сон, гипноз, препараты брома, нейролептики (триоксазин, элениум, седуксен, мепротан), ганглиоблокаторы (нанофин, аминозин, гексан) и другие. Используются витамины (витамины группы В, А, RR). В тяжелых случаях назначают кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон, триамсинолон и др.).

К физиотерапевтическим средствам относятся сероводород, радоновые ванны, ультрафиолетовые лучи, ПУВА-терапия и другие.

Кортикостероидные мази (Синалар, Лоринден, Флузинар, Целестодерм, Дерматоп и др.) Используются в качестве местного лечения. При ограниченном нейродермите вокруг пораженных очагов вводят гидрокортизон, кенолог и другие стероидные гормоны. Использование лучей Баки при нейродермите мигрени также дает хорошие результаты. Во избежание прогрессирования и рецидива заболевания рекомендуется лечение в санаториях (Чартак, Чимган), для устранения хронических инфекций.

Атопический дерматит Атопический дерматит является многофакторным наследственным заболеванием и является наиболее распространенным дерматозом в детской дерматологии.

Этиология и патогенез. Важно определить происхождение заболевания на ранних стадиях заболевания: детская экзема, диатез, а также наличие аллергических состояний или заболеваний у близких родственников (аллергический ринит, бронхиальная астма, экзема и т. Д.). Факторами атопического дерматита являются заболевания желудочно-кишечного тракта (несварение желудка, ферментопатия, дисбактериоз, плохое усвоение витаминов и белков) в период грудного вскармливания и раннего детства, а также у детей старшего возраста - психоэмоциональное переутомление, стрессы и др. Некоторые ученые говорят, что атопический дерматит - это форма нейродермита, в то время как другие считают, что каждая из них является самостоятельным заболеванием. Однако у детей с атопическим дерматитом в детстве

Клиника. Заболевание возникает преимущественно в паху (вокруг глаз и рта), шее, локтях и ниже колен. В патологических очагах встречаются эритема - плоскоклеточный рак, фолликулярные папулы, везикулезы, эрозии, корочки, монеты, эти элементы расположены преимущественно в лихенизированной коже (рис. 23). В то же время аналогичные клинические проявления кожи встречаются и на других участках тела. Сухая кожа и сильный зуд характерны для атопического дерматита, часто первичные очаги осложняются вторичными инфекциями.

Лечение. Аналогично лечению нейродермита и детской экземы. Опыт показал, что он очень полезен при лечении атопического дерматита.

Зуд (ПРУРИГО) Известно несколько типов кожного зуда: почесуха младенческая, почесуха взрослая.), узловый кожный зуд (prurigo nodularis), кожный зуд (prurigo Ne'gae).

Зуд у детей. Заболевание впервые было изучено Викканом и Бейтманом, которые назвали его строфулузом. Заболевание возникает у детей от 6 месяцев до 3-4 лет. Если патологический процесс не заживает вовремя, детский кожный зуд может превратиться в классический кожный зуд Гебры. Многие ученые также называют детский зуд детским зудом.

Этиология. Факторы, вызывающие кожный зуд у детей, не отличаются от факторов детской экземы. Детский зуд чаще встречается у детей с экссудативным диатезом (иногда детская сыпь позже вызывает зуд). Вызвать заболевание могут рвота, неправильное питание или кормление ребенка искусственными молочными продуктами, несварение желудка из-за непереносимости определенных продуктов (яйца, шоколад).

Клиника. Вначале на коже образуются морщинки. Посередине большого количества шишек появляются очень зудящие узелки, размером с головку узла. На концах узелков образуются

пузырьки. Узелки ярко-красные, мелкие, конические, твердой консистенции. Узелки обычно быстро исчезают, а узелки Длится дольше. На локтях и ягодицах появляются высыпания. Сильный зуд тела нарушает аппетит у детей со сном, они становятся капризными. Вторичная пиодермия может быть связана с кожным зудом, и в этом случае заболевание носит хронический характер. Если вовремя не лечить, это может перерасти во взрослый зуд или диффузный нейродермит.

Гистопатология. Изменения кожных покровов в начале болезни практически не отличить от изменений попки. Позже образуется дермоэпидермальный узелок, также называемый серозной папулой. Инfiltrат вокруг кровеносных сосудов содержит лимфоциты, гистиоциты и эозинофилы; папилломатоз, спондилез и образование пузырей на эпидермисе.

Лечение. Основа лечения - диетическое лечение; яйца, мед, шоколад, конфеты, соленые и жареные блюда запрещены. Рацион должен состоять в основном из овощей (морковь, капуста, горох) и фруктов. Молочные продукты: рекомендуются ацидофиллин, кефир. Диета должна быть с низким содержанием жиров, углеводов и высоким содержанием витаминов (А, В, С).

Необходимо устранить источники глистов и хронических инфекций, которые являются одним из факторов, способствующих заболеванию.

Для снижения гиперчувствительности у пациентов желателен использовать антигистаминные препараты и нейролептики, при более тяжелом течении заболевания назначают кортикостероиды. В качестве местного лечения рекомендуются 1% дифенгидрамин, анестетики и кортикостероидные мази. Если заболевание осложняется, то применяется раствор анилиновых красителей, мази, содержащие антибиотики.

Зуд у взрослых. Кожа кистей и стоп, талии, живота, ягодиц сморщивается и становится узловатой. Папулы рассыпаны в поту, большая их часть покрыта кровотокающей и огрубевшей кожей, узелки сильно зудят, а после их исчезновения иногда остаются рубцы. Некоторые элементы на коже выглядят как неровности. Часто заболевание осложняется вторичными инфекциями. При кожном зуде, как и при нейродермите, меняется общее состояние больных и развивается нервное состояние. Заболевание хроническое.

Лечение аналогично лечению нейродермита.

Узловой зуд. Заболевание впервые было описано Хардуэем в 1880 году.

Этиология и патогенез неизвестны. Некоторые ученые считают, что причиной заболевания является нарушение работы половых желез, другие считают, что интоксикация играет важную роль в патогенезе узлового зуда. Однако нарушения нервной и желудочно-кишечной систем также влияют на возникновение и развитие болезни. Укусы насекомых (комаров и блох, наручники) также могут вызывать заболевание.

Клиника. Он покрыт плотными шаровидными узелками и узелками размером 7-13 мм; Узелки могут иметь форму грецкого ореха или больше. Заболевание сопровождается сильной усадкой. Иногда высыпания возникают спонтанно или сочетаются друг с другом, занимают малозаметное место и вызывают гипертрофию. Узлы также могут быть гипертрофированы или сохраняться долгое время.

Гистопатология. Утолщение рогового слоя, а иногда и зернистого слоя, явный акантоз в дерме, инфильтрация лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов в сетчатке. Отчетливо видны отсутствие коллагеновых и эластических волокон в центре инfiltrата, гиперплазия нервного волокна, утолщение шванновской оболочки.

Лечение. Стероидные растворы, 25% раствор метиленового синего и 1-2% раствор новокаина вводят возле и под узлы. Для удаления узелков используются жидкий азот, уголекислота, диатермокоагулянты; Назначаются десенсибилизирующие и антигистаминные препараты. Местное лечение заключается в применении кортикостероидных или абсорбирующих мазей (нафталина, ихтиола, ДАС).

Крапивница - аллергическое заболевание, характеризующееся появлением волдырей на коже, иногда на слизистых оболочках, и сильным зудом.

Этиология и патогенез. В основе заболевания лежит повышенная чувствительность организма к различным воздействиям. Причины заболевания могут быть экзогенными (химические, механические, физические, фармацевтические, пищевые) и эндогенными (патология внутренних

органов - нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, печени, нервной системы). Под влиянием эндогенных и экзогенных факторов в организме увеличивается количество гистамина, серотонина и других биологически активных веществ, в результате чего эти вещества расширяют капилляры, повышают их проницаемость и вызывают острый отек в молочном слое дермы. Гистамин и другие биоактивные вещества в основном находятся в базофильных клетках и высвобождаются из клеток при повышении активности ферментов протеазы.

Клиника. По клиническому течению различают острую, хроническую рецидивирующую и стойкую узловатую формы ослы.

Острая икота внезапно начинается с волдырей на коже пациента и сильного зуда. Шишки выступают над кожей, розовато-красные, круглой формы или могут быть удлинёнными, иногда они сливаются друг с другом и принимают разные формы (рис. 25). При этом меняется общее состояние больного, повышается температура тела, появляется слабость, желудочно-кишечные расстройства, «крапивница». Ослы могут перемещаться по разным частям тела. Сыпь часто возникает в гортани, гортани и других участках слизистых оболочек, где эти участки опухают, что затрудняет дыхание и глотание. Через несколько часов эшуакем полностью исчезает, иногда повторяясь.

Острая ограниченная опухоль Квинка (ангионевротическая опухоль) - это тип острого ослы, характеризующийся появлением ограниченной опухоли на коже (или слизистых оболочках), подкожной клетчатке или гениталиях. Кожа грубая, эластичная, беловатая или розовая. Пациенты также не жалуются на зуд.возможный. Это часто сопровождается нормальной задницей. Ограниченный отек Квинке более опасен, и его сыпь в гортани может вызвать стеноз или асфиксию.

Количество высыпаний на моей хронически повторяющейся попке невелико. но они длтятся месяцами или годами. Этот вид ослы - хронические инфекционные очаги.(тонзиллит, холецистит и болячка). При появлении высыпаний меняется общее состояние пациента, наблюдаются случаи головной боли, тошноты, рвоты и диареи, а также эозинофилия и тромбоцитопения в крови.

Устойчивый узловый герпес возникает в результате стойких высыпаний на коже пациента и появления папул. В этом случае ограниченная опухоль в коже постепенно замещается инфильтратом лимфоцитов, и наблюдается процесс гиперкератоза, акантоза. Сыпь в основном красновато-коричневая, распространяется на области письма рук и ног.

Он принадлежит к группе фотодерматозов, которые образуются под воздействием солнца, в основном при заболеваниях печени и порфириновом обмене. и у людей, очень чувствительных к солнечному свету. Заболевание возникает весной и летом и возникает на открытых участках тела, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, руки, шея). Элементы сыпи ничем не отличаются от элементов в нормальной заднице.

Гистопатология. Для него характерен процесс острого воспаления. В эпидермисе между клетками возникает опухоль, а в молочном слое дермы - скопление серозной жидкости, хрупкость соединительной ткани, инфильтрат вокруг сосудов, состоящий из эозинофилов, лимфоцитов и гистиоцитов.

Диагностика. Опознать мою задницу несложно. Заболевание следует отличать от строфулуса, дерматита, вызванного укусами насекомых, а также от герпетического дерматита Дгоринга.

Лечение В первую очередь необходимо выявить и устранить причины заболевания (патология ЖКТ и нервной системы, очаги хронических инфекций и др.). Рекомендуются гипосенсибилизирующие, антигистаминные и седативные средства. В тяжелых случаях назначают стероиды. . При острой болезни ослы рекомендуется давать мазь, очищающую мазь, мочегонные средства (фуросемид, лазикс и др.).

В качестве местного лечения используются водные и свинцовые пасты, коктейли, гормональные мази и кремы. Пациентам рекомендуется диета.

Псориаз - Хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиление пролиферативных процессов и нарушение дифференцировки (развития) клеток эпидермиса. Заболевание длится годами и чередуется с рецидивами и ремиссиями.

Эпидемиология: псориаз поражает 2% населения мира. Согласно литературным данным, псориаз широко распространен в Западной Европе и Скандинавии. Например, в Дании он составляет - 2,9%, в Великобритании - 2,0%, в Норвегии - 4,8%, а в Китае и Гонконге - 0,37%. Мужчины и женщины в равной степени подвержены этому заболеванию. Псориаз чаще всего встречается у людей в возрасте от 20 до 40 лет.

Этиология и патогенез. Существует несколько теорий происхождения псориаза: наследственные, иммунологические, нейрогенные, эндокринные, нарушения обмена веществ (углеводы, белки, жиры, циклические нуклеотиды, кейлоны и др.).

- **Наследственная теория.** Было обнаружено, что псориаз чаще встречается у родственников. Соответственно, псориаз делится на два типа: Тип 1 возникает в семьях и родственниках людей, страдающих псориазом, и начинается в возрасте 18-25 лет. Этот тип составляет 65%, и болезнь более тяжелая. Псориаз 2 типа относительно легок в возрастной группе 50-60 лет, и семейных случаев не выявлено. Такой анализ показывает, что псориаз - многофакторное заболевание с генетической долей 60-70%. Различные гены участвуют в развитии псориаза по отдельности или вместе. У больных псориазом обнаружены нарушения жирового и углеводного обмена и увеличение количества протеогликогена (mys, fos, abl) в коже.

- **Иммунологическая теория.** Нарушения иммунной системы играют ключевую роль в патогенезе псориаза. В этом случае рост Т-лимфоцитов, пролиферация и дифференцировка эпидермальных клеток - вторичный процесс. Первые изменения происходят в дерме и эпидермисе. Процесс воспаления в дерме приводит к нарушению деления клеток эпидермиса, что проявляется повышенной пролиферацией. Гиперпролиферация приводит к секреции цитокинов и эйкозаноидов кератиноцитами. Это вызывает воспаление в псориазическом поражении. В поврежденных очагах клетки продуцируют интерлейкин-1 (ИЛ-1), который, в свою очередь, активизирует Т-лимфоциты (помощники). Этот фактор (ИЛ-1) вырабатывается кератиноцитами и активизирует лимфоциты тимуса.

ИЛ-1 приводит к инфильтрации Т-лимфоцитов в эпидермисе. Т-лимфоциты продуцируют интерлейкин и интерферон. Это приводит к повышенной гиперпролиферации эпидермальных кератиноцитов.

Нарушается пролиферация кератиноцитов и увеличивается образование кератиноцитов в 28 раз больше, чем обычно. Экспериментальный псориаз возник, когда Т-лимфоциты были взяты у больного человека и введены в кожу мышей.

Триггерные факторы включают стресс, физические травмы, лекарства, инфекционные заболевания, гипокальциемию, алкоголь, климат и многое другое.

Клиника. Псориаз начинается у пациентов с различными клиническими проявлениями. Первичная сыпь резко ограничена, размер круга проявляется в виде розового пятна размером с головку булавки.

М. С. Пильков отмечал, что псориазическая сыпь имеет розовый (красный) цвет. (Симптом Пилькова) Цвет сыпи может варьироваться от ярко-розового (красноватого) до ярко-красного. От появления красноватого пятна на поверхности бело-серебряных монет. В некоторых случаях первичный элемент при пальпации с самого начала выглядит как узелок. В таких случаях, если монеты удалены, этот вид исчезает. Размер сыпи постепенно увеличивается, инфильтрация увеличивается. По мере увеличения и размножения монет появляются мономорфные высыпания в виде узелков. Появляется периферическое разрастание высыпаний или слияние крупных высыпаний различной формы. Основная отправная точка - конечности. В основном, локти, колени, волосистая часть головы, кожные складки и участки тела. У некоторых пациентов псориазическая сыпь может располагаться в области письма и образования пузырей. Это называется обратимым псориазом (обратный псориаз). Диагноз псориаза характеризуется тремя специфическими симптомами (псориазическая триада) и феноменом Кобнера или изоморфной реакцией. Псориазическая триада характеризуется раздражением папулы, которое состоит из трех явлений.

1) перхоть с бело-серебряными монетами (феномен стеарина или свечного масла), 2) образование влажной сыпи после удаления монет (феномен терминальной или псориазической корки), 3) кровянистые пятна, если раздражение продолжается » Наблюдается благоприятное или кровавое

явление росы. Эти явления являются результатом патогистологических изменений (паракератоз, акантоз, папилломатоз). В клиническом течении псориаза выделяют 3 стадии.

4. Прогрессивный период: для него характерно появление высыпаний, зуда на теле, расширение старых элементов и появление красной бахромы вокруг папул, появление язв, феномен Киобнера и псориазная триада.

5. Стационарный период: прекращается высыпание, прекращается рост соцветий к периферии.

6. Регрессивный период: период угасания сыпи. Вокруг папул - депигментированное соцветие (соцветие псевдоатрофное Воронова). Папулы начинают рассасываться из центральной или периферической части. После впитывания элементов часто остаются депигментированные, иногда гиперпигментированные пятна.

Виды псориаза в зависимости от размера псориазной сыпи:

- 1) размер точечных высыпаний до размера головки булавки.
- 2) капельные высыпания крупнее головки булавки.
- 3) фигурные высыпания. В этом случае они образуют фигуры разной формы.
- 4) тарелки для монет бывают большие и большие.
- 5) географически очаги связаны друг с другом, напоминают географическую карту.
- 6) напоминающая кольцевидную форму, когда кольцевая сыпь начинает регрессировать из центра

Изоморфная реакция Киобнера типична для псориаза, и специфические для псориаза папулы появляются на пораженных или поцарапанных участках через 10-14 дней или позже. При псориазе слизистые оболочки меньше повреждаются. Это происходит в основном в виде пустулеза и тяжелых артропатических поражений. Поражение ногтей (в основном рук, иногда стоп) является одним из симптомов псориаза. Это называется симптомом «ангишвона». Кроме того, могут наблюдаться линейные и поперечные поражения, изменение цвета ногтей, деформация ногтевых пластин, переломы свободной части, онихолиз или онихогрифоз. Повреждение ногтей чаще встречается при артропатической, пустулезной и псориазной эритродермии. Повреждение ногтей не всегда свидетельствует о тяжести заболевания. УА также может быть обнаружен при псориазе с ограниченной ониходистрофией. Повреждение ногтей при псориазе следует сравнивать с другими дерматозами.

Из субъективных симптомов псориаза пациенты жалуются на зуд в области раны, особенно в волосистой части головы, а при артропатическом типе боли в суставах.

Выделяют следующие клинические проявления псориаза:

- 1) вульгарный (простой) псориаз
- 2) экссудативный псориаз
- 3) себорейный псориаз
- 4) артропатический псориаз
- 5) псориаз erythrodermiaasi
- 6) пустулезный псориаз
- 7) псориаз ладоней и подошв.
- 8) псориаз интертригиноз

Экссудативный псориаз. От обычного псориаза отличается преобладанием экссудативных процессов, в результате чего при псориазных высыпаниях на коже кожа становится желтой.

Себорейный псориаз. Он располагается в основном в волосистой части головы и себорейных областях и имеет уникальный клинический вид. Процесс протекает долго в ограниченном виде, а воспаление проявляется в виде слабой перхоти. В таких случаях сложно диагностировать псориазные высыпания, если они не находятся на других участках кожи и не передаются по наследству. Кроме того, в области груди хорошо видны папулы или чешуйки, покрытые слоями монет. Знак псориазной триады слабее вульгарной.

Артропатический псориаз. Это тяжелая форма заболевания, часто приводящая к инвалидности, а иногда и к смерти от кахексии. При псориазе поражение суставов является признаком системного процесса. Этот тип чаще встречается у мужчин. Начало болезни бывает разным. Повреждение суставов иногда ограничено, иногда сопровождается кожной сыпью. Рентгенологические изменения суставов: остеопороз вокруг суставов, сужение суставов,

остеофиты, цистоз костной ткани, эрозия костей, олигоартрит, псориатический спондилит, псориатический сакроилит. Жалобы на сильную боль в суставах. Пораженный сустав краснеет и опухает на I стадии болезни. Ухудшается общее состояние больного, повышается температура тела, снижается аппетит, нарушается деятельность желудочно-кишечного тракта. Эти симптомы постепенно исчезают, процесс становится острым, а затем хроническим. Со временем это приводит к деформации суставов и анкилозирующему спондилиту.

Псориатическая эритродермия. Псориаз развивается как осложнение, а также в результате неправильного лечения, неправильного применения мазей, УБН, инсоляции. Erythrodermia постепенно занимает всю кожу. В этом случае кожа становится бледно-красной, гнойной, покрывается сухими белыми монетами. Когда пациент раздевается, с него выпадает большое количество бело-серебряных монет. Кожа, мочки ушей и кожа головы выглядят так, будто их присыпали мукой. Кожа инфильтрирована, опухшая, горячая на ощупь и слегка шершавая. Больные жалуются на кожный зуд, стянутость кожи, раздражение. Типичные псориатические папулы и прыщи обнаруживаются на некоторых участках кожи. Erythrodermia ухудшает течение псориаза. Общее состояние больного нарушено, температура тела повышается до 38-39С,

Существует 2 типа пустулезного псориаза: генерализованный пустулезный псориаз (Джумбуш) и ограниченный ладонный пустулез (Барбер). Обобщенная форма тяжелая. Повышение температуры тела, слабость, лейкоцитоз сопровождаются повышением ЭХТ. На фоне эритемы появляются небольшие папулы в области прыщиков и неизмененных участков кожи, что сопровождается болью и раздражением. Пустулезный ладонный псориаз встречается часто, сыпь симметричная. Пустулы появляются внутри эпидермиса и инфильтрируются и лихенифицируются на фоне кожи гипермия.

Псориаз ладоней и подошв. Этот тип псориаза встречается у физически активных людей в возрасте от 30 до 50 лет. Клинически различают следующие типы: линзовидные, круговые, разветвленные, уплотненные. Типичные псориатические высыпания возникают на других участках кожи. Явления терминальной перепонки и пятна кровавой росы обнаружить трудно.

Интертригиноз псориаз Псориаз морщин чаще встречается у детей и пожилых людей, особенно у людей с диабетом. Процесс часто возникает под мышками, под молочными железами, вокруг пупка, в межреберье. Перхоть не известна, очаги поражения четко разграничены, стебель гладкий, красноватый, иногда слегка влажный. Иногда в складках появляются трещины.

Сравнительный диагноз

Псориаз можно сравнительно диагностировать со следующими заболеваниями.

парапсориаз.

с травматическими папулами

красный уасси темиртки

псориатическая эритродермия

при эритродермическом типе грибкового микоза

рыжие темиртки

ревматоидный артрит

При болезни Рейтера

Сравнительная диагностика псориаза с капельным парапсориазом.

При псориазе эпидермальные папулы разных размеров покрывают белыми серебряными монетами. Псориаз характеризуется «псориатической триадой». Сыпь часто начинается на конечностях и располагается на коже черепа и тела.

При парапсориазе высыпания часто располагаются с обеих сторон тела, а не на лице и голове. Перхоть не заметна, папулы нечетко прикрыты тонкой монеткой, края которой плотно сомкнуты посередине, слегка приподняты. Перхоть видна только при расчесывании (симптом сильной перхоти). Монеты не так легко отделяются, как псориаз, и их цвет желтовато-белый. Явлений стеарового пятна и терминальной мембраны не наблюдается, явление пятнистой кровавой росы наблюдается незначительно. Сыпь не сливается и кожный зуд у пациентов не наблюдается. Парапсориаз - это полиморфизм и хроническое рецидивирующее заболевание.

Различные аспекты вторичной папулезной язвы. При псориазе сыпь более яркого цвета и наблюдаются эпидермально-кожные папулы. Папулы вторичного поражения имеют слабый розовый цвет и появляются кожные папулы. В псориазных папулах много перхоти, которая разрастается по периферии и сливается между собой, образуя бляшки. Наблюдается феномен «псориазной троицы». Серологические реакции в ране отрицательные.

Из красных уасси темиртки При псориазе цвет сыпи розовато-красный. Часто возникает перхоть, редко повреждаются слизистые оболочки. У красного восковидного железа высыпание располагается в складках, цвет пурпурный. Между папулами имеется пупочное вдавление, признак Уикхема положительный, часто сопровождается поражением слизистых оболочек и слизистой оболочки рта, наблюдается сильный интенсивный зуд кожи.

Различные аспекты эритродермического грибкового микоза. Заболевание начинается и сохраняется значительно позже, инфильтрация сильно выражена, волосы сплетены, генерализованная лимфаденопатия, интенсивный стойкий зуд кожи, ладонный гиперкератоз.

Сравнительный диагноз кандидоза от рубромикоза и эпидермофитии холеры следует ставить при локализации псориаза в зонах компенсации между пальцами. Кандидоз области больших складок протекает остро. Больше травмируются наиболее уязвимые участки кожи, сложно определить границы, сильно выражена сыпь, с краев раны свисают остатки эпидермиса. Многочисленные мелкие очаги в виде пятен-пузырьков летом можно обнаружить на участках кожи, близких к этой травме. Отличие от рубромикоза: при псориазе подошв ног меньше повреждаются ногти на ногах, на ногтях проявляется признак «ангишвона». Феномен «псориазной троицы» является положительным, и грибов, подобных рубромикозу, в области раны не обнаруживают. При рубромикозе подошв стоп перхоть очень мелкая, ногти желтоватые, бледные, утолщенные, часто ногтевые пластины смяты, наблюдается состояние атрофии, обнаруживается грибок в очаге.

Артропатический псориаз протекает тяжелее ревматоидного артрита и чаще встречается у мужчин. При артропатическом псориазе процесс сопровождается поражением ногтевых пластин в области последних фаланг пальцев. Кроме того, межпозвоночные и пояснично-боковые суставы могут быстро срастаться, процесс часто бывает асимметричным, что приводит к деформации суставов, ревматоидный артрит отрицательный.

Гистопатология:

При псориазе наблюдается нарушение процесса ороговения с развитием патогномичных симптомов, что в 27 раз больше, чем при обычном обморожении. В эпидермисе наблюдаются паракератоз, акантоз, внутриклеточный отек, скопление нейтрофилов из дермы (микроабсцесс Манро). Роговой слой над узелком утолщается, состоит в основном из паракератотических клеток с палочковидным пучком. Между клетками рогового слоя много трещин, и, поскольку они заполнены воздухом, монеты имеют серебристый вид. При более старых высыпаниях гиперкератоз встречается чаще, чем паракератоз. Гранулярный слой может быть утрачен или состоять из однослойных клеток. В дерме наблюдается папилломатоз. Очевидно, что капилляры молочной железы расширены и наполнены кровью. В молочном слое и под ним имеется воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, гистиоцитов.

Уход: Лечение псориаза должно быть в основном противовоспалительным, антигиперпролиферативным эпителиальными клетками и дифференцировкой их нормализации. Существует множество методов лечения псориаза, каждый из которых необходимо лечить индивидуально, прежде чем назначать какое-либо лечение. Также важно психологическое состояние пациента с учетом пола, возраста, профессии, клинических форм, периодов, сезонности, распространенности заболевания, сопутствующих заболеваний, предыдущих курсов лечения. В беседах с больным необходимо объяснить ему болезнь, рассказать об успехах, достигнутых в лечении.

Пациенту следует рассказать о необходимости своевременного лечения и соблюдения предписаний врача, объяснив таким образом, что заболевание позволяет достичь длительной ремиссии.

Независимо от клинической формы и стадии заболевания больные псориазом должны соблюдать диету и уход за кожей. Таким пациентам нельзя употреблять алкоголь, не есть острую

и жирную пищу., Джем) следует ограничить. употреблять богатые белком молочные продукты, рыбу, мясо, овощи, фрукты.

Общий метод лечения

Гипосенсибилизирующие препараты: 30% тиосульфат натрия, 10% хлорид кальция или глюконат кальция.

антигистаминные препараты: диозалин, супрастин, дифенгидрамин, аналлергин, лоратад, тавегил, кетотифен и др.

седативные препараты

витамины (А, С, V, никотин)

иммуномодуляторы

ПУВА - терапия

селективная фототерапия

ароматические ретиноиды

Re ПУВА-терапия метотрексат

Циклоспорин А (сандиммун-Неорал)

Глюкокортикостероиды

ПУВА-терапия. При лечении псориаза рекомендуется использовать препараты (фотосенсибилизаторы), повышающие чувствительность кожи к ультрафиолету. Этот метод лечения называется ПУВА-терапией. В качестве фотосенсибилизаторов можно использовать пувален, ламадин, псоберан, аммифурин. В настоящее время используются светоизлучающие устройства общего назначения типа ПУВА-22, ПУВА-22А, ВАЛ ДМАНН-УФ-1000, ПУВА-12 для конечностей, ПСОРИЛУУКС-3050 и ПУВА-4 для головы. Однородное УФ-излучение УА находится в диапазоне 320-400 нм.

ПУВА-терапия рекомендуется при распространенном псориазе на коже, когда другие методы лечения неэффективны. Инструкция против ПУВА-терапии:

Сердечно-сосудистые заболевания, вторичная и третичная гипертензия, печень, почки, щитовидная железа, опухоли, беременность, острые респираторные заболевания у женщин во время менструального цикла, у детей и пожилых людей, а также гиперчувствительность к УБН или фотосенсибилизаторам. отсутствие противопоказаний. При отсутствии противопоказаний необходимо определить чувствительность кожи пациента к УФН. Для этого используют МЕД (минимальную дозу эритемы) «биодозу», которая является четко ограниченной начальной дозой покраснения кожи. Это соответствует начальной дозе ПУВА-терапии, которая составляет 0,25-0,5 Дж / см². Курс лечения состоит из 20-30 процедур.

Пациенты, получающие ПУВА-терапию, должны защищаться от других лучей, особенно солнечных лучей.

Селективная фототерапия (СФТ). История СФТ была впервые открыта в 1987 году А. Wiskemann, ближе к PUVA-терапии. СФТ использует средневолновый ультрафиолетовый свет (UF-B). Длина волны 315-320 нм. На курс лечения 25-30 процедур.

Использование ароматических ретиноидов и витамина А. Механизм действия этого метода направлен на уменьшение разрастания эпителиальных клеток, улучшение процесса замораживания. В настоящее время применяется арамейский ретиноид-ацетритин (неотигазон). Способ применения: рекомендуется от 0,5 мг до 1 мг на 1 кг массы тела пациента. Курс лечения - 6-8 недель. Неотигазон оказывает хороший лечебный эффект при псориатическом артрите ладоней, компенсаторном псориазе, псориазе ногтей.

Ре-ПУВА - терапия. Этот метод основан на сочетании ПУВА-терапии и AP. В этом случае доза УБН и AP снижается до половины рекомендуемой дозы. Ре-ПУВА-терапия оказывает хороший лечебный эффект при псориатической эритродермии (после симптомов острого воспаления), более тяжелых формах вульгарного псориаза, псориатическом артрите.

Циклоспорин А. Это циклический полипептид, состоящий из 11 аминокислот, обладающий иммунодепрессивным действием. Впервые препарат был использован для предотвращения удаления трансплантата. Механизм действия циклоспорина основан на подавлении интерлейкинов и других лимфоцитов, активируемых Т-лимфоцитами. Потому что интерлейкин

снижает активность Т-лимфоцитов в эпидермисе и дерме, что приводит к сосудистым состояниям, гиперпролиферации эпидермиса и обострению воспалительных процессов в клетках. Циклоспорин влияет на рост кератиноцитов. Рекомендуется пить по 3-4 мг / кг в сутки. Если состояние пациента улучшается, дозу постепенно снижают до минимума. Циклоспорин оказывает нефротоксическое действие, поэтому необходимо контролировать артериальное давление и креатинин сыворотки. Используется, когда есть инструкции против методов.

Лечение глюкокортикоидами.

Рекомендуется при пустулезном псориазе, артропатии, псориатической эритродермии и других системных методах лечения, когда они неэффективны или противопоказаны. Могут применяться гормональные препараты, такие как триамсинолон, дексаметазон, преднизолон. Уровень гормонов определяется индивидуально в зависимости от клинических проявлений и тяжести заболевания. Рекомендуются малые (25-30 мг / сут) или умеренные (40-50 мг / сут) дозы.

Метотрексат является антагонистом фолиевой кислоты. Цитостатически влияет на синтез ДНК, пролиферацию клеток и, в меньшей степени, на синтез РНК. Метотрексат назначают внутрь в дозе 2,5 мг дважды в сутки или по 5 мг внутримышечно один раз в сутки в течение 5 дней с перерывом в 3 дня. Один из методов UAna - это введение 25-30 мг внутримышечно или внутривенно 1 раз в неделю.

При псориазе проводят 4-5 циклов до достижения клинической ремиссии.

После 3-дневного перерыва доза составляет 5 мг / сут в течение 5 дней. Это количество сохраняется в последующих циклах. Во время приема метотрексат проводится в сочетании с фолином кальция.

Местные методы лечения.

При выборе препаратов для местного лечения учитывается стадия и клинические формы псориаза. Местные препараты уменьшают воспаление, перхоть, инфильтрацию. К таким препаратам относятся мази, кремы. Они содержат 2% салициловой кислоты, 2-10% серы, 10% мочевины, 0,25-3% дитранола. Кроме того, используются кремы, мази и лосьоны с глюкокортикоидами. Лосьон обычно наносится на участки кожи головы.

В прогрессирующей стадии заболевания обычно применяют 2% -ную салицилатную мазь и гормональные противовоспалительные мази. Фторсодержащие гормональные мази - целестодерм, молочные железы, дипросал

- консерванты дитранол против псориаза - псориаз, синьолин, сигнодерм
- Кальципотриол (соркутан и дайвонекс) - синтетический аналог витамина D3.
- местные иммуномодуляторы: такролимус (протопик) и пимекролимус (элидел)
- введение в инфицированные очаги кортикостероидов - кенолог и дипроспан
- аппликация с цитостатиками
- (5-фторурациловая мазь) Лёкин побочные эффекты (эрозия, некроз, токсическая гиперпигментация и воздействие).

В настоящее время многие дерматологи используют несколько методов одновременно (ПУВА-терапия и ароматические ретиноиды), (местные глюкокортикоиды, местные иммуномодуляторы и кальципатриол), (метотрексат и местные глюкокортикоиды, ПУВА-терапия и кальципатриол, метотрексат, мет. Сипатриол и др.)

Красный поский лишай

- **Красный поский лишай** хроническое заболевание, характеризующееся мономорфными папулезными высыпаниями на коже и видимых слизистых оболочках с сильным зудом. Wilson (1869) идентифицировал красную уретру и подробно описал первичный элемент, обнаруженный в ней. В некоторых случаях слизистая оболочка рта может располагаться в красных губах и половых органах с ограниченными узлами. Красная уретра составляет 0,5% всех кожных заболеваний. Заболевание может возникать в разном возрасте, травмы слизистой чаще встречаются у женщин в возрасте 40-60 лет.

Этиология и патогенез полностью определены. В научной литературе существуют различные теории происхождения болезни.

Вирусная теория сторонники говорят, что воздействие отфильтрованных вирусов на коже пациентов увеличивает их активность в то время, когда иммунобиологическая защита организма

ослаблена. Л. Н. Машкиллейсон (1965) приводит следующие критерии для подтверждения вирусной теории.

1. Наличие вирусных и других инфекционных агентов на коже больных краснухой.
2. Возникновение рожи у других членов семьи.
3. Сыпь расположена как окружающее железо, лимфоцитоз в крови, а также увеличение лимфатических узлов и т. Д.
4. Иногда лечение больных антибиотиками дает хорошие результаты. Однако вирус до сих пор не изолирован от пациентов.

Многие ученые считают, что начало болезни связано с нарушением работы нервной системы (эмоциональное возбуждение, стресс). В этом случае сыпь может располагаться по ходу нервных волокон. Гипнотерапия дает хорошие результаты у большинства пациентов.

Теория токсичности (отравления) Соответствующая красная уретра вызвана действием различных препаратов на организм, аутоинтоксикацией, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени. Известно, что под действием антибиотиков (стрептомицин, тетрациклин), золота, йода, препаратов свинца, фтивазида и других препаратов красная мочевины вызывается железом.

Иммуноаллергическая теория По мнению сторонников, уменьшение количества Т-клеток в крови и коже пациентов сопровождается изменением доли Т-лимфоцитов в субпопуляции. Увеличение количества клеток Лангерганса на дермо-эпидермальной границе, увеличение коэффициента Т-клеток и Т-супрессоров в дермальном инфильтрате с помощью моноклональных антител, отложение Ig M еще раз доказывает иммуноаллергическую теорию.

Возникновение многоформной эритемы на слизистой оболочке полости рта, устойчивость к длительному лечению в той или иной степени приводит к наличию у пациента хронических заболеваний, в результате чего происходит снижение защитной функции организма. В связи с этим, прежде всего, важны заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. У некоторых людей заболевание напрямую связано с сосудистыми (эндокринными) и эндокринными (диабет) патологиями, в некоторой степени с травмой слизистой оболочки полости рта из-за стоматологической патологии. Зубы с покрытием из разных металлов оказывают существенное влияние на состав слюны, в слюне наблюдаются частицы металла и образуются гальванические токи. Это связано с тем, что замедляется секреция ферментов, что также играет роль в патогенезе заболевания.

Клиника Основным морфологическим элементом заболевания являются дермоэпидермальные папулы диаметром 1-3 мм, которые имеют следующие особенности. 1. многоугольный, uassi-образный

2. Наличие пупочных пазух в ядре папулы (преимущественно в центре).
3. Периферический рост.
4. При нанесении на прыщики растительного масла появление сетчатых форм - признак Уикхема (нерасширение зернистого слоя эпидермиса).
5. Розовато-пурпурный оттенок папул в проходящем свете.

Сыпь может распространяться на остальную часть тела, чаще всего на согнутые участки рук и ног (локти, запястья, ступни). Сыпь иногда возникает в полости рта и на слизистых оболочках половых органов, в основном на щеках, в виде белых полос, которые сливаются друг с другом, образуя бляшки. Это может быть хроническое заболевание. Во время вспышки болезни появляются и разрастаются высыпания, затем болезнь переходит в стационарный период. В этом случае папулы медленно выталкиваются, оставляя темно-коричневое пятно; На пораженном участке кожи появляются папулы, которые располагаются в виде арок. Заболевание сопровождается сильным зудом. Повторение встречается чаще. У красной осы изаморфная реакция Кобнера характеризуется периодическим изменением цвета ногтей и появлением на них полосок.

Клинические проявления типичного типа - небольшие белые выделения размером 2 мм, коричневого цвета, наблюдаются в виде шестиугольных узелков, узелки сливаются в сеть линейных листочков. На языке узелки до 1 см в виде чешуек и напоминают лекоплазию, коричневые выделения в уретре не перемещаются, если их разрезать шпателем.

В некоторых случаях узелки, прикрепляющиеся к малым половым губам, имеют звездообразную форму. Во многих случаях они объединяются, образуя полосатые тромбоциты. Больные сильнее ощущают сухость и небольшую боль при употреблении горячей и грубой пищи, узелки на слизистой оболочке щек травмируют область вокруг корней зубов, языка, вала, полости рта, травмируется нижняя губа. Для экссудативного гипериммического типа характерна типичная узловатая сыпь, высыпание располагается на покрасневших отечных слизистых оболочках. Этот тип болезненен. Сосуществование эрозивной урарали красной уаси темирятки с сахарным диабетом или пневмонией называется синдромом Гриншпала. Существует несколько разновидностей красной осы.

Гипертрофический, злокачественный тип возникает в результате гиперплазии узлов. Образовавшиеся узелки розовые, красновато-коричневые, покрытые гиперкератическими слоями. Вокруг таких высыпаний можно найти типичные высыпания красной уаси темирятки.

Атрофические и склеротические папулы и бляшки могут рассасываться, а на коже могут оставаться атрофические и склеротические изменения. Поскольку дерматит имеет светлый цвет, некоторые дерматологи называют его белым железом. Сыпь возникает на шее, руках, груди и животе. Иногда атрофические изменения волосистой части головы напоминают псевдопелу и сопровождаются фолликулярным кератозом, локализующимся в пишущих узлах кистей и стоп. Это называется симптомом Маленького Лассуэра.

В форме пемфигоида или везикулярного типа, наряду с типичными элементами красной уаси темирятки, наполнены пузырьки, наполненные серозной или кровянистой серозной жидкостью, размером с горошину или вишню.

Монилеподобное красное железо наблюдается при транспортировке коралловидных камней размером с семена вишни. В основном они встречаются на коже лба, над ушами, живота и ягодицах, напоминают бусинки.

При остром типе, наряду с узелками уретры, встречаются узелки заостренной или конической формы, расположенные преимущественно в фолликулах. Если сыпь находится на коже черепа, могут появиться небольшие атрофические рубцы.

Кольцеобразная красная оса чаще всего встречается в гениталиях самцов.

Этот вид болезни начинается в середине высыпания. Также встречаются похожие на псориаз отдельные зоостриформные виды красных уаси темирятки.

Гистопатология:

Все слои эпидермиса утолщаются, наблюдается акантоз, гиперкератоз. Гранулированный слой не утолщается за один прием, а гранулированный слой гипергранулозы совпадает с нормальным толстым гранулированным слоем. В верхнем слое дермы имеется инфильтрат, состоящий из папилломатоза, преимущественно лимфоцитов.

Диагностика Диагностировать наличие многоформной эритемы несложно, уретра полигональная, пуповина - глубокие пурпурно-пурпурные узелки, следует учитывать их расположение и изоморфную реакцию Кёбнера. Следует сравнивать с травмой, серореакцией крови на обследование травмы, поиск белых трепонем из опухших узелков, сбор анамнеза. Наличие типа Уикхема на красном узелке уретры, отсутствие атрофии отличает его от эритемы. Вокруг эрозивного рожистого воспаления нет типичных узелков по сравнению с обычным рожистым воспалением. Однако регенерирующий эпителий вокруг эрозии имеет беложемчужный цвет. Похоже на мешок, который закрывается шнурком. В таких случаях необходимо нанести пресс-смазку. в перикарде обнаруживается аконтолитическая клетка. При рожистом воспалении очаг гипериммунный, инфильтрированный, в ядрах очага поражения небольшое пятно гиперкератоза. Вокруг очага атрофия, и эти изменения не характерны для красной осы. При многогранной экссудативной эритеме наблюдается гипериммунный отек слизистых оболочек, который покрывается пузырьками и эрозиями неправильной формы, фиброзными оболочками, вызывающими сильную боль. Вокруг эрозии узелков нет, рана заживает за 4-6 недель. Пример небольшого пятна в очаге - гиперкератоз. Вокруг очага атрофия, и эти изменения не характерны для красной осы. При многогранной экссудативной эритеме наблюдается гипериммунный отек слизистых оболочек, который покрывается пузырьками и эрозиями неправильной формы, фиброзными оболочками, вызывающими сильную боль. Вокруг

эрозии узелков нет, рана заживает за 4-6 недель. Пример небольшого пятна в очаге - гиперкератоз. Вокруг очага атрофия, и эти изменения не характерны для красной осы. При многогранной экссудативной эритеме наблюдается гипериммунный отек слизистых оболочек, который покрывается пузырьками и эрозиями неправильной формы, фиброзными оболочками, вызывающими сильную боль. Вокруг эрозии узелков нет, рана заживает за 4-6 недель.

Прогноз хороший, но сохраняется надолго. Пациентам с эрозивным пищеводом особенно больно и трудно есть и даже говорить.

Лечение Пациенты должны быть тщательно обследованы для назначения патогенетического лечения. Прежде всего, устранение возбудителей болезней, санация очагов инфекции, обследование желудочно-кишечного тракта, определение объема крови, артериального давления, обследование психоневрологического статуса пациента. Ротовая полость санирована наличием красной уретры, которая располагается на слизистой оболочке рта; удаляются различные металлические покрытия и большое значение имеет рациональное протезирование. Этим пациентам запрещено употреблять горячую и грубую пищу.

При всех видах заболеваний седативная терапия, при типичной экссудативной гиперемии рецинол-ацетат, концентрат витамина А (10 капель 3 раза в день в течение 2 месяцев, с 2-месячным перерывом) назначают длительный прием витаминов группы В, особенно никотиновой кислоты. При типе эрозивной чумы преднизолон 20-25 мг, ксингамид 0,25 г 1-2 раза в день в течение 4-6 недель, никотиновая кислота 0,05 г 3 раза в день после еды или тионикол по 1 таблетке 3 раза в день или внутримышечно по 1-1,5. месяцы. Количество преднизона снижается до 5 мг через 7-10 дней, при ограниченном эрозивном типе мочевины назначают гидрокортизон субцезон или преднизон. Вводить 1-1,5 мл 1 раз в 3 дня, по 8-12 инъекций на эрозию поэтапно, эту обработку повторяют каждые 3 месяца.

Местное лечение ментол и карболовый спирт - глюкокортикоидные мази. При гипертрофическом типе заболевания рекомендуется проводить диатермокоагуляционную сыпь, вводя SO₂ с жидким азотом. Во время ремиссии пациенту назначают лечение в санаториях и санаториях..

Основные вопросы темы:

- 1) Опишите нейродермозы.
- 2) Классификация нейродермозов, этиопатогенез и клиника анального зуда.
- 3) Лечение кожного зуда.
- 4) Этиопатогенез и клиника кожного зуда. Сравнительная диагностика анального зуда.
- 5) Определите нейродермит. Классификация нейродермита. Ограниченный нейродермит. Диффузный нейродермит.
- 6) Сравнительная диагностика нейродермита. Общее и местное лечение нейродермита.
- 7) Опишите моего осла. Клинические типы осла.
- 8) Опухоль Квинке Сравнительная диагностика ас.
- 9) Приведите примеры антигистаминных и десенсибилизирующих препаратов.
- 10) Приведите пример гормональных мазей.
- 11) Атипичные формы нейродерматита.

Основные вопросы темы:

1. Опишите псориаз. Этиология, патогенез.
2. Основные субъективные и объективные клинические симптомы больного псориазом
3. Объясните знак «псориатической троицы».
4. Виды псориаза в зависимости от клинических проявлений.
5. Сроки в зависимости от течения псориаза.
6. О псориазе эритродермия и артропатическом типе.
7. Сравнительная диагностика псориаза с другими заболеваниями.
8. Современные методы лечения псориаза
9. Местные методы лечения псориаза
10. Этиопатогенез скарлатины.

11. Клиника Ред Уаси Темиратки.
 12. Основные особенности папул красной папилломы
 13. Атипичные варианты красной уаси темиратки.
 14. Поговорим о бородатой и кольцеобразной формах красной осы.
 15. Гистопатология многоформной эритемы
 16. Красные уасси темиратки - это сравнительный диагноз с какими заболеваниями.
 17. Объясните красных uassi temiratkin персонажей Кнёбнера и Уикхема.
 18. Общие методы лечения скарлатины.
- Местное лечение скарлатины.

Технология интерактивных методов, используемых в обучении

Ручка посередине стола »

Тема: нейродерматозы. Описание заболеваний, связанных с сильным кожным зудом на коже, и интерпретация их как симптомов тауанча.

Студенты группы обозначаются номерами. Каждый ученик выбирает одно заболевание, которое знает лучше всего, и записывает его. Он кладет ручку в середину стола и передает лист следующему ученику. Все учащиеся по очереди записывают свои мысли после написания о выбранной ими болезни.

Например: студент выбрал нейродермит. Он объясняет следующими тауанчскими персонажами:

Наличие в этиопатогенезе заболевания факторов, вызывающих сильный зуд. Больного беспокоит сильный кожный зуд без видимых причин. Узелки, чешуйки, инфильтрация и лихенификация морфологических элементов образуются на фоне слабого воспаления. Различают ограниченные, диффузные и атипичные клинические типы нейродерматита. Пограничный нейродермит преимущественно локализуется в конечностях, шее, боковых и задних областях, между ягодицами и ягодицами, половых органах. Отличие нейродерматита от всех нейродермозов наблюдается в лихенификации. Лечение общее и местное, в основном используются симптоматические и гормональные препараты.

«Трехэтапное интервью»

Цель: Изучить правильный психологический подход к пациенту при выявлении и решении проблем.

Основные принципы: Группа делится на 2-3 подгруппы, и студентам дается роль: врач, пациент, эксперт. Студентам, играющим роль пациента, будет поставлен диагноз. Каждая группа проводит 10-15 минутную консультацию с пациентами. Эксперт оценивает деятельность участников по следующим 3 разделам:

- 1) Что было сделано правильно?
- 2) Что пошло не так?
- 3) Как это сделать?

Преимущества: Этот метод можно широко использовать при отсутствии пациентов на предмете. Методика напоминает ролевые игры, но наполняется третьим участником - экспертом, и одновременно обсуждаются 2-3 клинических варианта. Это обогащает содержание урока, бодрит учебный процесс и позволяет более глубоко оценить уровень знаний ученика.

Пример: 30-летняя женщина. Он обратился к врачу со следующими жалобами. Кожная сыпь и сильный зуд в области голеностопных суставов и голеностопных суставов. Из анамнеза больной этим заболеванием 6 лет. Он не знает точной причины болезни. Это подтверждает наличие у потомства такого заболевания. Заболевание возникает 2-3 раза в год весной и осенью. Пациент лечился несколько раз. Общее состояние хорошее. Температура тела 36, С градусов, кожа сухая эластичная. Коронарные артерии слышны нормально. Rs-85 ритмичный, артериальное давление 120/80 мм провод из верхних дыхательных путей, в легких везикулярное дыхание, боли в животе безболезненные, без увеличения печени и селезенки. При патологических высыпаниях видны: папулы, чешуйки, эритематозные язвы на фоне слабого воспаления в коже суставов обеих ног и

стоп. инфильтрация и лихенификация. Есть следы от ногтей и небольшая пигментация. В периферической крови патологических изменений нет.

Необходимо обращать внимание на всю информацию из слова «врач» - пациент, чтобы поставить четкий диагноз пациенту, приблизиться к клиническим признакам и обратиться в отделение дерматологии.

При оценке работы «эксперта» врач должен обращать внимание на следующее:

- Правильно ли лечили пациента психологически?
- Является ли история болезни полной и точной?
- При осмотре пациента диагноз псориаза был поставлен правильно с учетом особенностей морфологических элементов высыпания.
- Какая стадия заболевания выявлена?
- Пациента отправляли в больницу для дальнейшего обследования и лечения?

Какой подход к лечению и схема лечения?

При оценке поведения пациента:

- Насколько он описал свое состояние?
- Можете рассказать точную историю болезни?
- Вы четко описали симптомы болезни?

В конце урока учитель акцентирует внимание на забытых аспектах и недостатках, выявленных в действиях каждого участника.

«Ручка посередине стола»

Тема: Объясните клинические симптомы псориаза.

Группа студентов определяется по номерам. Каждый ученик выбирает одно заболевание, которое ему лучше всего известно, и записывает его на листе бумаги. Ручка кладется в середину стола, а лист передается следующему ученику. После того, как все студенты записали свои болезни, они по очереди высказывают свое мнение.

Например: Студент выбрал отметку «псориазная триада» при псориазе. Он объясняет этот симптом следующим образом: Псориазная сыпь характеризуется тремя явлениями, называемыми феноменом ауспита:

1. Когда белые серебряные монеты удаляются путем раздражения, на дне обнаруживается стеариновое пятно. Это явление называется стеариновым пятном.
2. Если раздражение не проходит, на лице появляется тонкая сыпь - это называется псориазным явлением.
3. Если раздражение не проходит, можно увидеть кровавые пятна - явление кровавой росы.

«Трехэтапное интервью»

Цель: Научить пациента правильному психологическому подходу к выявлению и решению проблем.

Основные принципы:

Группа делится на 2-3 подгруппы, и студентам дается роль: врач, пациент, эксперт. Студентам, играющим роль пациента, будет поставлен диагноз. Каждая группа проводит 10-15 минутную консультацию с пациентами. Эксперт оценивает деятельность участников по следующим 3 разделам:

- 4) Что было сделано правильно?
- 5) Что пошло не так?
- 6) Как это сделать?

Преимущества:

Этот метод можно широко использовать при отсутствии пациентов на предмете. Методика напоминает ролевые игры, но наполняется третьим участником - экспертом, и одновременно обсуждаются 2-3 клинических варианта. Это обогащает содержание урока, бодрит учебный процесс и позволяет более глубоко оценить уровень знаний ученика.

Пример: Преподаватель отбирает по 3 ученика в каждую малую группу на роль пациента, врача и эксперта. Преподаватель заранее готовит результаты лабораторных и инструментальных

исследований пациента и предоставляет их в соответствии с требованиями ученика, исполняющего роль врача. .

Пациент, мужчина 45 лет. Жалобы: высыпания на конечностях писателя, на теле и на коже головы. Перхоть сильна при высыпаниях. Раздражает небольшой зуд. Сыпь постепенно увеличивается. Из анамнеза больной 15 лет. Причина заболевания связана с нервными расстройствами в процессе работы. Заболевание рецидивирует 1-2 раза каждую весну. Состояние на момент осмотра: состояние умеренное (относительно удовлетворительное), температура тела 37 С. Кожа сухая, папулезная сыпь. Тоны сердца нормальные, пульс - 85, артериальное давление 120/80 мм рт. дыхание через нос, в легких везикулярное дыхание, язык слегка бледен. Селезенка не увеличена. Оцените состояние кожи пациента.

Патологическое состояние кожи пациента характеризуется хроническим воспалением. Волосатая часть головы располагается преимущественно на коже, конечностях и всем теле, а на фоне слегка покрасневшей кожи элементов обнаруживаются капельки разного размера. Поверхность высыпания покрыта белыми серебряными монетами. При высыпаниях признак «псориатической троицы» положительный, наблюдается изоморфная реакция Кёбнера. Нв в периферической крови - 100 г / л, лейкоциты - 5000, СОЭ-20.

«Врач» должен обратить внимание на всю собранную со слов пациента информацию, приблизиться к клиническим признакам, поставить точный диагноз и направить пациента в дерматологическое отделение.

При оценке работы «эксперта» врач должен обращать внимание на следующее:

- Правильный психологический подход к пациенту?
- Является ли история болезни полной и точной?
- Правильно ли был поставлен диагноз «псориаз» при осмотре пациента с учетом высыпания, т.е. характеристики морфологических элементов?
- Какая стадия заболевания выявлена?
- Пациент обращался в больницу для дальнейшего обследования и лечения?
- Каков подход к лечению и план лечения?

При оценке поведения пациента:

- В какой степени он описал свою ситуацию?
- Смог ли он рассказать точную историю болезни?
- Он четко описал симптомы болезни?
- В конце урока учитель сосредоточит внимание на забытых аспектах и выявленных недостатках в действиях каждого участника.

Использование кейс метода

Время работы от 15 до 40 минут

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать.

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег

групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Тема случая: Псориаз

Вариант клинического случая: Больной К. 45 лет. Болеет 15 лет. У больного линзовидные папулы и чешуя на теле, конечности покрыты бело-серебряными монетами. На ногтях пациента точечные изменения. Феномен Кёбнера положительный.

Срок исполнения

1. Анамнез эстетической информации.
2. Правильный первоначальный диагноз.
3. Приборы и лаборатория (проведение обследований).
4. Различаются с другими заболеваниями (первичная диагностика).
5. Поставьте окончательный диагноз.
6. Лечение гэджаси.

Студенты делятся на группы (3-4 человека). Письменный анализ и ситуационное разрешение за 10 минут

они готовят

Учитель

Предлагает рассмотреть результаты индивидуальной работы с Ключами, проанализировать и разрешить ситуацию

готовит сообщение о себе и предлагает разместить его в презентации в виде плаката.

Ученики

Они вместе анализируют индивидуальную работу. Определить важные аспекты ситуации, основные проблемы и способы их решения, сформулировать вывод о поиске подходящих решений,

внести исправления.

Учитель: объявляет о начале презентации групповой работы.

Спикеры группы: предлагать варианты решения ситуаций, отвечать на вопросы и разъяснять свои презентации.

Выход из динамиков не должен превышать 10-15 минут, его нельзя остановить. Вопросы будут задаваться только после его выступления.

Ученики: оценить, выразить свое отношение к представленным группами вариантам решения, выбрать оптимальный вариант.

Общая дискуссия длится 20-25 минут. Обсуждение должно основываться на широком участии всех участников.

Педагог - организатор дискуссии:

Задаёт вопросы, откусывает, напоминает теоретический материал.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

Больной К., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на сильную сыпь на внутренней поясничной области обеих запястий. При осмотре: узелки, бляшки, инфильтрация и лихенификация выявлены на фоне слабого воспаления внутренней поверхности лучезапястного сустава. Кожа в этой области изменила цвет с нормального. Из анамнеза болезни весной.

1. Поставьте диагноз.

2. Выберите метод лечения.

Выпуск 2

У больного 38 лет после приема меда внезапно появилось большое количество красных крапивных высыпаний на груди, животе, ягодицах, выступающих над кожей. Больного беспокоит сильный зуд и раздражение.

1. Поставьте диагноз.

2. К каким дерматозам относится данное заболевание.

3. Назовите клинические типы этого заболевания.

4. Выберите препараты для лечения.

Выпуск 3

У женщины 55 лет на обеих ногах голени появились плотные шаровидные узелки диаметром 5-12 мм на фоне слабого воспаления. Больного беспокоит сильный зуд. Из анамнеза пациент связывает начало заболевания с укусами комаров и стрессом. Болезнь беспокоит больного 5 лет. Время от времени следует болезнь.

1. Поставьте диагноз.

2. К каким дерматозам относится данная патология.

3. Заболевание диагностируется сравнительно с дерматозами.

4. Составьте план лечения.

Выпуск 4

Узлы, волдыри, пузыри появились на фоне слабого воспаления в уретре, теле и ягодицах у 2-летнего ребенка. Ребенка беспокоит сильный визг. Из анамнеза мама сказала, что у ребенка в

младенчестве был экссудативный диатез, и даже сейчас шоколадные изделия вызывают высыпания.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите этиопатогенетические факторы заболевания.
3. Выберите препараты для лечения.

Текущие вопросы по теме

1 масала

Больной А. 14 лет. Болеет 10 дней. Приехал в больницу с жалобами на высыпания на локтях и конечностях, усиление и усиление перхоти на высыпаниях, зуд. В анамнезе пациент 2 года считается больным этим заболеванием. Заболевание распространяется весной. Он не знает точной причины. На момент обследования общее состояние пациента было относительно удовлетворительным. Тоны сердца в норме. Ps-80 ритмичный А / В 100/60 мм и уст. тенг. Печень и селезенка не увеличены. Патологический процесс в коже характеризуется воспалением, в основном расположенным в пищущих узлах как рук, так и ног, на всей площади тела, элементы характеризуются линзовидными папулами, покрытыми бело-серебряными монетами. Знак ауспита в папулах положительный. Феномен Кёбнера положительный. Вокруг папул соцветие. Также идентифицируются 1-2 новых узла.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Какие симптомы важны при диагностике?
3. Какой период наблюдается при болезни?

Выпуск 2

Больной К. 45 лет. Болеет 15 лет. У больного линзовидные папулы и чешуя на теле, конечности покрыты бело-серебряными монетами. На ногтях пациента точечные изменения. Феномен Кёбнера положительный.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями сравнивать?
3. Как проявляется феномен Кёбнера?

Выпуск 3

У 6-летней девочки много розовых папул на лице, руках и ногах, склонных к слиянию, покрытых желтовато-серыми быстросплетенными монетами, диффузная перхоть на голове ». Волосы не изменились. Наблюдается благоприятный знак «троицы».

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план проверки.
3. Объясните благоприятный знак «троицы».

Выпуск 4

Больной М. 30 лет. Обратился к врачу с жалобами: повышение температуры тела, сыпь, эритродермия, которые распространились по всему телу, занимая большую часть кожных покровов. В патологических очагах кожи пациента наблюдается пальпаторная перхоть. Лимфатические узлы увеличены. Из анамнеза больна 10 лет. Заболевание возникает 2–3 раза в год. Последние 15 дней больной дома пользуется серной мазью. Диффузное покраснение усилилось после лечения.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите основные клинические признаки.
3. Выберите общее и местное лечение.

После стресса в области кожи запястья пациента были обнаружены многоугольные папулы размером 2-3 миллиметра. Раздражает сильный визг.

1. ожоговая диагностика.
2. Вот к каким возбудителям относятся дерматозы
3. Какие клинические признаки характерны для уаны для данной патологии.
4. Составьте план лечения.

5 Тематические тесты

1. Включает ограниченный нейродермит.
 - А) зудящий дерматоз
 - Б) клинический тип лепры
 - В) паразитарные заболевания
 - Ж) коллагенозы
 - Г) генодерматозы
2. Нейродерматозы включают:
 - А) кожный зуд
 - Б) экзема
 - В) пиодермия
 - Ж) чесотка
 - Г) moltaus cantagiosis
3. Не проникает в нейродермозы.
 - А) окружающее железо
 - Б) кожный зуд
 - В) зуд
 - Ж) нейродермит
 - Г) атопический дерматит
4. Морфологические элементы зудящей кожи.
 - А) узлы
 - Б) узлы
 - В) шишки
 - Ж) отсутствуют первичные морфологические элементы.
 - Г) эрозия, уралар
5. Укажите сеть зудящей кожи.
 - А) строфулус
 - Б) кожный зуд
 - В) атопический дерматит
 - Г) атрофический, склеротический
 - Г) кольцевой
6. Не включает виды зуда.
 - А) строфулус
 - Б) зуд у взрослых
 - В) узловый зуд
 - Ж) кожный зуд
 - Г) Нет правильного ответа
7. Типичное расположение кожного зуда.
 - А) конечности писателя
 - Б) гибательные суставы конечностей
 - В) во внутренних частях числа
 - Ж) в генетических областях
 - Г) в подмышечной впадине
8. Морфологический элемент, характерный для зудящей кожи.
 - А) концепты, пузыри
 - Б) везикулы, везикулы
 - В) неровности, сучки
 - Ж) отсутствуют первичные морфологические элементы.
9. Где в основном локализуется узловый зуд.
 - А) в области ног
 - Б) в области ууз
 - В) в волосистой части головы
 - Ж) в согнутых участках конечностей
 - Г) в генетических областях

10. Осложнения детского зуда.

- А) переход в нейродермит
- Б) появление витилиго
- В) красные ууси темиртки
- Ж) псориаз
- Г) чесотка

Тесты по теме 7

1. Укажите клинические типы псориаза.

- А) атрофический, склеротический
- Б) кольцеобразная, здоровая
- В) эксфолиативный
- Ж) симбиотический, артропатический
- Г) недифференцированный

2. Укажите клинические проявления ракообразных.

- А) систематический
- Б) атопический
- В) склеротический
- Ж) пень
- Г) пустулез

3. Типичное расположение сыпи при псориазе парикмахера:

- А) ладонь, пятка
- Б) на волосистой части головы
- В) в генетической области
- Ж) красная сыпь на губах
- Г) в области ууз

4. Укажите клинический тип пустулезного псориаза.

- А) erythordermia
- Б) кольцевой
- В) ликсеноидли
- Ж) Сухой псориаз
- Г) эксудативный

5. Укажите клинические симптомы, характерные для псориаза.

- А) Терминальная шторка »явление
- Б) Симптом Никольского
- В) Симптом Асбо-Ганзена
- Ж) Симптом Гарчанова - Арди
- Г) Симптом пинкуса

6. Какие заболевания можно диагностировать сравнительно с псориазом.

- А) вторичное поражение, красные ууси темиртки
- Б) отрубные темиртки
- В) обертывание утюгом
- Ж) хроническая трихофития
- Г) хроническая экзема

7. Какие симптомы характерны для псориаза?

- А) Благословенная троика
- Б) отек, индуразия, атрофия
- В) Реакция Уариша-Лукашевича - Хексгеймера
- Ж) атрофия, гиперкератоз
- Г) «птичий нос», склеродактильный

8. Сравнительный диагноз ладонного псориаза с какими дерматозами?

- А) эритразма

- Б) демодекоз
 - У) рубромикоз
 - Ж) Дурирующий дерматит
 - Г) эризепоид
9. Характеристики псориаза волосистой части головы:
- А) Наблюдается перхоть, не повреждая волосы.
 - Б) атрофическое выпадение волос с небольшими очагами
 - В) очаговое облысение
 - Ж) атрофия фолликулярного гиперкератоза
 - Г) диффузное выпадение волос, лейкотрексия
10. Псориатическая ониходистрофия диагностируется сравнительно со следующими заболеваниями:
- А) демодекоз
 - Б) микроспориа
 - У) рубромикоз
 - Ж) кантагиоз, молууск
 - Г) турниол
11. Какой патогистологический процесс лежит в основе симптомов «стеаринового пятна»?
- А) акантоз
 - Б) гранулез
 - У) акантолиз
 - Ж) вакуолярная дистрофия
 - Г) казеозный некроз
12. Какой патогистологический процесс лежит в основе явления терминальной мембраны?
- А) паракератоз
 - Б) акантолиз
 - У) баллонная дегенерация
 - Г) гаранулематоз
 - Г) амилоидоз
13. Какой патогистологический процесс лежит в основе явления «точечного кровоизлияния».
- А) анаплазия
 - Б) полиморфизм
 - У) микрокапсы
 - Ж) гистиоцитарный инфильтрат
 - Г) папилломатоз
14. Как проявляется изоморфная реакция Киобнера.
- А) появление папул на следах ногтей
 - Б) миграция эпидермиса
 - В) быть болезненным при извлечении монеты
 - Г) изменение цвета при надавливании папул
 - Г) появление точечных тромбов
15. На чем основана ПУВА-терапия?
- А) использовать фотосенсибилизаторы в сочетании с ультрафиолетом
 - Б) на основе использования ультрафиолета
 - В) на основе комбинированного применения ароматических ретиноидов с ультрафиолетом.
 - Г) на основе использования инфракрасных лучей
 - Г) на основе использования лазерных лучей.
16. ПУВА - фотосенсибилизаторы, используемые в терапии:
- А) пувален, пушоберан
 - Б) porflogsasin
 - У) циклоспорен
 - Ж) новакаин, лидокаин
 - Г) пирасин купер

17. Местные иммуномодуляторы, применяемые при лечении псориаза.

- А) такролимус, элидел
- Б) дермовайт, целестодерм
- В) тридерм, джентридерм
- Ж) левамикол, тербизел
- Г) дипросалин, 5-фторурацил

18. Какие мази применяют в прогрессирующем периоде псориаза.

- А) 2% салицилатная мазь
- Б) олидель, элоком
- В) 5-фторурацил
- Г) хломримазол, микозепсин
- Г) саркутам и дайвонекс

19. Иммунодепрессанты, используемые при лечении псориаза.

- А) метотрексал
- Б) нейронный
- В) блиомицин
- Г) дипроспан
- Г) циклоспорен

20. Какие виды псориаза более тяжелые?

- А) артропатический, пустулез
- Б) ладони, псориаз ногтей
- В) опрелость
- Ж) вульгарный, себорейный атрофический, склеротический

21. Сравнительная диагностика псориаза с интертригинозом.

- А) кандидоз складок, стрептодермия
- Б) гидроденит, фурункулы
- В) chov eridermofitiasi
- Ж) истинная лейкодермия
- Г) атопический дерматит

Это этиопатогенетический фактор скарлатины.

- А) Стресс
- Б) увеличение инсоляции
- В) аллергическое состояние
- Ж) повышенное потоотделение
- Г) дефицит йода

2. Обозначьте морфологический элемент в красной uassi temiratki.

- А) папула
- Б) узел
- В) розеола
- Ж) пузырь

3. Опишите особенности папулы красной осы.

- А) пупочная грыжа
- Б) повышенная перхоть
- В) переход на uagaling
- Г) центральный некроз.

4. Опишите особенности папул красной уретры.

- А) многоугольной формы
- Б) каноническая форма
- В) круглой формы
- Г) овальная форма
- Г) нет правильного ответа.

5. Цвет сосочка красный.

- А) розовато-пурпурный

- Б) красный цвет
 - В) желтоватый цвет
 - Г) ок, кумушранг
 - Д) и пуштиранг
6. Укажите клинический тип скарлатины.
- А) атрофический, склеротический
 - Б) интергеиноз
 - С) ограниченный
 - Г) пруригиоз
 - Г) диффузный
7. Укажите клиническую сеть скарлатины.
- А) пемфигиоз
 - Б) геморрагический
 - В) гангрена
 - Г) vulgar (вульгарный)
 - Д) неудачный
8. Где возникает кольцевая форма красной уасси темиратки?
- А) В головке мужского полового члена
 - Б) на ладони и пятке
 - В) в волосистой части головы
 - Ж) в области ууз
 - Г) руки и ноги в области письма
9. Характерный симптом скарлатины.
- А) Знак Уикхема
 - Б) Знак Ауспита
 - В) Знак Поспелова
 - Ж) Признак Никольского
 - Г) Знак Систо
10. Укажите клиническую форму скарлатины.
- Здоровый
 - Б) хронические уарали
 - В) скваноз
 - Ж) дисгидротический
 - Г) артропатический
11. Какое заболевание сравнительно диагностируют при высыпаниях на слизистых оболочках ротовой полости рожистого воспаления?
- А) вторичная травма
 - Б) псориаз
 - В) строфулус
 - Ж) дермотофитиуа
 - Г) множественная экссудативная эритема
12. Основные области локализации высыпаний у красных ос.
- А) В конечностях
 - Б) В области рукописного и ножного письма
 - В) На ладони
 - Г) в волосистой части головы
 - Во внутреннем устье Гсо
13. Субъективные симптомы пациента при скарлатине.
- А) сильный зуд
 - Б) Субъективные симптомы
 - В) боль
 - Ж) парестезия
 - Г) раздражительность

14. Применяется местное лечение скарлатины.
- А) гормональные мази
 - Б) кератолетический
 - В) антисептики
 - Г) кератопластический
 - Д) Мази с антибиотиками
15. Характерная особенность красной увы темиртки папулы.
- А) Мономорфная дерма-эпидермальная папула
 - Б) Полиморфная кожно-эпидермальная сыпь
 - В) Гиподермальная папула
 - Ж) Эпидермальная папула
 - Г) Папула с гнойным отделяемым

Практические навыки

Кожное тестирование:

Для подтверждения диагноза аллергических заболеваний используются различные кожные пробы, особенно при профессиональных аллергических дерматозах, некоторых инфекционных заболеваниях (туберкулез).

Кожные пробы проводятся 3 разными способами.

- 1) аппликация (непосредственно на кожу)
 - 2) скарификация
 - 3) внутрикожный тест
 - 4) капать
1. Обычный капельный тест - при котором аллерген наносится на внутреннее плечо в виде капли, и результат теста считывается через 24 часа. Результаты приведены ниже:
-положительные (легкая или тяжелая гиперемия, отеки разной степени, узелки, волдыри).
-отрицательно (в тестовой зоне изменений не наблюдается).
2. Тестирование приложения - при котором аллерген наносится в виде компрессов. Повязка снимается на следующий день, а результат теста оглашается на следующий день.
3. Скарификация - при которой аллерген наносится на травмированный участок кожи скарификатором или скальпелем.
4. Подкожное исследование проводится при некоторых грибковых заболеваниях, туберкулезе, проказе и других.

Практические навыки

Определение диагностической триады при псориазе:

Доступ осуществляется через стеклянное окно или непроницаемую сторону скальпеля.

1. При царапинах зуд элементов усиливается, и монеты становятся похожими на поцарапанную каплю стеарина и становятся белыми (явление стеариновых пятен).
2. Когда эпидермис проникает в зернистый слой, монеты отваливаются и приобретают розовый влажный вид (явление терминальной мембраны или псориазической мембраны).
3. По мере того, как вы продолжаете пилинг (до всасывающего слоя), на поверхности пленки появляются кровянистые пятна (крошечные капельки) (явление кровавой росы).

Процедура: (шаги)

№	Время, отведенное на задачу - 10 минут.	Максимальный балл	Собрано мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Выявление первичных высыпаний, характерных для данного заболевания.	10	
3	Расчесывание сыпи и обнаружение явления	25	

	«стеаринового пятна» (появляются серебряные монеты)		
4	Определите «феномен терминальной или псориазической завесы», удалив сыпь. (появляется блестящая поверхность)	30	
5	«Кровавая роса или феномен Ауспица» обнаруживается по мере продолжения инфекции (происходит точечное кровоизлияние)	30	
	Джами	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Профессиональные кожные заболевания: влияние экзогенных и эндогенных факторов на развитие заболевания. ТМІ на кафедре проводится студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Тема 6: Пузырные дерматозы : Акантолитическая болезнь. Лечение дерматита

6.1. Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников - 8
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	1. Акантолитическая крапивница: этиопатогенез, клиническая классификация, поражения слизистой оболочки полости рта. Диагностика, лечение, диспансер. 2. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение герпетического дерматоза Дюринга. Травма слизистой оболочки рта. 3. Сравнительная диагностика везикулярных дерматозов.
Цель обучения:	Образовательные: предоставить общую информацию по анатомии, гистологии и физиологии кожи. Методы обследования пациентов с кожными заболеваниями и ИППП, информация о патоморфологии кожи, морфологических элементах и клинической диагностике дерматозов, общее лечение состоит из обучения. Образовательные: улучшение общественного здоровья в сознании учащихся на примерах из реальной жизни, стремление внести свой вклад в улучшение медицинского уровня населения, прививая им любовь к выбранной профессии. Разработчик: для достижения развития студентов как современного персонала с помощью научно обоснованных данных, основанных на новой литературе в объяснении темы.
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах
Формы обучения	коллектив, малая группа.
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

6.2. Дерматозы мочевого пузыря: Акантолитическая язвенная болезнь. Лечение дерматита технологическая карта практических занятий

Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверка чистоты аудитории 2. Проверка готовности студентов к занятиям. 3. Контроль посещаемости	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	1. Подготовка учебного контента по теме. 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	1 «Дерматозы мочевого пузыря: Акантолитическая язвенная болезнь. Лечение дерматита» Устный вопрос, тест, вопрос для определения уровня базовых знаний по теме. 2.«Ручка посередине стола» я предметный анализ в интерактивном режиме 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят они пишут.
Основная сцена	1. «Дерматозы мочевого пузыря: Акантолитическая язвенная болезнь. Лечение дерматита. Устный вопрос, тест, выпуск. 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Тематический анализ интерактивной методики «Трехэтапное интервью». 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят они пишут.
Заключительный этап	1. Заключительный вывод. 2. Обеспечивает самостоятельную работу: Принципы современной диагностики и лечения псориаза, скарлатины. 3. Дает домашнее задание: Вирусные заболевания кожи. СПИД.	Он слушает Делает заметки Делает заметки
Джами		

Пузырные дерматозы (акантолитическая пузырчатка, герпес при дерматите) акантолитическая пузырчатка.

Этиология и патогенез: Существует несколько теорий, объясняющих происхождение крапивницы: основные из них - иммунологические, вирусные, эндокринные, нейрогенные, эндокринные, метаболические. Иммунофлуоресцентные тесты, проведенные с использованием современных методов обследования, показывают важность аутоиммунных теорий, развивающихся в организме, в патогенезе заболевания. В частности, встречаемость антител против десмосом в сыворотке крови пациентов с перитонеальными пузырьками в период активного заболевания, в пузырьковой жидкости и в пораженной коже между клетками

эпидермиса колючей проволокой (десмосомами) и специфичность этих антител. в класс IgG. Количество антител напрямую связано с болезненным состоянием, Некоторые ученые считают, что пузырчатка относится к группе вирусных заболеваний. Когда жидкость из мочевого пузыря вводилась белым мышам и кроликам, а также куриным эмбрионам, было обнаружено, что они образуют пузырьки, а вирусоподобные частицы были обнаружены в сыворотке и жидкости мочевого пузыря.

Т.В. Никольский, сторонник нейрогенной теории, объясняет, что трофоневроз лежит в основе болезни. Различные перепады настроения, эмоциональные потрясения и неврологические расстройства также могут вызывать пузырчатку. Наличие дегенеративных изменений в клетках задней и головной миа, а также в задних миауальных ганглиях подтверждает нейрогенное зачатие.

У пациентов с нарушенным метаболизмом белков, углеводов и воды, минералов образование пузырчатки привело к теории, что она связана с обменом веществ. Пониженный уровень хлоридов в моче таких пациентов, которые задерживаются в организме. Известно, что метаболизм минералов в организме контролируется минералокортикоидами, вырабатываемыми в коре надпочечников, поэтому у пациентов с пузырчаткой нарушены не только минералокортикоиды, но и синтез глюкокортикоидов, и вырабатываются они в очень малых количествах. Поэтому лечение таких пациентов стероидными гормонами дает хорошие результаты. Пемфигус часто наблюдается при беременности. По истечении этого срока болезнь исчезает.

Все патологические изменения в течении болезни приводят к возникновению «акантолизных» гистологических изменений шиповатого слоя эпидермиса на коже. Акантолиз - нарушение взаимосвязанности эпидермиса из-за разрушения цементирующего вещества мостиков (десмосом) между клетками шиповатого слоя. Протеолитические ферменты играют важную роль в развитии акантолиза в коже. Повышенная активность высокопротеолитических ферментов в сыворотке крови пациентов с пузырчаткой и другими везикулярными заболеваниями может задерживать процесс акантолиза в эпидермисе.

В результате процесса акантолиза образуются везикулярные высыпания, в жидкости которых находятся индивидуально циркулирующие деформированные акантолитические клетки. Акантолитические клетки были впервые идентифицированы А. Цанком в 1948 г. путем извлечения жира из эрозий, образованных разрывом пузырьков, методом герметизации смазок и окрашивания по методу Романовского-Гимзы. Обнаружение акантолитических клеток Занка - один из основных диагностических критериев заболевания. Специфические морфологические особенности клеток Zank следующие.

1. Эпидермис меньше нормальных клеток, а уадрос в несколько раз больше.
2. в большом уадро будет 2-3 уадроча большего размера.
3. При окраске по методу Романовского его уадрос и цитоплазма темно-синего цвета, пространство между ними превращается в светлый воздух.
4. Ячейки часто содержат несколько уадов.

В основе процесса акантолиза лежит признак Никольского, который наблюдается в везикулах свиньи. При этом клиническом признаке, когда оболочку, образовавшуюся вокруг разорванного мочевого пузыря, вытягивают пинцетом, происходит смещение видимых здоровых участков эпидермиса. Асбол Гансен и Шеклаков (груша) - типичные формы знака Никольского. В знаке Асбо-Гансена при нажатии пальцем на центральную часть непрерывного мочевого пузыря границы мочевого пузыря расширяются и увеличиваются в размерах, а в знаке Шеклакова - Пациент В результате изменения положения тела мочевого пузыря принимает ядовитую форму под давлением жидкости внутри мочевого пузыря.

Клиника. Заболевание делится на 4 различные клинические формы в зависимости от клинических проявлений. Клинические формы вульгарные (простые), вегетативные, пищеводные (слоистые), себорейные (эритематозные). Акантолитическая пузырчатка в основном встречается у женщин в возрасте 35-60 лет.

Вульгарная (простая) пузырчатка Pemphigm vulgaris

Этот вид крапивницы наблюдается в 75% случаев по сравнению с другими клиническими формами. Заболевание начинается в основном с поражения слизистых оболочек рта и глотки, а первые волдыри начинаются в полости рта. Заболевание поражает кожу тела, конечностей, паха и подмышек, а также наружных половых органов. При этом на неизменной коже внезапно появляются волдыри разного размера, которые сначала натягиваются, а затем быстро ослабевают. Везикулы бывают мелкими или крупными (иногда до 10 см в диаметре), круглыми, овальными, неровными или ядовитыми. Сначала серозный в жидкости, затем геморрагический или гнойный из-за присоединения вторичной инфекции. Оболочка мочевого пузыря разрывается через 1-2 дня, образуя ярко-красноватые эрозии. Обширные поражения возникают в результате образования пузырей вокруг эрозий и расширения их границ. В дальнейшем элементы эрозивной сыпи покрываются серозно-геморрагическими или гнойными складками. Заболевание можно торпедировать надолго. ремиссии сменяются рецидивами. Общее состояние пациента не меняется при нормальной пузырчатке хорошего качества. В худшем случае пациенты быстро худеют, болезнь осложняется вторичными инфекциями, гнойным тифом, осложнениями со стороны почек и легких. Анализ цельной крови выявляет увеличение количества высоких ЭХТ, эозинофилию, ионов натрия и хлора, уменьшение количества общего белка, особенно гамма- и иммуноглобулинов. Субъективных жалоб у пациентов нет, иногда может наблюдаться некоторый зуд. Многочисленные эрозии располагаются во рту, губах на наружных половых органах, могут наблюдаться болезненные ощущения.

-Симптом Никольского положительный, и если мы хотим удалить остатки волдыря с помощью пенициллина, эпидермис здоровой кожи также перемещается вместе с ним.

-При прикосновении к коже между волдырями и эрозиями происходит смещение эпидермиса. - Здоровую кожу можно легко повредить вдали от пораженного участка. Также наблюдаются признаки Асбо-Ганзена и Шеклакова.

Гистопатология кожи: При нормальной пузырчатке из-за процесса акантолиза, образования пузырей внутри эпидермиса, их расположения над базальной мембраной и в дерме, признаки отека и инфильтрации периваскулярного воспаления.

Прямое иммунофлуоресцентное исследование выявляет большое скопление IgG в межклеточном пространстве эпидермиса.

Сравнительный диагноз распространенного перикардита ставится при следующих заболеваниях.

1. Буллезный пемфигоид Левера отличается от нормальной пузырчатки прежде всего своим клиническим течением, тогда как пемфигоид Левера несколько более выражен. Волдыри большие и плотные, располагаются преимущественно на коже, слизистые оболочки травмируются только в 34% случаев. Пузыри не симметричны, они расположены под эпидермисом. Симптом Никольского отрицательный, в мазках, взятых со дна мочевого пузыря, клетки Занка не обнаруживаются.

2. Различные аспекты герпетического дерматита. Стойкий дерматит возникает в разном возрасте, на эритематозной поверхности кожи появляются элементы полиморфной экссудативной сыпи, сгруппированные симметрично. У больных наблюдается сильный зуд кожных покровов. Это может произойти в очень немногих 10% случаев на слизистых оболочках. Признак Никольского отрицательный. Эозинофилия наблюдается у 20-30% больных в анализе крови, постоянно в жидкости мочевого пузыря. Тест UAdasson (гиперчувствительность к мази с йодистым калием 50%) положительный. Клетки Zank не обнаруживаются в жиро-мазках, взятых со дна мочевого пузыря. Волдыри располагаются под эпидермисом. IgA располагается в дермоэпидермальной области или в роговом слое.

3. Многоформная экссудативная эритема отличается от простой пузырчатки острым клиническим течением с полиморфной сыпью, при этом высыпания локализуются преимущественно на конечностях конечностей. Одновременно с волдырями наблюдаются волдыри и узелковые высыпания, в центре которых есть впадина, пронзающая с высоты птичьего полета. Признак Никольского - отрицательные пузырьки находятся под эпидермисом, запечатаны.

акантолитические клетки не содержатся в мазках.

4. Эпидермальный некролиз токсина Синдром Лайелла характеризуется более тяжелым течением, чем нормальная пузырчатка, с быстрым ухудшением общего состояния пациента. При синдроме Лайелла лечение пациента имеет первостепенное значение. Сыпь отличается полиморфизмом и острым развитием процесса. Наблюдается высокая температура тела, ухудшение состояния больного. Акантолитические клетки обнаруживаются в мазках, взятых со дна мочевого пузыря, с положительной отметкой Никольского.

Вегетативная пузырчатка Вегетативная пузырчатка, как и нормальная пузырчатка, начинается на слизистой оболочке полости рта и быстро распространяется вокруг естественных пор, пуповины, области естественных складок (подмышек, молочных желез, складок таза), кожи половых органов и рта. След находится в местах перехода на гладкую кожу слизистых оболочек. На месте разрыва пузырьков наблюдаются большие эрозии, через 4-6 дней на этих участках развиваются дурно пахнущие растения. В результате размыва растительности образуются вегетативные пятна диаметром до 10-15 см, вокруг которых наблюдаются гнойные высыпания. Когда патологический процесс длится долго, экссудат на растительности образует толстую корку и выглядит как бородавка. Больных беспокоят боли и раздражительность от субъективных жалоб. Движение ограничено болью. У пациентов часто развивается кахексия, некоторые из которых заканчиваются летальным исходом. Акантолитические клетки обнаруживаются в областях, близких к очагам поражения, отметка Никольского положительная, дно эрозий и жидкость внутри мочевого пузыря.

Сравнительная диагностика вегетативного псориаза с другими кожными заболеваниями.

При вульгарной пузырчатке в отличие от вегетативной сыпь располагается на слизистых оболочках рта и коже. Отсутствие растительности на дне эрозии, наличие следа Никольского на неповрежденной коже, вдали от пораженных участков. При гистологическом исследовании везикулы располагаются на базальном слое, акантоз, папилломатоз сильно выражены, в эпидермисе эозинофильные абсцессы отсутствуют.

Обширный кандидоз при вторичных рецидивирующих поражениях характеризуется отсутствием пузырьков, отрицательным симптомом Николки, отсутствием акантолитических клеток. Кроме того, серологические реакции в ране положительны при большой кандидаломе, а во рту не обнаруживаются белые трепонеми.

(складчатая) пузырчатка

Начальные клинические признаки сходны с экземой, себорейным дерматитом, эритематозно-плоскоклеточными изменениями при токсикодермии. Заболевание начинается с появления волдырей на коже на красновато-чешуйчатой основе, с тонкой корочкой, в результате разрыва оболочек появляются светло-красные эрозии, вскоре экссудат вместе с остатками скорлупы образует толстая корочка. Под слоем продолжается патологический процесс, и образуется слой новых слоев, в результате чего поверхность мочевого пузыря покрывается слоями карандашных слоев. Патологический процесс имеет свойство распространяться в виде эритродермии, поражаются волосистые части волосистой части головы, ногти. Симптом Никольского резко положительный. Слизистые оболочки практически не повреждены. У пациентов проявляются такие симптомы, как субъективная боль, раздражительность и зуд, в мазках для мочевого пузыря обнаруживаются акантолитические клетки. Из-за распространения процесса ухудшается общее состояние больного, повышается температура тела, добавляется вторичная инфекция, развивается кахексия. Пациенты быстро умирают, если их не лечить стероидами.

Гистологические изменения. Акантолиз сильно развит, внутренние эпидермальные пузырьки располагаются под зернистым или роговым слоем. В старых очагах происходят дегенеративные изменения.

Сравнительный диагноз

1. Вторичная эритродермия - осложнение экземы или псориаза. В отличие от пузырчатки, инфильтрация кожи сильная, рецидивирующих пузырьков нет. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки отсутствуют.

2. Токсический эпидермальный некролиз Лайелла. Отличие от УА-образной пузырчатки начинается резко и проходит со скоростью стирки. Общее состояние больного ухудшается (жар, озноб, коматозный шок). Кроме того, в анамнезе синдрома Лайелла можно определить

отсутствие препаратов. Синдром Лайелла напоминает ожоговую клинику II-III степени. В течение 2-3 дней после УА на гиперемизированной коже появляются крупные волдыри. Везикулы быстро разрываются и появляются эрозивные участки. Поверхность эрозий покрыта некротическими или серозно-кровянистыми корками.

Вульгарная пузырчатка отличается от вегетативной тем, что везикулы напряжены, везикулы повторно не появляются и диффузное эксфолиативное поражение кожи, а также расположением пузырьков в шиповатом слое. Кроме того, вульгарная пузырчатка протекает тяжелее (если ее не лечить), и пузырчатка может длиться годами.

Себорейная (эритематозная) пузырчатка

Синдром Сенира-Ашера. (*Pemphigus seborrhoeicus, seu erythematosus*) Себорейную пузырчатку можно разделить на вульгарные и слоистые виды. Дерматоз обычно безопасен. Заболевание начинается в основном на волосистой части головы, а затем распространяется на кожу головы, шею, грудь и плечи, руки. Затем он может распространиться на тело. Эритематозные отечные высыпания на щеках и верхней части кожи лица (знак «бабочка») связаны с многоформной эритемой, сыпью на коже черепа, себорейной экземой, покраснением вокруг волдырей на груди и плечах. Эрозии покрыты толстым серозным гнойным слоем, складки, напоминающие по клиническим признакам рожистое воспаление. Везикулы имеют тонкую оболочку и быстро лопаются. Поэтому их внешний вид никто не замечает. Процесс в сфере УУЗ может занять от нескольких месяцев до 5-7 лет. Сыпь на коже черепа напоминает себорейный дерматит, но есть ограниченные очаги, покрытые влажными плотными корками, которые позже вызывают облысение и рубцовую атрофию в этих областях. Акантолитические клетки обнаруживаются в местах разрыва пузырьков с положительной отметкой Никольского, в мазках из эрозий под складками. Слизистые оболочки рта и половых органов повреждаются редко. Себорейная пузырчатка характеризуется зудом, раздражением и болью, гистопатологические изменения при себорейной пузырчатке напоминают язвенную болезнь. Процесс в сфере УУЗ может занять от нескольких месяцев до 5-7 лет. Сыпь на коже черепа напоминает себорейный дерматит, но есть ограниченные очаги, покрытые влажными плотными корками, которые позже вызывают облысение и рубцовую атрофию в этих областях. Акантолитические клетки обнаруживаются в местах разрыва пузырьков с положительной отметкой Никольского, в мазках из эрозий под складками. Слизистые оболочки рта и половых органов повреждаются редко. Себорейная пузырчатка характеризуется зудом, раздражением и болью, гистопатологические изменения при себорейной пузырчатке напоминают язвенную болезнь. Процесс в сфере УУЗ может занять от нескольких месяцев до 5-7 лет. Сыпь на коже черепа напоминает себорейный дерматит, но есть ограниченные очаги, покрытые влажными плотными корками, которые позже вызывают облысение и рубцовую атрофию в этих областях. Акантолитические клетки обнаруживаются в местах разрыва пузырьков с положительной отметкой Никольского, в мазках из эрозий под складками. Слизистые оболочки рта и половых органов повреждаются редко. Себорейная пузырчатка характеризуется зудом, раздражением и болью, гистопатологические изменения при себорейной пузырчатке напоминают язвенную болезнь. густо покрыта корой, что в дальнейшем приводит к облысению и рубцовой атрофии на этих участках. Акантолитические клетки обнаруживаются в местах разрыва пузырьков с положительной отметкой Никольского, в мазках из эрозий под складками. Слизистые оболочки рта и половых органов повреждаются редко. Себорейная пузырчатка характеризуется зудом, раздражением и болью, гистопатологические изменения при себорейной пузырчатке напоминают язвенную болезнь. густо покрыта корой, что в дальнейшем приводит к облысению и рубцовой атрофии на этих участках. Акантолитические клетки обнаруживаются в местах разрыва пузырьков с положительной отметкой Никольского, в мазках из эрозий под складками. Слизистые оболочки рта и половых органов повреждаются редко. Себорейная пузырчатка характеризуется зудом, раздражением и болью, гистопатологические изменения при себорейной пузырчатке напоминают язвенную болезнь.

Сравнительный диагноз. Ставится сравнительный диагноз эритематозного себорейного дерматита со следующими заболеваниями. Многоформная эритема напоминает синдром Сенира-Ашера с признаком «бабочки» и эритематозно-плоскоклеточной сыпью в области ууз. Трудно

сравнить заболевание, особенно если процесс ограничивается волосистой частью головы, и развивается атрофия алапезии и рубцевания. При себорейной пузырчатке поражения возникают в результате разрыва пузырьков. Сезонность не характерна для себорейной пузырчатки. Для белки характерна сезонность (весна и лето). Симптом Никольского отрицательный при рожистом воспалении, а при гистологическом исследовании акантолитических клеток и трещин, пузырьков под роговым слоем нет.

Хотя клинические проявления себорейной экземы аналогичны таковым при эритематозной пузырчатке, они отличаются отсутствием повреждения слизистой оболочки полости рта, отрицательным признаком Никольского и отсутствием акантолитических клеток. При гистологическом исследовании экзема не выявляет акантолиза и подкожных пузырьков.

Уход

Клинические формы акантолитической пузырчатки имеют одни и те же причины, поэтому лечение идет в одном направлении. Важно начать лечение как можно раньше после того, как болезнь будет диагностирована. В настоящее время кортикостероиды в основном используются при лечении заболеваний мочевого пузыря. Количество кортикостероидов определяется исходя из общего состояния пациента. Стероидные гормоны начинают с рекомендации более высоких доз (преднизолон или метилпреднизолон 40-60 мг, триамцинолон 32-48 мг, дексаметазон 4-6 мг в сутки). У детей это количество уменьшается с возрастом. Например, для детей в возрасте 5-15 лет суточная доза составляет 10-20 мг для преднизолона, 8-12 мг для триамцинолона и 2-3 мг для дексаметазона. АКТГ иногда рекомендуется детям в течение 10-20 дней ЕД для усиления стимуляции надпочечников.

Обычно при приеме стероидных гормонов состояние пациента намного лучше, прекращается высыпание на коже и начинают исчезать эрозии. С этого момента количество вводимого лекарства будет постепенно уменьшаться. Доза стероидных гормонов снижается до поддерживающего уровня, при котором состояние пациента стабилизируется и не возникает рецидивов заболевания. Поддерживающая доза составляет 15-20 мг, например, для преднизолона. Эту дозу пациенту следует принимать в течение длительного времени после выписки из роддома. Лечение кортикостероидами можно прекратить через несколько лет. В этом случае врач должен учитывать общее состояние пациента и возможность рецидива заболевания. Глюконат кальция, панангин, оротат калия используются для поддержания количества микроэлементов. Одновременный прием цитостатиков рекомендуется для предотвращения побочных эффектов кортикостероидов: метотрексата, азотоприна, сандиммуна, проспидина и других. Пациентам также назначают анаболические гормоны - метандростенолон, нероболит, метиландростендиол, витамины (аскорбиновая кислота, рутин, аскорбутин, рибофлавин, пантотенат кальция, фолиевая кислота). Антибиотики принимаются для предотвращения вторичного инфицирования. фолиевая кислота) также рекомендуется. Антибиотики принимаются для предотвращения вторичного инфицирования. фолиевая кислота) также рекомендуется. Антибиотики принимаются для предотвращения вторичного инфицирования.

Если состояние пациента тяжелое, проводится симптоматическая терапия: рекомендуется переливание крови (15-20 мл внутривенно), плазма, гемодез, реополиглюцин, препараты печени (гепарин LUB 52, Эссель форте, витагепанкреатин) и другие полезные растворы. Пациенты ограничены в углеводах, соли и продуктах, богатых белком, витаминами и микроэлементами.

Местное лечение Чтобы не допустить осложнений от вторичных инфекций, необходимо нанести на пораженные участки кожи дезинфицирующий раствор (перманганат калия, жидкость Кастелла) или мазь. Применение местных кортикостероидных мазей увеличивает эффективность лечения. Рекомендуются кортикостероидные мази лоринден, гиоксизон, дермазолон, целестодерм, адвантан, бетноват, дермоват.

При пузырчатке в полости рта необходимо осмотреть стоматолога и прополоскать полость рта раствором фурацилина (1: 5000), метиленового синего, риванола.

Герпетиформный дерматит Дюринга

Затяжной герпетиформный дерматит (Dermatitis herpetiformis Duhring).

Заболевание впервые было описано в 1884 году дерматологом-филодельфом Дюрингом. Заболевание характеризуется острой полиморфной сыпью, кожным зудом. Заболевание хроническое и рецидивирует весной и летом.

Этиология и патогенез. Существуют различные теории происхождения болезни, основными из которых являются:

Аллергическая теория - согласно этой теории у пациентов наблюдается высокая чувствительность к микроэлементам йода, брома, эозинофилия в крови и снижение активности гистамин-разлагающего фактора в сыворотке крови.

-Инфекционно-аллергическая теория утверждает, что болезнь часто развивается после различных инфекционных заболеваний: гриппа, скарлатины, кори и паротита.

- Сторонники нейрогенной теории считают, что начало болезни связано с нарушением функции нервной системы. При этом наблюдаются различные патологические изменения в центральной и периферической нервной системе пациентов.

-Согласно эндокринной теории, у большинства пациентов с герпетиформным дерматитом наблюдается дисфункция желез внутренней секреции, частые дерматозы у женщин во время и после беременности, иногда связанные с менструальным циклом.

-Аутоиммунная теория - различные иммуноглобулины JgG, JgA, JgM и JE были обнаружены в сыворотке крови пациентов, а при иммунофлуоресцентном исследовании накопление аутоантител против JgA, продуцируемых под базальной мембраной эпидермиса кожи, на молочных железах. слой.

Клиника. Перед началом заболевания у больных наблюдаются продромальные изменения: субфебрилитет, артралгия.

Заболевание начинается остро, и на основе эритематозных пятен появляются группы экссудативных высыпаний: волдыри, пузыри, абсцессы, узелки, волдыри. По клинической картине заболевания, в частности по массе высыпаний, сравнивают заболевание с опоясывающим герпесом, который называется герпетиформным дерматитом.

Дерматоз чаще всего встречается у людей в возрасте от 25 до 50 лет, а иногда и у детей или пожилых людей. Для заболевания характерны полиморфные высыпания. Сыпь характеризуется симметричными скоплениями, хроническая, рецидивирующая. Заболевание сопровождается сильным зудом, раздражением, а иногда и болью. Эритематозные узелки, волдыри, а под ними появляются волдыри и гной на пишущих участках тела, ног и рук. Иногда на коже головы появляются волдыри, напоминающие пузырчатку. Также может быть геморрагическая жидкость в мочевом пузыре, волдыри и гной. Позже в результате застывания высыпаний появляются эрозии, черные струпья и т. Д. Повреждение слизистых оболочек очень низкое (10%). Симптом Никольского отрицательный. Эозинофилия наблюдается в крови пациентов и в жидкости мочевого пузыря, а наличие иммуноглобулина в базальной мембране обнаруживается с помощью иммунофлуоресценции. Заболевание длится долго и время от времени обостряется.

Различают большие и мелкие везикулярные типы герпетиформного дерматита. Крупные везикулярные виды располагаются на теле, в конечностях кистей и стоп. У мелких видов везикул размер пузырьков мохообразный или размером с горошину, и они расположены в основном в паху, паху и подмышечной впадине. Общее состояние пациента может быть легким, средним или тяжелым. В более тяжелых случаях пациент становится утомленным и раздражительным, сильно нарушается водный и солевой обмен в организме. Дерматоз может осложниться вторичной инфекцией.

При диагностике заболевания следует учитывать чувствительность дерматоза к памяти. На кожу наносят 50% йодную мазь или перорально принимают 3-4% раствор калия или натрия йода (проба UAdasson). Раствор йода может вызвать сильное обострение заболевания, и через 24-48 часов применения мази кожа может покраснеть и появиться высыпания. Однако использование такого метода диагностики не рекомендуется в периоды стресса, иначе это может привести к серьезным последствиям.

Гистопатология. Эозинофилия наблюдается в пузырьках под пидермисом и в жидкостях внутри них. В дерме имеется инфильтрат, состоящий в основном из эозинофилов. Ячейки Zank не обнаружены.

Сравнительный диагноз

Герпетиформный дерматит на протяжении длительного периода времени диагностируется сравнительно с многофакторной экссудативной эритемой, везикулярной формой токсикодермии, акантолитической пузырьчаткой, врожденным везикулярным эпидермолизом.

При мультиформной экссудативной эритеме появляются темно-красные пятна, в отличие от герпетиформного дерматита, в центральной части которых имеются узелки, высыпания не группируются, субъективных признаков мало, эозинофилов в жидкости в мочевом пузыре нет. Тест UAddason дает отрицательные результаты. При везикулярной форме токсикодермии общее состояние больных ухудшается, в жидкости внутри пузырьков не обнаруживаются эозинофилы. Развитие болезни в анамнезе зависит от приема лекарственных препаратов.

Уход: Наилучшим действием при лечении заболевания обладают препараты диаминодифенилсульфона (ДДС). К препаратам этой группы относятся: авсулулфон, дапсон, сульфетрон. ДДС назначают пить по 0,1 г 2 раза в сутки. Препарат принимают 5 дней и отдыхают 3 дня. Когда вводятся сульфаниламиды, получается хороший результат. В тяжелых случаях DDS используется в сочетании с кортикостероидами. Антибиотики также рекомендуются при ухудшении общей силы организма, десенсибилизации, антигистаминных, витаминных и вторичных инфекциях.

Учитывая изменения в желудочно-кишечном тракте, рекомендуется ограничить в рационе растительные белки, особенно пшеницу и другие злаки. Местное лечение включает анилиновые красители, глюкокортикоиды (лоринден, флуусинар, синафлан, сина, целестодерм, дермовайт) и антибиотики (эритромицин, стрептомицин, левомеколь). Исход болезни хороший, иногда бывает спонтанная ремиссия и клиническое выздоровление.

Основные вопросы темы:

1. Опишите везикулярные дерматозы.
2. Классификация везикулярных дерматозов.
3. Акантолитическая пузырьчатка этиологии.
4. Патогенез акантолитической пузырьчатки.
5. Виды акантолитической пузырьчатки.
6. Клинические проявления акантолитической пузырьчатки.
7. Клиника акантолитической пузырьчатки.
8. Клиника вегетативной пузырьчатки.
9. Клиника вульгарной пузырьчатки.
10. Клиника листовой пузырьчатки.
11. Клиника себорейной пузырьчатки.
12. Лабораторные данные в диагностике акантолитической пузырьчатки.
13. Опишите клетки резервуара.
14. Сравнительный диагноз акантолитической пузырьчатки.
15. Лечение акантолитической пузырьчатки.
16. Опишите дерматит Дьюринга.
17. Этиопатогенез длительных дерматитов.
18. Клиника дерматита и лабораторные методы исследования.
19. Сравнительный диагноз дерматита Дьюринга.

Лечение дерматита Дьюринга

Интерактивные методы, используемые на уроке

«Ручка посередине стола»

Тема: Объясните симптомы мочевого пузыря симптомами тауанча.

Группа студентов определяется по номерам. Каждый ученик выбирает одно заболевание, которое ему лучше всего известно, и записывает его на листе бумаги. Ручка кладется в середину

стола, а лист передается следующему ученику. После того, как все студенты записали свои болезни, они по очереди высказывают свое мнение.

Например:

Студент выбрал акантолитическую пузырчатку. Он объясняет с тауанскими иероглифами следующее:

Теории происхождения заболевания, патогенез, клинические формы, описание основных симптомов болезни: симптомы Никольского, Асбо-Ганзена, Шеклакова, изменения внутренних органов, изменения периферической крови и последствия болезни.

«Трехэтапное интервью»

Цель: Научить пациента правильному психологическому подходу к выявлению и решению проблем.

Основные принципы: Группа делится на 2-3 подгруппы, и студентам дается роль: врач, пациент, эксперт. Студентам, играющим роль пациента, будет поставлен диагноз. Каждая группа проводит 10-15 минутную консультацию с пациентами. Эксперт оценивает деятельность участников по следующим 3 разделам:

- 7) что было сделано правильно
- 8) Что пошло не так?
- 9) Как это сделать?

Преимущества:

Этот метод можно широко использовать при отсутствии пациентов на предмете. Методика напоминает ролевые игры, но наполняется третьим участником - экспертом, и одновременно обсуждаются 2-3 клинических варианта. Это обогащает содержание урока, бодрит учебный процесс и позволяет более глубоко оценить уровень знаний ученика.

Пример: Педагог выбирает по 3 студента для каждой подгруппы на роль пациента, врача и эксперта. Преподаватель заранее подготавливает результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента и предоставляет их в соответствии с требованиями студента, исполняющего обязанности врача.

Пациент - женщина 35 лет. Жалобы: появление волдырей во рту, внезапное появление волдырей на коже, которая не меняется в груди и руках, небольшой зуд, слабость, небольшая припухлость во рту 'tiqqa.

Из анамнеза больной считает себя больным 15 дней. Он не знает точной причины. Изначально пузыри появились в полости рта, а через 10 дней внезапно переместились на грудь, конечности. Пузырьки имеют длину около 1-2 см и сначала напряжены, затем быстро ослабевают и начинают разрываться.

Статус на момент проверки:

Состояние средней тяжести, температура тела 37°C. Обнаруживаются буллезные высыпания. Тоны сердца более приглушены, пульс - 90 ударов, артериальное давление выше 100/60 мм рт. Повышенное везикулярное дыхание в нормальных легких. Печень и селезенка не увеличены.

Оценка патологического состояния кожи пациента: патологическое состояние кожи пациента характеризуется острым воспалением. В целом слизистая оболочка ротовой полости располагается в области 1-2 груди, рук и ног, а на фоне неизмененных кожных элементов видны стянутые и ослабленные буллезные высыпания. Некоторые пузыри лопаются и сменяются эрозиями. Местами вместо волдырей обнаруживаются гиперпигментированные пятна. Никольский, Асбо-Ганзен симптомы положительные.

В общем анализе крови Hb - 100г / л, эозинофилия, ЭХГ-22, ионы натрия, хлорида увеличились, общий белок снизился. Клетки Zank обнаруживаются в жирах, взятых со дна мочевого пузыря.

«Врач» должен обращать внимание на всю информацию, собранную со слов пациента, следить за клиническими признаками, выполнять на практике симптомы Никольского, Асбо-Ганзена, удостовериться, что они положительные, и направить пациента к отделению дерматологии.

При оценке работы «эксперта» врач должен обращать внимание на следующее:

- Правильно ли психологически лечится пациент?
- Правильно ли собран анамнез?

- Был ли у пациента диагностирован вульгарная пузырчатка из-за сыпи?
- Пациент обращался в больницу для дальнейшего обследования и лечения?
- На что направлено лечение и правильный подход к разработке схем лечения?
- Установлен ли клинический тип заболевания?

При оценке поведения пациента:

- В какой степени он описал свою ситуацию?
- Смог ли он рассказать точную историю болезни?
- Он четко описал симптомы болезни?

В конце урока учитель сосредоточит внимание на забытых аспектах и выявленных недостатках в действиях каждого участника.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

У 45-летней женщины на коже груди и живота образовались волдыри, заполненные серозной жидкостью. Симптом Никольского положительный. В анамнезе пузыри сначала появились на слизистой оболочке ротовой полости и быстро лопнули, вызвав болезненные высыпания. Больная длительное время лечилась у стоматолога с диагнозом «афтозный стоматит».

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует запланировать для определения диагноза.
3. С какими болезнями сравнивать.

Выпуск 2

Больной 56 лет. В области волосистой части головы, волосистой части головы, верхней части груди и заднего плеча в эритематозном комке находится плотная жирная кожа. Если их удалить, снизу обнаружатся влажные эрозии. Акантолитические клетки обнаружены в мазках, полученных из патологических очагов. В анализе крови Нв-90 г / л, лейкоциты -6,0, ЕСНТ-21, эозинофилия до 20%.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите клинический тип заболевания.
3. Составьте схему лечения.

Выпуск 3

Больной 40 лет. Симметричные папулы, шишки, эрозии, чешуйки располагаются на коже кистей и стоп. Больного беспокоит сильный кожный зуд. Симптома Никольского не обнаружено. Эозинофилия наблюдается в анализах крови и жидкости мочевого пузыря.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями сравнивать?
3. Составьте план лечения.

Выпуск 4

Больной В. 35 лет. В области верхнего неба ротовой полости появились два крупных пузырька, заполненных серозной жидкостью. В анамнезе больного показано, что он болеет два года и принимает гормоны. Прием гормонов был прекращен без разрешения врача в течение последнего месяца.

1. Какие анализы необходимо провести для постановки диагноза?
2. Какие клинические симптомы, характерные для этого заболевания, вы знаете?
3. Опишите осложнения и последствия болезни.

Выпуск 5

Больной Ж. 66 лет. Приехал на прием с жалобами: высыпания на конечностях и теле группами, сильный зуд кожи и общая слабость.

Из анамнеза больной 10 дней. Заболевание началось с появления сильных зудящих волдырей на конечностях. Пациент нанес на эти клетки 5% раствор йода. Заболевание обострилось, увеличились высыпания. Состояние зрения: общее состояние умеренное, температура тела 37,5 С, кожа на конечностях беспокойная, гиперемированная, волдыри, волдыри, волдыри, эрозии симметрично расположены группами в области груди папулы, видны чешуйки. Никольского, Асбо-Ганзена симптомов не обнаружено. ЕСНТ - 24 г / час.

Поставьте диагноз.

1. Определите этиопатогенетический фактор этого заболевания.
2. Составьте план лечения.

Использование кейс -метода

Время работы от 15 до 40 минут

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Тема клинического случая: дерматозы мочевого пузыря.

Варианты клавиш:

Срок исполнения

1. Анамнез эстетической информации.
2. Правильный первоначальный диагноз.
3. Приборы и лаборатория (проведение обследований).
4. Различаются с другими заболеваниями (первичная диагностика).
5. Поставьте окончательный диагноз.
6. Лечение гэджаси.

Студенты делятся на группы (3-4 человека). Письменный анализ и ситуационное разрешение за 10 минут

они готовят

Учитель

Предлагает рассмотреть результаты индивидуальной работы с Ключами, проанализировать и разрешить ситуацию

готовит сообщение о себе и предлагает разместить его в презентации в виде плаката.

Ученики

Они вместе анализируют индивидуальную работу. Важные аспекты ситуации, основные проблемы и пути их решения

определить способы доставки, сделать вывод о поиске подходящих вариантов решения, владеть внести исправления.

Учитель: объявляет о начале презентации групповой работы.

Спикеры группы: предоставить ситуационные варианты, ответить на вопросы и самостоятельно уточнить свои презентации.

Выход из динамик не должен превышать 10-15 минут, его нельзя остановить. Вопросы только ее

дается после вывода.

Ученики: оценить, выразить свое отношение к вариантам решения, предлагаемым группами, оптимальным

выберите опцию.

Общая дискуссия длится 20-25 минут. Обсуждение основано на широком участии всех участников.

должно быть.

Педагог - организатор дискуссии:

Задаёт вопросы, откусывает, напоминает теоретический материал.

Использование кейсового метода.

Время работы от 15 до 40 минут.

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать.

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Тесты по теме 5

1. Опишите клинические типы акантолитического перикарда.
 - А) листовенный, себорейный
 - Б) себорейный, интертригинозный
 - В) Синдром Стивенса-Джонсона
 - Ж) озноб у младенцев
 - Г) кольцевая, вульгарная
2. Укажите клинические проявления акантолитического выпота в перикард.
 - А) Синдром Сенира Ашера
 - Б) синдром Рейно
 - В) Синдром Стивенса-Джонсона
 - Ж) синдром Лайелла
 - Д) Синдром Тиберия-Вайзенбаха
3. Опишите клинические типы акантолитической крапивницы.
 - А) вегетативный
 - Б) токсикодермический буллез
 - В) буллезное импетиго
 - Ж) буллезный эпидермолиз
 - Г) кольцевой
4. Акантолиз является морфологической основой какого симптома?
 - А) Симптом Никольского
 - Б) Симптомы Пospelова
 - В) Симптом Горчакова-Арди
 - Ж) Симптом Асбо-Ганзена
 - Г) Симптом ауспита
5. Симптом Николая является патогномоничным признаком каких дерматозов?
 - А) синдром Лайелла
 - Б) длительный дерматит
 - В) Рычажный пемфигоид
 - Г) Синдром Стивенса-Джонсона
 - Г) Вторичная эритродермия
6. Основной морфологический элемент вульгарной пузырчатки:
 - А) интраэпителиальный пузырь
 - Б) субэпидермальный пузырь
 - В) подкорнеальный пузырь
 - Г) flictena
 - Г) пузырек
7. Акантолитические везикулообразующие дерматозы включают:
 - А) Продолжительный дерматит
 - Б) болезнь Риттера
 - В) синдром Лайелла
 - Г) Синдром Сенера Ашера
 - Г) вульгарная пузырчатка
8. Вульгарная пузырчатка обычно начинается:
 - А) из ротовой полости
 - Б) из волосистой части головы
 - В) из области естественных складок
 - Ж) между пальцами рук и ног
 - Г) из области генетических органов
9. Какие дерматозы можно сравнить с себорейной пузырчаткой?
 - А) рубцовая красная кожа
 - Б) множественная эксудативная эритема
 - В) zahm пузырчатка
 - Ж) интертригинозный псориаз

- Г) микробная экзема
10. Неспецифическая локализация вегетативной пузырьчатки.
- А) в области естественных складок
- Б) в себорейных областях
- В) в ладонях рук и ног
- Ж) в области колен и локтей
- Г) в области верхнего неба

Практические навыки

Исследование акантолитических (цанк) клеток

Он используется для сравнительной диагностики опоясывающего герпеса и герпетического дерматоза Дюрунга.

1. Материал фиксируется метиловым спиртом в течение 1 минуты, сушится при комнатной температуре и окрашивается Романовским гимзой.
2. После приготовления и окрашивания препарата его увеличивают в 10х40 раз и рассматривают под микроскопом.
3. Акантолитические клетки менее округлые, чем нормальные эпителиальные клетки, имеют большое ядро, интенсивно пурпурного или чернильно-синего цвета и занимают немного меньше целой клетки.

№	Исследование акантолитических (цанк) клеток	Максимальный балл	Собрано мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Обнаружение первичной сыпи	10	
3	Материал снимается с поверхности дна нового пузыря и выливается в стакан сосуда.	15	
4	Материал фиксируется на 1 минуту с помощью метилового спирта.	20	
5	Материал фиксируется при комнатной температуре.	10	
6	Краски по Романовскому-Гимзе	20	
7	Под микроскопом исследуют препарат размером 10х40 на наличие акантолитических клеток.	20	
	Джами	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Принципы современной диагностики и лечения псориаза красным железом

На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

7 тем: Вирусные заболевания кожи. СПИД

7.1 Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников - 8 человек
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	1. Вирусные заболевания кожи. Простой пузырьковый утюг. 2. Окружающее железо. 3. Контагиозный моллюск. Острые кондиломы. 4. Основы диагностики. Уход.
Цель обучения:	Образовательные: Обучить студентов проблемам современной диагностики, сравнительной диагностики и оптимального лечения вирусных инфекций, классификации вирусных инфекций,

	<p>сформировать знания об этиопатогенезе заболеваний и их особенностях в детском возрасте. Давать клинические проявления, симптомы, синдромы. Описание status localis, чтобы дать представление об основах местного и общего лечения с примерами частных реставраций.</p> <p>Образовательные: На реальных примерах по предмету студенты стремятся улучшить здоровье населения, внести свой вклад в улучшение медицинского уровня населения, привить им любовь к избранной профессии.</p> <p>Разработчик: для достижения развития студентов как современного персонала с помощью научно обоснованных данных, основанных на новой литературе в объяснении темы.</p>
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

6.2. Технологическая карта практических занятий по вирусным инфекциям кожи.

Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап (5 минут)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль чистоты слуха 2. Проверка готовности учеников к урокам. 3. Контроль посещаемости 	<p>Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту</p>
1. Вводный этап обучения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка учебного контента по теме. 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук. 	<p>Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту</p>
Основная сцена	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Определение уровня базовых знаний по теме вирусных инфекций кожи - устный вопрос, тест, вопрос. 2. Тематический анализ интерактивного метода аквариума 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся. 	<p>Они разделены на небольшие группы. Они смотрят</p> <p>Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.</p>
Основная сцена	<ol style="list-style-type: none"> 1. Устный вопрос, тест, вопрос «Вирусные инфекции кожи, этиология, эпидемиология, клинические проявления и современные особенности лечения». 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Тематический анализ в интерактивной методике «Метод Ротасиуа выражения мнения». 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с 	<p>Они разделены на небольшие группы. Они смотрят</p> <p>Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.</p>

	пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	
Заключительный этап	1. Финалист заключает 2. Обеспечивает самостоятельную работу: клиническое кеширование, диагностику и лечение. Герпетическая инфекция, STMV-инфекция. Рычажный пемфигоид 3. Дает домашнее задание: Инфекции, передающиеся половым путем. Захт. Первичная и вторичная травма	Он слушает Делает заметки Делает заметки
Джами		

Вирусные заболевания кожи

Классификация:

1. Простой герпес
2. Вирус простого герпеса I типа наблюдается во рту, глазах и половых органах.
3. Генитальный герпес II типа и генерализованный герпес у младенцев.
4. Varicella Joster - опоясывающий герпес
5. Вирус Эпштейна-Барра - инфекционный мононуклеоз и лимфома Беркета.
6. Cytomegalovirus-cytomegalia.

Нормальный герпес

Вирус простого герпеса является наиболее распространенным вирусным заболеванием кожи, и, по оценкам экспертов, он может поражать до 90% взрослых. В отличие от других вирусов вируса простого герпеса, когда на него воздействуют определенные неблагоприятные факторы в поддержании губ в организме, они могут стать активными и усугубить болезнь. Частые панические атаки, простуды, простуды, гиповитаминозы, психические воздействия также вызывают вирусы и обыкновенный герпес.

Клиника. На разных участках тела кожа становится красной и образуются мелкие волдыри. Пока не появятся симптомы, одни и те же участки становятся немного раздраженными, зудящими, немного покалывающими. Через день-два появляются пузырьки, размером от зерен проса до зерен мха. В основном они находятся на гиперемированной поверхности кожи с прозрачной жидкостью внутри. Жидкость внутри волдырей постепенно становится мутной и болезненной. Они быстро трескаются, желтеют и покрываются черными корками. Где падает, появляются новые скины. В норме герпес в основном встречается в уголках губ, щеках, крыльях носа, слизистых оболочках рта, веках и половых органах.

Симптомы исчезают в течение 10-14 дней, волдыри сменяются временным коричневым пятном. Иногда заболевание может рецидивировать, с головной болью, повышением температуры тела, недомоганием, потерей аппетита. Вызывает обморожения, сильную усталость, психические расстройства, инфекционные заболевания. При этом больной становится слабым, нарушается сон, грыжи становятся болезненными, набухают регионарные лимфоузлы.

В зависимости от клинических признаков различают несколько типов герпеса:

1. Легко пройти.
2. Отек.
3. Тяжелая.
4. Окружающий или поясообразный тип герпеса.
5. Частые рецидивы.

Гистопатология. Патологический процесс происходит преимущественно в эпидермисе. В этом случае усиливается экссудативный, альтернативный процесс, приводящий к образованию пузырьков в мальпигиевом слое, наблюдается акантолиз. Дерма меняется незаметно, сосуды в молочной железе расширяются, а область вокруг них становится слегка припухшей.

Диагностика. Когда болезнь протекает нормально, диагноз прост. Когда везикулы находятся в гениталиях, они разрываются и образуют небольшие эрозии, часто напоминающие первичное поражение, но с усилением боли, коротким инкубационным периодом, отсутствием лимфаденита и трепонем, отделение поражения от поражения позволяет.

Лечение. Анелиновые красители, метиленовый синий, алмазные смывки, красители костел наносятся на небольшие эродированные волдыри на коже. При наличии черных корочек на трещинах эрозий наносят 3-5% мазь белой ртути, синтамициновую эмульсию, 1-3% оксалин, интерферон, бонафтон, госсипол, мази флоренала. Для сушки и дезинфекции влажных помещений используются 1-4% растворы нитрата серебра и 1-2% пиоктана. При воспалении ротовой полости необходимо полоскание растворами борной кислоты, перекиси водорода, перманганата калия, лактата этюкридина, бикарбоната натрия. При присоединении вторичной инфекции назначают антибиотики. Помимо специального лечения проводится иммуностимулирующее и общее лечение симметрии.

Применение ацикловира в виде таблеток или мазей увеличивает эффективность лечения. Тимолин 10-30 мг, Тактивин 80-100 мг 8-10 инъекций на курс лечения, Спленин 1 мл, Продигиозон 0,5 мл внутримышечно, Элеутерококк, Левамизол. Иммуноглобулин против генитального герпеса вакцинируют каждые 3 дня в течение 3-4 дней, 5-7 инъекций и один раз каждые 7 дней, всего 5 инъекций герпесных вакцин.

Опоясывающий герпес вызывается фильтрованным нейротропным вирусом. Инкубационный период заболевания может составлять 7-8 дней самостоятельно или как осложнение любого другого заболевания.

Клиника. Пузырьки текут к гиперемированной области вдоль определенного нерва или нервной сети тела. Сыпь обычно распространяется на одну сторону тела. До появления сыпи пациент расстроен, у него появляется головная боль, боль вдоль нервного символа и раздражение одних и тех же участков. Кожа пузырьков твердая, внутренняя часть заполнена прозрачной жидкостью, постепенно жидкость начинает мутнеть. Пузырьки соединяются и выстраиваются в ряд, вокруг которых они перемежаются и краснеют.

Следующие типы различаются в зависимости от клинических признаков.

1. Свет
2. Геморрагический - сначала внутренняя часть пузырьков мутнеет, кровь сгущается гноем, в результате чего пузырьки наполняются кровью.
3. Бывают случаи гангрены - некроза, гангрены.
4. Буллезный - здесь возникают волдыри и волдыри.
5. Распределенный - обобщенный тип.

Везикулы проходят по нервам глаз, ушей, межреберья, а также по шее, поясничным нервам и нервным ветвям. При попадании волдырей на слизистые оболочки рта (2-3 рога), губ и неба, чаще всего шея и шея. Кожа также повреждена. Заразиться герпесом в области глаз очень опасно. Пораженный участок сильно болезнен, образуются пузыри, эритема, эрозии, коричнево-желтые корки. Через 2-3 недели симптомы исчезают и пациент выздоравливает, иногда волдыри могут периодически переполняться. Парез мышц и невралгия ощущаются в одних и тех же областях после заживления раны. При тяжелых формах вторичных гиперпигментированных пятен вместо волдырей остаются рубцы или атрофические изменения. Простуда, грипп, туберкулез, желтуха, отравление, большинство лимфоорганулематозов, злокачественные опухоли, лейкоз, вызывает вспышку опоясывающего герпеса. Это состояние чаще всего встречается весной и осенью. Заболевание в основном наблюдается у пожилых людей. Пузыри сменяются вторичными гиперпигментированными пятнами, а при тяжелых формах рубцами или атрофическими изменениями.

Окружающий герпес. простуда, грипп, туберкулез, желтуха, отравления, большинство лимфоорганулематозов, злокачественные опухоли, лейкоз. Такая ситуация чаще всего встречается весной и осенью. Заболевание в основном наблюдается у взрослых; Редко у детей до 10 лет.

Пузыри сменяются вторичными гиперпигментированными пятнами, а при тяжелых формах появляются рубцы или атрофические изменения.

Гистопатология. Ритикулярная дегенерация клеток эпидермиса, внутриклеточные вирусные инфильтраты, дегенеративные изменения нервных волокон; Наблюдаются опухоль, увеличение, острое воспаление и инфильтрат полиморфных клеток, состоящий из гистиоцитов, фибробластов, лимфоцитов и лейкоцитов.

Диагностика. Этот тип герпеса не сложно диагностировать, расположение волдырей на определенном нервном пути вызывает раздражение, а сильная боль позволяет отличить его от обычного герпеса и других заболеваний.

Лечение. Когда болезнь протекает в легкой форме, она проходит без лечения. Салицилаты, анальгетики используются в сочетании с такими препаратами, как интерферон, Метезазон, Кутизон, Интерферонаген. В зависимости от возраста пациента применение Розерина приносит пользу. При геморрагической и гангренозной формах назначают амидоперин, бутадиион, витамины реопирин (V1, V5, V6, V12, S), аутогемотерапию, гаммаглобулин, антибиотики (пенициллин, левомицетин, ампициллин). Soluux, УЗИ, ультрафиолетовые лучи, диатермия в области симпатических узлов шеи. Целесообразно использовать физиотерапевтические процедуры с диадинамическим током Бернара. Для снятия сильной боли проводят электрофорез новокаина, круговую блокаду с фонофорезом 50% -ной мазью интерферона. Распространенными кортикостероидами являются преднизон, дексаментазон, триамцинолон (15-20 мг в сутки). Не наносит ударов в острых формах. Используются противовоспалительные и дезинфицирующие пасты, крем 1-2% оксолиновая мазь, 5% «Флоренал», 20-25% интерферон «Лоринден С», «Дермазолон» и спиртовые растворы анилина. Особенно полезно заменить противовирусные мази (Госсипол, Теброфен, Бонафтон) на анилиновые красители. Хорошие результаты дает и применение ацикловера в виде таблеток или мазей.

Профилактика. По возможности избегайте тесного контакта с больными, избегайте интоксикации и озноба.

Контагиозный моллюск

Инфекционный моллюск - инфекционное заболевание, которое возникает у детей.

Этиология и патогенез. Возбудитель - фильтруемый вирус, который является самым крупным из известных вирусов. Инфицировано большинство детей детских садов и младших школьников (3-7 лет). Они могут заразиться при прямом контакте с вирусом или при использовании обычных полотенец, ванн, посуды, игрушек и т. Д. Заболевание может распространиться внезапно в детском учреждении.

Клиника. На коже, вокруг глаз, шеи, груди, ладоней, живота, на невидимой коже половых органов, иногда на большей части кожи появляются небольшие узелки, похожие на шишку. Эти узелки имеют здоровый цвет кожи, в виде сдавленной посередине пуповины, не болят. При сдавливании с обеих сторон появляется мутная масса замороженных эпителиальных клеток, называемых тельцами моллюсков. Некоторые свешиваются немного выше кожи, называемые узелками моллюсков на ногах. Иногда узлы соединяются, образуя крупных и мелких моллюсков.

Диагностика. Диагноз ставится быстро и точно, обычно сравнивая со здоровьем подростков. Когда узелки моллюска плотно прижимаются анатомическим пинцетом, всплывает плавающая масса; При просмотре под микроскопом в протоплазме большой овальной формы обнаруживаются клетки с включениями. (тела моллюсков). Посередине бороды подростка нет бугорков, похожих на плети; На ладонях кистей и подошвах стоп моллюск не встречается.

Лечение. Узелки сжимают пинцетом или соскабливают ложкой Фолькмана с острыми краями; заменяется 2-3% раствором йода. Применяются 3% оксолиновые, интерфероновые мази. Иногда применяется диатермокоагуляция, криотерапия.

Своевременное выявление и лечение важны для предотвращения заболевания; Больной отделен от детского учреждения.

Острые бородавки (CONDILOMATA ACUMINATA)

Злокачественные новообразования, возникающие на постоянно натираемых участках кожи и слизистых оболочек.

Этиология и патогенез. Возбудитель - фильтруемый вирус папилломатоза-акантоматоза, относящийся к группе Попова. По многим своим симптомам он напоминает простой и заразный вирус герпеса. Такие заболевания, как нарушение личной гигиены, хроническое

неспецифическое воспаление, трихомоноз, кандидоз, хламидиоз, уреаплазмоз могут привести к развитию острого кандидоза. Также он может вызвать сонливость во время полового акта. Большинство случаев возникает у людей в возрасте 20-40 лет и старше, реже - у детей. Инкубационный период от 7-8 недель до 9-10 месяцев.

Клиника. Острый кандидоз чаще всего встречается вокруг гениталий пациента, полового члена, ануса, подмышек, губ и влагалища, под грудью. Иногда также наблюдается в слизистом слое переднего отдела уретры. Вначале на этих участках появляются небольшие розовые узелки, которые не являются твердыми, но соединяются вместе, образуя мягкую, похожую на присоску опухоль, напоминающую цветную капусту или петушиную корону.

Некоторые элементы острого кандидоза сконцентрированы на тонкой основе (ножках), кончик которой покрыт влажной перхотью, а при нанесении издает запах. В результате трения она становится раздраженной, зудящей, эрозированной и эрозивной. При эрозионных опухолях выделяется кровь. Когда опухоль царапается, выделяется масса мочевого пузыря.

Диагностика. Диагностировать острый кандидоз несложно. В основном это сравнивают с сербарными кадиломами в ранах. Обследование на язвенный кандидоз выявляет большое количество протекающих трипомем, и все серологические тесты положительные. В редких случаях у одного пациента может быть как доброкачественный, так и острый кандидоз.

Лечение. Острые бородавки - это в основном ожоги. Применяются диатермокоагуляция, криотерапия, электроизоляция. Острый раствор перманганата калия, трихлоруксусной кислоты, раствор подофиллина в 20% спирте прижигают крепкими растворами типа фerezола. Назначают 1: 1 смесь резорцина с тальком, коламиновые мази. Если кандилом с острыми краями мало, их удаляют остроконечной ложкой Фолькмана.

Бородавки (VERRUCAE) Бородавки - это доброкачественные и злокачественные опухоли, которые появляются на коже. Чаще всего встречается у детей и подростков. Это вызвано фильтрованными вирусами, принадлежащими к семейству Поповых. В зависимости от характеристик возбудителя различают штаммы, образующие акантоматоз, папилломатоз и вакуоли. Эпидермальные опухоли размером от нескольких миллиметров до 1-2 см. Заболевание заразно и может передаваться здоровому человеку при прямом контакте с пациентом или через суставы пациента. Царапины, царапины, ссадины, нарушение водно-липидного обмена на коже человека - это факторы, предрасполагающие к появлению бородавок. Инкубация (от нескольких недель до 2-3 месяцев), продромальный период, сыпь, сморщивание и выздоровление при бородавках, что наблюдается при всех инфекционных заболеваниях.

Такие схемы есть. Бородавки различаются по расположению, возбудителю и внешнему виду:

1. Обычные бородавки.
2. Подростковые бородавки.
3. Подошвы стоп.
4. Бородавки у пожилых людей отделяются.

Обычные бородавки Он имеет форму узелков, не имеющих ничего общего с воспалением, размер которых молочный, в основном горошинчатый, плотный, сферический или восковой по форме, нормального цвета кожи или более темный. Их узлы неровные из-за гиперкератоза. Чаще всего встречаются тыльная сторона ладони, ладони, подошвы и другие части тела. Обычно они не болят, но если они на ногтях, то могут болеть из-за трения.

Лечение. Хорошую пользу дает психотерапия, гипноз. Назначены электрокоагуляция, диатермокоагуляция, криотерапия, сжигание жидким азотом, трихлоруксусной кислотой. Применяются мази, содержащие 2% оксолина, 1-3 «Флоренал», раствор Фаулера с госсиполом (40% фенол, 60% трикрезол) и интерферон, колхицин.

Подростковые бородавки - это светло-розовато-желтые эпидермальные опухоли, которые поднимаются над кожей и обычно гладкие. Возникает на шее (щеке, лбу, подбородке), на шее, на тыльной стороне ладони. Иногда бородавки располагаются рядами, у подростков бородавки диагностировать несложно.

Бородавки подошвы . Подошвы стоп оказываются на наиболее продавленных участках кожи. Он украшен желтовато-коричневым, круглым или лавинообразным утолщением кожицы, напоминающим монету. Эти бородавки отличаются от упаковки наличием опухолей молочной

железы (окантоз, папилломатоз, гиперкератоз). Неправильное ношение обуви, пяточные шпоры и гипергидроз могут привести к образованию подошв.

Бородавки пожилых людей - У людей старше 40 лет тело проявляется в виде серых, коричневых или черных пятен, покрытых жиром на шее и шее.

Лечение. Раствор холодного азота (криотерапия) применяют мазь коламина, применяют 10-20% раствор подофиллина. Можно использовать следующую смесь горючих веществ:

Rp Ac. салициловый 1,0

Ac. acetici 9.0

Коллоиды эластичный 10.0

МДС носить.

В течение двух недель рекомендуется сделать рентген при 50 Р, электроакустику, аппликацию ледяной уксусной кислоты, раствор Фаулера, хирургическое удаление, если не заживает.

СПИД

В то время как число людей, живущих со СПИДом во всем мире, приближается к 50 миллионам, а количество смертей от СПИДа в год приближается к 3 миллионам, количество людей, живущих со СПИДом в Содружестве, растет с каждым годом и может достигнуть 4 миллионов к 2005 году. ... В стране в августе 2003 г. было зарегистрировано 3 000 больных СПИДом, и он был зарегистрирован во всех регионах.

Этиология. У людей СПИД в основном вызывается ретровирусами ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Геном вируса хорошо изучен, его размер составляет 100-200 мкм, и в процессе репродукции он формирует структуру из 9 основных антигенов.

Патогенез. Патогенез СПИДа также хорошо изучен. Вирус размножается в живых клетках и делится на несколько этапов:

1. Связывание вируса с клеткой.
2. Удаление вирусом и проникновение в клетки.
3. Размножение вируса и образование антигенов и других веществ.
4. Размещение вирусного генома внутри клеточного генома. Вирусы, попадающие в нормально функционирующий организм, подавляются иммунной системой в течение многих лет, но постепенно иммунная система теряет способность бороться с вирусом, и в этом организме вирус начинает беспрепятственно размножаться.

Способ учиться

ВИЧ передается во время полового акта, парентерального лечения (иглы, шприцы и другое оборудование), крови и кровезаменителей, трансплантации органов и тканей.

Большинство больных СПИДом - гомосексуалисты и бисексуалы, проститутки, наркоманы, получатели крови и продуктов крови от доноров, инфицированных вирусом, и другие. Попадание ВИЧ в организм снижает функциональную активность лимфоцитов, что приводит к лимфопении и недостаточности иммунной системы. Эпидемиология.

СПИД - очень заразное антропонозное заболевание, которое может передаваться от пациента или человека, являющегося носителем вируса СПИДа, здоровому человеку.

Способы изучения вируса СПИДа:

- посредством полового акта (вагинального, анального, орального, гомосексуального или гетеросексуального),
- через парентерально зараженную кровь и продукты крови (шприц и оборудование)
- от матери к плоду (при рождении) или ребенку (через грудное молоко).

Вирус СПИДа не проникает через неповрежденную кожу и слизистые оболочки.

Клинические проявления

Течение СПИДа делится на 5 этапов:

1. Острый период заболевания.
2. Без знаков - срок перевозки.
3. Стойкий генерализованный - период лимфаденопатии.
4. Сложный цикл, связанный со СПИДом.
5. СПИД.

В Узбекистане классификация болезней, данная В.И.Покровским (1989), в основном используется при охвате клиники СПИДа и планировании лечения, а также в соответствии с:

1. Инкубационный период.

2. Период основного симптома:

А. Фаза острой лихорадки.

Б. Бессимптомная фаза заболевания.

В. Фаза рецидивирующей диффузной лимфаденопатии.

3. Период второстепенных признаков:

А. Потеря менее 10% веса тела, поражение кожи и слизистых оболочек грибами, бактериями и вирусами, наличие столбняка, синусита и рецидивирующего фарингита.

Б. Потеря более 10% массы тела более 1 месяца; необъяснимый понос и лихорадка, «волосатая» лейкоплакия языка, туберкулез легких, поражение внутренних органов бактериями, грибами, вирусами, паразитами (без диссеминации) или кожи и слизистых оболочек; глубокие послынные раны, диссеминированный некроз, местная саркома Капоши.

В. Бактерии, вирусы, грибки, различные распространенные заболевания, вызываемые простыми паразитами, пневмо-кистозный фиброз, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, туберкулез легких, диффузная саркома Капоши, поражение центральной нервной системы по разным причинам.

4. Терминальный период.

Помимо описанных выше клинических признаков, наличие СПИДа подтверждают следующие аналитические изменения:

- Уменьшение количества Т-хелперов в крови;

- Уменьшено соотношение Т-хелперов к Т-глушителям;

- анемия или лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения;

- Повышенный уровень А-Г-иммуноглобулинов в сыворотке крови;

- Повышенный уровень циркулирующих иммунных соединений в крови;

- Снижение способности лимфоцитов изменяться под действием митогенов (иммуностимуляторов);

- Медленная, гиперчувствительная аллергическая реакция кожи на антиген.

На практике должно быть два или более клинических и аналитических индикатора комбинированных симптомов подозрения на СПИД.

Лечение.

В зависимости от клинического течения и стадии СПИДа проводится антиретровирусное (зидовудин, азидотимидин, диданозин, залцита-бин, ставудин, ламивудин, неvirалин, лавирид, идинавир, ритонавир), симптоматическое и патогенетическое лечение.

Генитальный герпес

Путь передачи заболевания - половой. Заражение происходит, когда у полового партнера есть источник инфекции и рецидив инфекции.

Чаще встречается бессимптомная форма генитального герпеса.

Клиника.

• Первичный генетический герпес встречается у людей, не подвергавшихся воздействию ВПГ. Для него характерны генитальные и экстрагенитальные поражения. Чаще всего процесс происходит на больших и малых половых губах, слизистых оболочках влагалища и шейки матки, головке полового члена и уретре.

На 1-5 дни инкубационного периода появляются боли, зуд, выделения в области поражения. У 60% больных наблюдается повышение температуры тела, боли в голове и мышцах. Лимфатические узлы в области таза и бедер увеличены у 23% пациентов. Серозные пузыри на красной коже диаметром 1-3 мм в зоне поражения.

наблюдаемый. Вначале мочевого пузырь становится прозрачным, затем гнойным. После разрыва мочевого пузыря образуется ярко-красная эрозия, покрытая тонкой пленкой, которая после заживления в области раны не оставляет рубца, но остается временное покраснение или пигментация. Средняя продолжительность заболевания 10-12 дней.

При инфицировании уретры происходит внезапное выделение бесцветной слизи. Больные жалуются на затруднение мочеиспускания, боли, зуд и раздражение наружных половых органов. Симптомы исчезают через 1-2 недели. У многих пациентов болезнь может повториться через несколько недель или лет.

Вторичный генетический герпес. Заболевание протекает в легкой форме, быстро выздоравливает. Элементы высыпания наблюдаются редко. Рецидив вторичного генетического герпеса происходит раньше и быстрее, чем первичный генитальный герпес.

Диагностика. Обязателен вирусологический скрининг и скрининг на рак шейки матки. Вторичный генетический герпес приводит к раку головки полового члена.

Лечение: При лечении первичного генитального герпеса местно применяется 5% мазь или крем ацикловера. Таблетка Ациклавера 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней или в зависимости от массы тела по 5 мг каждые 8 часов внутривенно в течение 5 дней, мазь Банофтана, Теброфена или Оксалин применяется 6 раз в день в течение 15-20 дней. Даются иммуностимуляторы. При повреждении уретры применяют капли интерферона, при эрозиях применяют интерферон, бифероновую примочку или свечи.

При рецидиве генетического герпеса

крем ацикловер 5% наружный 5 раз в день 10 дней, иммуностимулятор.

Повторять более двух дней в году - прием ацикловера продолжается. 100 мг 4-5 раз

Интерактивные методы, используемые на уроке

Выражение идеи методом ротация

Цель: Повысьте уровень участия всех учеников в группе, позвольте им учиться друг у друга.

Основные принципы:

Этот метод основан на анализе темы индивидуально с небольшими группами и с целыми группами, при этом каждая подгруппа анализирует три задачи в течение 30 минут, а следующие 15 минут анализируют их все вместе. Для одитора будет повешено несколько заданий. Каждая небольшая группа (2-3 человека) обсуждает в течение 19 минут и записывает ответы на свои варианты, затем переходит к другому заданию и так далее. Каждая группа получает свой цветной фломастер. 1-я группа - синий, 2-я группа - черная, 3-я группа - зеленая. Каждый лист должен быть помечен тремя маркерами. Через 10 минут задания выполняются поочередно. Группа зачитывает ответы предыдущей группы и добавляет. Не должно быть повторяющихся ответов. Через 10 минут УА перейдет к следующему заданию, прочтите газету и заполните ее своими ответами. Проанализировано через 15 минут. Оптимальный ответ находится и записывается в тетрадь. Этот метод ориентирован на групповой анализ темы.

Пример:

- 1) Клиническое лечение генетической этиологии герпеса.
- 2) Клиника, лечение, диагностика этиологии кантагиоза моллюсков.
- 3) Клиника острой этиологии кандидоза, сравнительная диагностика, лечение.

Используя фломастер разного цвета, удобно оценивать реакцию каждой группы. Ответы предварительно пронумерованы, и правильные ответы удобно подсчитывать. Маленькая группа с наибольшим количеством ответов получает максимальное количество баллов.

"Аквариум"

Цель: научить студентов быстро и точно выражать свои знания по теме.

Преимущества этого метода:

- Тема будет обсуждаться посередине.
- Разъясняет тему.
- Проверяет знания студентов.
- Опыт обсуждения увеличивается.
- Игрется.
- Участвуют все студенты.

Основные принципы:

В этом случае из группы будут выбраны 3 человека, и если они «рыбки», то остальные ученики будут наблюдателями. Студенты посередине находят ответ за 1 минуту, их заменяет еще одна тройка.

Пример: список вопросов, подготовленных учителем:

1. Какие заболевания входят в состав вирусных дерматозов кожи?
2. Возбудитель и клинические стадии простого везикулярного столбняка.
3. Возбудитель генитального герпеса и дыхательных путей.
4. Клинические типы окружающего столбняка.
5. Лечение околоплодных вод.
6. Основные клинические признаки и лабораторное исследование моллюсков кантагиоза.
7. Патогенез и клиника бородавок.
8. Приведите пример противовирусных препаратов.

Текущие вопросы по теме

Учитывая ряд приведенных ниже вопросов-головоломок, ответьте на них в письменной форме в своей рабочей тетради.

Выпуск 1

Больной К. 32 года. На коже перианальной области обнаружены бородачатые опухоли с узкими ножками, напоминающие «цветную капусту». ВР - отрицательный, клеток Занка нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дерматозы включают это заболевание?
3. Составьте схему лечения.

Выпуск 2

У мальчика 5 лет обнаружен кораллово-серый узелок посередине пуповины диаметром 5-7 мм в боковых суставах шеи, пальцев. Субъективных признаков нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие дерматозы включают это заболевание?

Выпуск 3

Пациент - мужчина 23 лет. Моллюски кантагиоза обнаружены в области малого таза и внизу живота.

1. Какие высыпания характерны для данной патологии?
2. Какие дерматозы включают это заболевание?
3. Составьте схему лечения.

Выпуск 4

У пациента 62 лет образовалась группа волдырей в левой грудной области в направлении межреберного нерва при гиперемии. Сыпь сопровождалась сильной болью и тремором.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дерматозы включают это заболевание?
3. Составьте схему лечения.
4. Назовите возбудителя болезни.

Выпуск 5

Больной 35 лет. После простуды на красных губах появилось покраснение и припухлость. Через 2 дня появилась сгруппированная сыпь с мелкими пузырьками, заполненными серозной жидкостью. Беспокоит раздражение, небольшая боль.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте схему лечения.
3. По каким заболеваниям можно поставить сравнительный диагноз?

Тесты по теме 7

1. К вирусным заболеваниям кожи относятся:
А) гонгажный моллюск
Б) узловатая эритема

- В) зуд
 - Г) скрофулодермия
 - Д) сарамы
2. Не включает вирусные заболевания кожи:
- А) твердое железо
 - Б) окружающее железо
 - В) простое пузырчатое железо
 - Г) бородавки
 - Г) кантагиоз молтаусков
3. Характеристика вульгарных бородавок:
- А) гиперкератоз
 - Б) обострение
 - В) быстрое развитие
 - Ж) образование подкожных узелков
 - Г) сильный зуд
4. Характерный признак вульгарных бородавок:
- А) обострение
 - Б) без зуда
 - В) медленное развитие
 - Ж) гиперкератоз
 - Г) образование эпидермальных узелков
5. К вирусным дерматозам кожи относятся:
- А) острые бородавки
 - Б) обширный сербарный кандидоз
 - В) отрубные темиртки
 - Г) твердое железо
 - Г) скрофулодермия
6. Возбудитель острого кандидоза:
- А) Вирусы, относящиеся к группе Паповой
 - Б) вирус герпеса
 - В) вирус простого герпеса
 - Г) SMV
 - Г) вирус оспы
7. Кантагиоз моллюск бу - ...
- А) папула
 - Б) эритема
 - В) путула
 - Ж) пузырь
 - Д) уара
8. ВИЧ широко распространен:
- А) во влагалищной жидкости
 - Б) в крови
 - В) сперма
 - Г) в грудном молоке
 - Д) Все, кроме одного, верны
9. Каков основной путь передачи ВИЧ?
- А) через половой акт
 - Б) переливанием
 - В) инъекцией
 - Ж) через бытовые услуги
 - Д) Все, кроме одного, верны
10. Группы риска СПИДа:
- А) бизнесмены

- Б) домохозяйки
- В) наркоманы
- Г) слуги
- Г) пациенты с соматическим заболеванием

Практические навыки

Способ применения препаратов, применяемых против вирусных заболеваний

(Простой герпес) лечение

- 1) Детектор противовирусных препаратов по 200 мл 5 раз в день в течение 7-10 дней.
Или принимайте ацикловир по 400 мл 4 раза в день в течение 7-10 дней.
 - вазикловир по 500 мл 2 раза в день в течение 7-10 дней
 - индукторы интерферона и противовирусные препараты (протекфлазид, циклоферон, неовир, полудан, пирогенал, продиизан, мегасин, ларифан и др.)
 - 2) Иммуномодуляторы (левамизол, Т-активин, тималин, тимоптин, тимозин, иммуномодулин и др.)
 - 3) Вакцина от герпеса
 - 4) Используется при местном лечении.
 - при экссудации 3% раствор борной кислоты, 1% раствор дубильных веществ 3-4 раза в день.
 - Затем на область раны наносится 2-5% йод, краситель Кастелла или 1-2% спиртовой раствор алмазного синего.
- Противовирусные мази также используются в области раны -3-5% мази крем завиракс, виролекс, ациклостад, герпевир, 0,25-3% мазь оксолина 3-5 раз в день в течение 10 дней.

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Клиническое кеширование, диагностика и лечение СПИДа. Герпетическая инфекция, STMV-инфекция. Рычажный пемфигоид
На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Тема 8: Инфекции, передаваемые половым путем. Сифилис. Первичный и вторичный сифилис . поздний , скрытый и врожденный сифилис

8.1 Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников - 8 человек
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	1. Инфекции, передающиеся половым путем. 2. Современная классификация JYBUUI. 3. Общее течение травмы. Микробиология ран иэпидемиология. Невосприимчивость к травмам. 4. Клинические признаки первичной и вторичной травмы.
Цель обучения:	Образовательные: Обучить студентов проблемам современной диагностики, сравнительной диагностики и оптимального лечения первичных и вторичных травматических заболеваний, дать информацию о классификации первичных и вторичных травматических заболеваний, этиопатогенезе и особенностях детского образования. Клинические проявления, симптомы, синдромы.Описание местного статуса - дать представление об основах местного и общего лечения с

	<p>примерами конкретных рецептов.</p> <p>Образовательные: улучшение общественного здоровья в сознании учащихся на примерах из реальной жизни, стремление внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, прививание любви к выбранной профессии.</p> <p>Разработчик: для достижения развития студентов как современного персонала с помощью научно обоснованных данных, основанных на новой литературе в объяснении темы.</p>
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

8.2. Сексуально-инфекционные инфекции. Захват общее течение болезни. технологическая карта практических занятий

Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверка чистоты аудитории 2. Проверка готовности студентов к занятиям. 3. Контроль посещаемости	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	1. Подготовка учебного контента по теме. 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	1 “Инфекции, передающиеся половым путем. Захват инфекционные инфекции общее течение болезни» Устный вопрос, тест, вопрос для определения уровня базовых знаний по теме. 2. «Трехэтапное интервью» интерактивный тематический анализ 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.
Основная сцена	1. Устный вопрос, тест, вопрос «Травма: эпидемиология, клинические проявления и современные особенности лечения». 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Тематический анализ интерактивного метода «перо посередине стола». 4. Мультимедиа, видеопрезентация. 5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.

	оценивает активных учащихся.	
Заключительный этап	1. Финалист заключает 2. Обеспечивает самостоятельную работу: Современные возможности кеширования и лечения раневой инфекции. 3. Дает домашнее задание: Судороги и врожденные травмы.	Он слушает Делает заметки Делает заметки

Классификация болезней, передающихся половым путем

Название болезни Возбудитель болезни

Zaxm Treponema pallidum

Слово Neisseria gonorrhoeae

Мягкий шанкр (шанкроид) Haemophilus dukreyi

Венозный лимфогранулематоз, Chlamydia trachomatis

Венерическая гранулема (chov) Calymmatobact. гран.

С повреждением половых органов

ЗППП

Урогенитальный хламидиоз Chlamydia trachomatis

Trichomonas trichomonas vaginalis

Урогенитальный кандидоз Candida albicans

Микоплазмоз Mycoplasma hominis

Генитальный герпес Вирус простого герпеса

Папилломавирусные инфекции Гоммины папилломавируса

Род Molluscovirus hominis

Бактериальный вагиноз Gordenella vaginalis

Урогенитальный шигеррез вид Shigella

Педикулез мочевого пузыря Phtirus pubis

Чесотка Sarcoptes scabiei

До сих пор как венерические заболевания диагностировались только язвы, гонорея, мягкий шанкр, венозная лимфогранулема и донованоз. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 10 лет количество заболеваний, передающихся половым путем, превысило 20. В этом разделе отражены наиболее распространенные венерические заболевания в опыте специалиста по кожным и генитальным заболеваниям.

Захм (сифилис)

Язва - хроническое инфекционное венерическое заболевание, вызванное протекающей трепонемой. Поражение имеет специфическое клиническое течение: чередование периода активных клинических проявлений с острым периодом; Он характеризуется образованием глубоко специфичных инфекционных гранулем из клинически и патологически аномальных слабых кожных поражений. Эти гранулемы затем некротически разлагаются и заменяются рубцом.

Краткие сведения об истории травмы. Травма известна давно. Есть три теории о его происхождении и распространении на Земле.

Согласно первой теории, рана была принесена в Европу в 1493 году, когда был изобретен американский кит, раненным моряком Христофором Колумбом. Налог По мини-данным, моряки Колумба заразились раневой инфекцией от местных жителей, регулярно занимавшихся сексом с ламами (наличие спирохетоза у лам известно и доказано с древних времен). Вернувшиеся в Испанию моряки Колумба передали заразу другим. Тогда король Карл VIII прибыл в Рим со своей армией, где у него был нерегулярный секс с испанскими проститутками, и в результате

среди солдат распространилась «опасная болезнь». Зная об этом, король рассредоточил свои войска, что привело к эпидемии ран в Европе. Таким образом, согласно первой теории, родиной поражения является Центральная Америка.

Сторонники второй теории считают, что родиной поражения является африканский континент. Они (ученые Кокберн и Хадсон) считают, что возбудители эндемического или тропического трепонематоза и возбудитель венозных язв являются разными проявлениями рода *Treponema*. В процессе возникновения и эволюции человека трепонематозы стали возбудителем венозных язв. Депортация африканского населения в Европу и Азию (часто в качестве рабов) привела к распространению болезни на другие континенты.

Сторонники третьей теории Нихуата утверждают, что травма существовала в древние времена в Европе, Азии и на Ближнем Востоке. Симптомы заболевания (уара, афта, кандидоз и др.), Написанные в трудах великих ученых прошлого Галена, Гиппократ, Абу Али ибн Сино и других, напоминают клинику травм. Открытие специфических для травм радиологических изменений в костях человека, обнаружение в кровеносных сосудах символических веществ, используемых при лечении травм, еще раз подтверждает европейскую теорию.

Таким образом, ни одна из вышеперечисленных теорий не является общепринятой. Но наиболее правдоподобно предположение, что эта рана появилась на Земле с нечеловеком.

Этиология. Протечка раны вызывает трепонему. Это 1905 г. Открыт Ф. Шаудиным и Э. Гоффманом. Под оптическим микроскопом наблюдают, что трепонема течет имеет форму спирали и имеет 8-12 плоских складок. Дырявые трепонемы очень разнообразны - трипанемма мауадниксимой-волнистой, изгибающей, вращательных движений. Дырявая трепонема отличается от других трепонем плавным движением. Поскольку они являются факультативными анаэробами, они надолго задерживаются в лимфатической системе. Электронно-микроскопическое исследование показывает, что протекающая трепонема окружена тремя слоями оболочки, каждый из которых имеет свою структуру и функцию. Под слоями находятся фибриллы и цитоплазматическая мембрана, удерживающая цитоплазму. Фибриллы имеют форму нитей. одним концом прилипает к блефаробластам. Трепонемы передвигаются с помощью фибрилл. Цитоплазматическая мембрана, как и внешняя оболочка, состоит из 3-х полостей. Цитоплазма содержит рибосомы разного размера, которые осуществляют синтез белковых молекул, вакуолей и лизосом.

Дырявые трепонемы возникают из-за поперечного деления. Неблагоприятные условия окружающей среды для трепонем (воздействие антибиотиков, недоедание и т. Д.) Приводят к их трансформации в «выживающие» формы (C- форма, цисты). Кисты представляют собой шаровидные трепонемы, окруженные снаружи лекарственно-устойчивой слизистой оболочкой. Кистозные трепонемы не оказывают патогенного воздействия на организм и длительно сохраняются в организме. Из-за отсутствия реакции организма между макро- и микроорганизмами существует условное «равновесие». Однако при снижении иммунологических свойств макроорганизма и устранении неблагоприятных условий, влияющих на микроорганизм, кистовидные микробы становятся патогенными трепонемами.

Для предотвращения образования кистозных и C-образных трепонем рекомендуется применение высоких доз антибиотиков при лечении пациентов с травмами.

Опытное поражение впервые было обнаружено у шимпанзе (И. И. Мечников, Э. Ру, 1903), а затем и у кроликов. В настоящее время целесообразно использовать кроликов в качестве модели при изучении клинического течения, патогенеза и действия антибиотиков на трепонемы.

Способы нарушения сна. Протекающая трепонема попадает в организм человека через поврежденную кожу и слизистые оболочки. Он обнаруживается в крови пациента, потовых железах, лимфатических узлах, задней спинномозговой жидкости, слюне, нервной ткани и во всех органах. даже в молоке женщины с раной или в сперме мужчины. Пациент с травмой очень заразен для окружающих во время активной фазы болезни. Это связано с тем, что в результате трения, трения (полового акта), механического и химического зуда из поврежденной кожной ткани выделяется серозная жидкость, богатая трепонемами.

Пациент - главный источник травмы; она заболевает, когда целует здорового человека, занимается сексом или пользуется посудой. Заболевание чаще всего передается половым путем.

Примерно у 20% пациентов отмечается сухость препарата, лихорадка (38-38,5 ° C), головная боль и боли в суставах, потеря аппетита, наблюдается бессонница. В периферической крови наблюдается анемия, лейкоцитоз, повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Этот период длится 6-7 недель.

Вторичная стадия поражения обычно начинается через 6-7 недель после появления сильного шанкра, с розеола-папулезными высыпаниями на коже и слизистых оболочках на фоне клинических признаков, характерных для первичного поражения (тяжелый шанкр, регионарный склероаденит, полиаденит). Вторичное поражение длится 2-4 года, в течение которых серологические реакции положительны. Характерным признаком вторичного поражения является чередование периода активной сыпи с периодом острого или бессимптомного периодов. Если первое появление высыпаний на коже и слизистых оболочках при вторичной травме, такая травма называется вторичной раной. Примерно через 2-3 месяца (если заболевание не лечить) сыпь исчезает сама по себе, и болезнь переходит во вторичный латентный или латентный период. В дальнейшем, если появляются высыпания, значит, возникает вторичная рецидивирующая травма. Скрытый период вторичной травмы может длиться разные периоды. Этот период зависит от сложного иммунобиологического процесса между макроорганизмом и микроорганизмом. При вторичной травме сыпь может повториться 3-4 раза. Сыпи при вторичных рецидивирующих поражениях больше, чем вторичные высыпания, по размеру, менее многочисленны, имеют неплотный цвет, имеют тенденцию группироваться, формироваться и ограничиваются многими областями (аногенитальная область, полость рта). При вторичной травме сыпь может повториться 3-4 раза. Сыпи при вторичных рецидивирующих поражениях больше, чем вторичные высыпания, по размеру, менее многочисленны, имеют неплотный цвет, имеют тенденцию группироваться, формироваться и ограничиваются многими областями (аногенитальная область, полость рта). При вторичной травме сыпь может повториться 3-4 раза. Сыпи при вторичных рецидивирующих поражениях больше, чем вторичные высыпания, по размеру, менее многочисленны, имеют неплотный цвет, имеют тенденцию группироваться, формироваться и ограничиваются многими областями (аногенитальная область, полость рта).

Третичный период травмы. Через 3-5 лет второй период переходит в третий период травмы; этот период травмы наблюдается не у всех пациентов. Со временем количество протекающих трепонем в организме уменьшается, но повышается чувствительность тканей к возбудителю. Третичный период травмы длится годами. УА1-лигированные инфильтраты, вишневидные комочки или яйца, иногда появляются более крупные десны, разрушающие ткань, превращая ее в струп и рубцевание. Исход болезни зависит от расположения десны. Если повреждены жизненно важные органы, такие как миша, сердце, вены и печень, жизнь пациента находится под угрозой; При повреждении носа скелет носа разрушается, пациент становится некрасивым, а нос искривлен. Движение, зрение, слух, Повреждение нервной системы может привести к пожизненной инвалидности. Сыпь при вторичных высыпаниях отличается малой восприимчивостью к другим. Это связано с тем, что протекающих трепонем в выделениях этих высыпаний очень мало или они отсутствуют. Высыпания при третичных поражениях появляются внезапно и характеризуются мономорфными, малонаселенными, асимметричными и сгруппированными участками. Существует различие между активными или манифестными и вторичными формами третичной травмы. У некоторых пациентов с третичной травмой наблюдаются тяжелые воспалительно-дегенеративные изменения, такие как прогрессирующий паралич и задний инфаркт миокарда. Иногда рана протекает бессимптомно, и тогда для нее характерно поражение нервной системы и внутренних органов. Приобретенный иммунитет не развивается у пациентов с травмами и лечением. у них нет врожденного иммунитета. Также возможно повторное заражение травмой. Иммунитет, который развивается в организме при раневой инфекции, называется нестерильным инфекционным иммунитетом. Этот иммунитет является реакцией организма на протекающую трепонему, а инфекционный иммунитет сохраняется до тех пор, пока инфекция не останется в организме. Если «часть» трепонемы попадает в тело пострадавшего, это называется суперинфекцией. Суперинфекция проявляется по-разному на разных стадиях травмы. Морфологические элементы суперинфекции

соответствуют элементам травматического периода у пациента (например, если пациент с вторичным поражением инфицирован раневой инфекцией, то элементы вторичного поражения на коже пациента - папулы, розеола - и другие). Если больной заражен сифилитической инфекцией в течение инкубационного периода или в первые 10-14 дней первичного поражения, то после непродолжительного инкубационного периода у этого пациента наблюдается небольшой и тяжелый характер. появляется шанкр. На третичной стадии поражения протекающие трепонемы настолько малы, что иммунобиологическая реактивность организма не может поддерживаться на высоком уровне. Заражение такого организма трепонемным лейкозом (суперинфекция) протекает в виде сильного шанкра или вторичных симптомов. С. Т. Павлов назвал это состояние ресуперинфексиуа. появляется шанкр. На третичной стадии поражения протекающие трепонемы настолько малы, что иммунобиологическая реактивность организма не может поддерживаться на высоком уровне. Заражение такого организма трепонемным лейкозом (суперинфекция) протекает в виде сильного шанкра или вторичных симптомов. С. Т. Павлов назвал это состояние ресуперинфексиуа. появляется шанкр. На третичной стадии поражения протекающие трепонемы настолько малы, что иммунобиологическая реактивность организма не может поддерживаться на высоком уровне. Заражение такого организма трепонемным лейкозом (суперинфекция) протекает в виде сильного шанкра или вторичных симптомов. С. Т. Павлов назвал это состояние ресуперинфексиуа.

Классификация Захт. После инкубационного периода наблюдаются следующие стадии травм:

1. Первичное серонегативное повреждение.
2. Первичное серопозитивное поражение.
- 3- Первичное повреждение уаширином.
- 4- Вторичная рана.
5. Вторичная рецидивирующая (нелеченая) травма.
- 6- Вторичная рецидивирующая (леченая) травма.
7. Вторичный васкулит: серологические тесты и первый диагноз в скобках.
8. Серозное рецидивирующее поражение, которое интерпретируется как «вторичное рецидивирующее поражение, серологический рецидив» -
9. Серорезистентное повреждение УАширина.
10. Серологические реакции становятся более положительными после лечения острых серофильных поражений, т. Е. Серорезистентных поражений дополнительными средствами лечения (неспецифическими методами лечения).
- 11 Третичная активная травма.
- 12 Третичное поражение.
- 13 Раннее язвенное поражение - это бессимптомное клиническое поражение с положительными серологическими тестами и инфекцией менее 2 лет.
- 14 Вечерняя язва протекает бессимптомно, но серологические тесты положительны, и с момента поражения прошло более 2 лет. .
15. Язва недиагностированная - рана с положительной серологической реакцией, но время заражения неизвестно.
16. Преждевременная родовая травма. Сюда входят врожденные пороки развития груди (у младенцев до 1 года) и маленьких детей (у детей от 1 до 4 лет).
17. Вечерняя врожденная травма.
18. Врожденный порок сердца.
19. Повреждение нервной системы из-за раннего травматического инфицирования нервной системы на срок до 5 лет.
20. Вечернее повреждение нервной системы, при котором повреждение нервной системы обычно происходит через 5 лет после начала заболевания.
21. Ложная спина миуа.
22. Прогрессирующий паралич.
23. Висцеральная травма, которая указывает, какой из внутренних органов поражен. Начальный период травмы

Когда протекающая трепонема попадает на кожу или слизистые оболочки, появляются признаки первичного воздействия поражения (твердый шанкр), а период до его смены симптомами вторичного периода называется начальным периодом поражения. Начальный период делится на серонегативный и серопозитивный периоды в зависимости от результатов реакции Вассермана и седиментации в крови пациента. При классическом течении травмы первичная травма длится в среднем 6-8 недель.

Первичная активная фаза поражения характеризуется образованием твердого шанкра, регионарным лимфаденитом, а иногда и лимфангитом на коже с протекающей трепонемой.

Тяжелая форма шанкра или первичная сифилома начинается с образования ограниченного инфильтрата на коже и слизистых оболочках, который попадает в трепонему. Позже узловая часть инфильтрата некротизируется, что приводит к эрозии или язве. В зависимости от расположения твердого шанкра можно договориться о пути передачи раневой инфекции. Твердый шанкр чаще всего встречается в половых органах (головка полового члена, крайняя плоть, задний проход, большие и малые половые губы, шейка матки) и указывает на то, что заболевание передается половым путем. Зан твердый шанкр можно найти в ногах, животе и других областях. Жесткий. Шанкр располагается где угодно на коже или слизистых оболочках тела, чаще всего на губах, языке, груди и миндалинах, и указывает на то, что болезнь передается половым путем.

Обычно твердый шанкр овальной или круглой формы, четко отделен от окружающей кожи, твердость которой подобна бесшумному ногтю. Цвет эрозий красный, края гладкие, не чешуйчатые и слегка приподнятые, к дну скошены (напоминают по форме сосуда). Рот U-образный, плоский, гладкий, телесного цвета, центр которого иногда может быть покрыт желтоватым масляным порошком. Из эрозий выходит немного серозная жидкость, придавая шанкру «лакированный» вид. Одна из характерных черт твердого шанкра - наличие твердого инфильтрата. Пальпация пальцами может выявить твердый инфильтрат под эрозией. Край твердого шанкра выше дна, а твердый инфильтрат внизу хорошо абсорбируется. Если эрозивные шанкры восстанавливаются путем эпителизации, на уретре остается рубец. Первичный сифилис - это боль без субъективных симптомов, а иногда и без уведомления. с

В последние годы произошли некоторые изменения клинических проявлений тяжелого шанкра. Раньше у 80-90% пациентов с травмой был один (единственный) шанкр, но теперь есть два и более шанкра. В то же время нередки случаи крапивницы и ее осложнение гнойной инфекцией. Жесткий шанкр чаще встречается в аногенитальных областях. Наличие твердого шанкра в полости рта чаще встречается у женщин, а его расположение вокруг анального отверстия - у мужчин; Наличие первичного сифилиса на этих участках указывает на наличие нежелательных форм полового акта.

Атипичные шанкры. Твердые шанкры встречаются в следующих атипичных формах: индуративный отек, амигдалит-шанкр, панаризиевый шанкр.

Индуративный отек часто возникает на больших и малых половых губах, на слизистой оболочке мужчин и на периферии головки полового члена и протекает безболезненно. Ткани половых органов опухают и затвердевают, не оставляя отпечатков пальцев при нажатии.

При амигдалите-шанкрах миндалины увеличены односторонне, слегка опухшие, красные, затвердевшие, но не болезненные, иногда не видны язвы и эрозии, у пациента нет лихорадки, не болит во время еды и комфортно. Однако лимфатические узлы на шее и под челюстью с одной и той же стороны увеличены. Общее состояние больного не меняется.

Панарисии-шанкр чаще всего встречается на указательном пальце медперсонала (гинекологов, стоматологов и лаборантов). В этом случае палец становится увеличенным, приобретает голубовато-голубой цвет, края неровные, форма неправильная, болит; лимфатические узлы в локтевом суставе увеличены. Клиническое течение болезни напоминает стрептококковый панариций. Однако для панариция-шанкра характерны выраженный инфильтрат, наличие регионарного склераденита и отсутствие острой воспалительной эритемы.

Осложнения твердого шанкра. Осложнения тяжелого шанкра при вторичной инфекции и несвоевременном лечении не приводят к таким осложнениям, как эрозивный баланопостит, фимоз, парафиноз, гангрена, фagedенизм.

Эрозивный баланопостит - одно из самых частых осложнений твердого шанкра. Адекватная влажность, равномерная температура и благоприятная среда для кормления в препустикулярном мешке приводят к быстрому размножению микроорганизмов. Вокруг твердого шанкра образуются припухлость, эритема, эрозии, в результате их поверхность покрывается серозно-гнойным экссудатом. Такая картина меняет классическое клиническое течение твердого шанкра. Развитие легкого воспалительного процесса в крайней плоти, богатой лимфатическими сосудами, также может стать причиной фимоза. В этом случае периферический разрез головки полового члена увеличивается, теряет эластичность, а крайняя плоть препятствует удалению головки полового члена. Мазерасиум внутри препустикулярного мешка образует большие эрозии на головке полового члена; утечка экссудата из суженного отверстия препустикулярного мешка. Боль и снижение подвижности при пальпации регионарных лимфатических узлов.

В результате набухания и инфильтрации препустикулярного мешка препустиальное кольцо сдавливает головку полового члена. В результате нарушается циркуляция крови и лимфы, а ткань головки полового члена и препустиального мешка может быть некротизирована. Это называется парафимозом.

Гангрена и фagedенизм - самые тяжелые проявления тяжелого шанкра, которые возникают у слабых и много пьющих людей. В то же время присоединение инфекции фузоспириллеза приводит к быстрому развитию болезни. Во рту твердого шанкра образуется грязно-черная или толстая черная гниль (гангрена), а при движении - геморрагически-гнойный, ураальный дефект. Дефект постепенно покрывается грануляционной тканью, оставляя рубец. Если процесс воспаления гангренозного шанкра распространяется внутрь и внутрь, это называется фagedенизмом. Больной дрожит, жар, головная боль, признаки отравления; Сильный разрыв тканей приводит к образованию больших и глубоких полостей и кровотечению.

Регионарный склераденит - второй основной симптом первичного поражения, который развивается через 5-7 дней после появления твердого шанкра. Если твердый шанкр располагается в наружных половых органах, то увеличиваются лимфатические узлы в области малого таза. Если он расположен в шейке матки или выше сфинктера прямой кишки, то лимфатические узлы в малом тазу увеличиваются. Увеличение лимфатических узлов под челюстью и подбородком наблюдается при расположении твердого шанкра в губах или ротовой полости. Регионарный склераденит характеризуется увеличением лимфатических узлов, рыхлой эластичной консистенцией, их подвижностью при пальпации, несогласованностью друг с другом и кожей, безболезненностью.

По словам Рикора, «склераденит - спутник твердого шанкра, он всегда сопровождается им, за ним следует шанкр, без которого не бывает твердого шанкра».

Диагностика. Твердый шанкр следует отличать от простого везикулярного железа, пиодермии в форме шанкра и мочевины, обнаруживаемой при раке. При нормальном везикулярном железе образованные пузырьками эрозии опухшие, располагаются на гиперемированной коже, имеют полициклическую кайму, а у основания нет твердости, есть боль.

Хотя шанкриоидная пиодермия встречается редко, сравнивать ее с твердым шанкром сложно. Это связано с тем, что при шанкриоидной пиодермии также наблюдается безболезненное уплотнение уретры или эрозии и увеличение регионарных лимфатических узлов. При диагностике множественных эрозий или трепонемы утечки шанкра важно учитывать результаты реакции Вассермана.

Опухоль кожи (рак кожи) четко разграничена, дно твердое, края неровные, изогнутые, часто размытые, а окружность слегка волнистая. Из-за того, что уретра глубже, чем при первичной сифилеме, наблюдается кровотечение и медленное (торпидное) течение. Моча при опухолях кожи также чаще встречается при кариезе.

Вторичный период сифилис

Вторичный период поражения начинается в среднем через 2-3 месяца после начала трепонемы или через 6-7 недель после начала первичной сифиломы с высыпанием на коже и слизистых оболочках. Заболевание длится 3-5 лет без лечения. На втором этапе травмы существуют различные патологические изменения во внутренних органах, опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

В первые 5-7 дней вторичной травмы у части больных (10-15%) наблюдается общее недомогание, вялость, головная боль, повышение температуры тела (37,2-38 ° C), к вечеру возникают боли в суставах и костях. Но часто общее состояние пациента сильно не меняется.

Вторичная стадия поражения подразделяется на вторичное поражение (первая сыпь) и вторичное рецидивирующее поражение (рецидив сыпи). Промежуток времени между высыпаниями называется вторичной сыпью.

Появление и исчезновение высыпаний во вторичном периоде, а также их количество, морфологические особенности зависят от активности протекающих трепонем и их иммунобиологического родства с макроорганизмом.

Высыпания, возникающие во вторичном периоде, имеют общую черту. Встречаются в разных частях тела, имеют круглую форму, резкую границу и голубовато-красный цвет, не имеют тенденции к слиянию, не имеют субъективных ощущений, не оставляют следов через некоторое время, даже если без лечения выполняется. исчезает. В эрозивной зоне вторичного сифилиса имеется большое количество протекающих трепонем, которые сильно кровоточат. Реакции Вассермана и седиментации 100% остро положительные при вторичных поражениях (высокий титр реагентов - 1: 160, 1: 320), остро положительные при вторичных рецидивирующих поражениях у 96-98% пациентов (низкие титры реагентов), иммунофлуоресцентно-чувствительные реакция резко положительная у 100% больных.

При лечении антибиотиками пациентов с вторичными язвами наблюдается повторная реакция Лукашевича-У.Ариша-Херкшеймера (лихорадка, общие симптомы, учащение высыпаний и повышение яркости цвета). Под действием антибиотиков многие протекающие трепонемы погибают, и в результате из этих микроорганизмов выделяются пирогенные (токсичные) вещества. Эти вещества влияют на кровеносные сосуды и клинически характеризуются реакцией Лукашевича-У.Ариша-Херкшеймера.

При вторичных поражениях морфологические элементы включают пятна (розеола), узелки (папулы), а иногда и пузырьки и пустулы. При этом в этот период наблюдается сифилитическая лейкодермия и выпадение волос (сифилитическая алопеция).

Сифилис вторичной стадии поражения мелкий и многочисленный, ярко окрашен, симметричен, не распространяется, не отслаивается. В этот период у некоторых пациентов могут быть обнаружены остатки тяжелого шанкра и регионарного склераденита, а у 80-90% больных развивается полициклраденит. При вторичных рецидивирующих поражениях сыпь бывает крупной и мелкой, часто асимметричной, склонной к группированию и локализованной в областях с сильным трением (бедро, гениталии, полость рта).

Пятнистый сифилис (сифилитическая розеола). Вторичная стадия поражения часто начинается с сифилитической розеола. Размер пятен бесшумный или меньше, цвет розовато-красный, форма круглая. Если пятно надавить, оно исчезает, но коготь появляется, не отслаивается, не поднимается с кожи. Чаще всего розеола встречается на коже: груди, живота и ягодиц, ягодиц, бедер и слизистой оболочки рта. Розеола разливается 1-2 недели, остается неизменной в течение 3-4 недель, затем обесцвечивается и постепенно исчезает, не оставляя пятен.

Помимо описанной выше типичной розеола, иногда встречаются нетипичные или редкие разновидности:

1. Розеола - верх элемента покрыт монетами из отрубей, а середина слегка утоплена.
2. Выступающая розеола немного приподнята над окружающей кожей из-за периваскулярного отека и клинически напоминает осла.
3. Присоединение розеола - происходит за счет сочетания элементов и образует большие эритематозные участки.
4. Фолликулярная (пятнистая) розеола - это промежуточный элемент между розеолой и папулой, образованный периваскулярным инфильтратом вокруг волосных фолликулов.

Папулезный сифилис. Папулезный сифилис чаще встречается при рецидивах вторичных поражений. В зависимости от размера папулы бывают линзовидные (восковидные) и миллиардные типы.

Чечевицеобразные папулы имеют форму полумесяца, граница четкая и резкая, розовая, не сливаются между собой, поверхность перхоть, а монеты расположены вокруг папул (симптом

«воротничка Био»). Милиарные папулы обнаруживаются на выходе из волосяных фолликулов и часто встречаются у пациентов с сухими волосами. Такие папулы могут быть размером с узелок. Папулы вокруг влагалища, гениталий и ануса увеличиваются под воздействием трения и раздражающих выделений (гипертрофические папулы), которые в совокупности образуют пилакозные папулы или обширный кандидоз. В результате растираний на поверхности таких крупных папул появляются эрозии (эрозивные папулы) и высыпания (накладные папулы). На поверхности таких эрозивных и влажных папул много протекающих трепонем, что очень опасно для окружающих. Папулезные высыпания на ладонях и подошвах не возвышаются над общим уровнем кожи, напоминают темно-красные пятна, папулы твердые и плотные, покрытые толстыми плотными монетами. Псориаз (псориазоподобный сифилис) и себорейные (себорейные сифилитические папулы) папулы также могут быть обнаружены во вторичном периоде поражения. Сифилитические папулы постепенно рассасываются, оставляя после себя пигментные пятна. Пятна тоже со временем исчезают.

Гистопатология. В дерме развивается воспалительный инфильтрат. Инфильтрат состоит в основном из плазматических клеток, которые диффузно расположены вокруг кровеносных сосудов молочной железы. Эндотелий сосудов претерпевает острую гиперплазию.

Диагностика. Сифилитические папулы следует отличать от псориаза, рожи и папул. Широкий кандидоз следует отличать от острого кандидоза, геморрагических узелков.

Пустулезный сифилис. Пустулезный сифилис в основном встречается у людей с пониженной реактивностью и алкоголизмом. Сыпь в основном поражает волосистую часть головы, поясницу и ноги.

Пустулезные высыпания часто сопровождаются папулезным сифилисом. Различают несколько типов гнойничкового сифилиса:

1. При язвенном импетиго в центре папулы находится вещество (пустула), которое быстро сохнет и появляется кожа. Элементы не растут к периферии, не сливаются между собой и не имеют субъективных ощущений.
2. Клинические проявления сифилитического сифилиса напоминают нормальный сифилис. Однако эритематозный сифилис также располагается в несекторейных областях, симптомы себореи (камедоны) отсутствуют.
3. Чечаксимонский сифилис. Образуется шаровидная пустула, которая вскоре засыхает посередине (напоминает оспу), вокруг которой образуется коричневатокрасный инфильтрат. Количество пустул невелико (10-20) и не оставляет рубцов при длительном хранении.
4. Сифилитическая эктима образует глубокую пустулу, покрытую толстой серой или коричневой кожей. У основания кожи есть уара, которая затем заканчивается плоским рубцом. Вокруг элемента сплошной инфильтрат, окруженный красным фланцем. Пустулы располагаются на передней части голени, а иногда и на теле, конечностях и волосистой части головы. Отличие банальной эктимы от сифилитической эктимы в том, что она вызывается стрептококками; располагается в ягодицах и пояснице, а окружающая эритема имеет большие размеры.
5. Сифилитический разрыв, разрывной разрыв. Сифилитическая эктима - это тип инфильтрата, при котором инфильтрат увеличивается, жидкость со дна затвердевает в слоистую глубокую вену, Rupia возникает после начала заболевания и указывает на тяжелое поражение, такое как эктима.

Слизистая, как на коже во вторичном периоде травмы. В слоях (полость рта, горло, гортань, покраснение губ, слизистые оболочки больших и малых половых губ) также встречаются папулезный и пустулезный сифилис. Из-за розового цвета слизистых оболочек сразу выявить (диагностировать) эти элементы сложно. Мягкое небо, небный язык и розеола в миндалинах вместе образуют большой очаг, называемый сифилитической стенокардией. Сифилитическая стенокардия характеризуется односторонней или двусторонней, без субъективных симптомов, без лихорадки и резкого отделения сыпи.

Слизистая. папулезные высыпания также можно обнаружить на полу. Они беловатые, круглые, с резкой каймой, плотные при прикосновении, темно-красного цвета. Если эпителий пулы в полости рта поврежден, он становится белым и красноватым по краям. Подобные паллоидные

высыпания можно обнаружить на слизистых оболочках десен и половых органов. Если папулы расположены в голосовых связках или в гортани, значит, голос хриплый.

Сифилитическая алопеция. Различают малую, диффузную и смешанную разновидности сифилитической алопеции. При оспенной сифилитической алопеции кожа волосяного фолликула не изменяется и не чешется. Волосы выпадают небольшими очагами, волосы по краям выдергиваются вручную, признаков воспаления нет. При UAlpi (диффузной) алопеции волосы на голове выпадают равномерно, также могут выпадать борода, брови, ресницы. Из-за последующего выпадения и роста ресницы имеют разную длину и напоминают лестницу (это называется лестница). Пинкус это примета) небольшое очаговое выпадение бровей называется «трамвайным» или «омнибусли» сифилисом. Некоторые пациенты могут полностью потерять волосы. На коже отсутствуют раздражающие элементы, а также зуд, кожа остается ровной. Выпадение волос UAlpi часто происходит во вторичном периоде поражения.

Смешанное выпадение волос. Возможна как очаговая, так и массивная потеря волос. Выпадение волос при травме - характерный симптом заболевания. но через несколько месяцев волосы снова отрастают.

Сифилитическая лейкодермия или пигментный сифилис Лейкодермия пищевода часто возникает во вторичной рецидивирующей фазе поражения. Он имеет форму белого пятна и не беспокоит пациента. Пятна размером с горошину и меньше можно увидеть на груди, шее и спине, а иногда и на плечах и руках. В порядке. кажется, что пятна сливаются, образуя сеть. Патологические изменения задней спинномозговой жидкости выявляются у 56% больных сифилитической лейкодермией (Т. В. Ва-сильев, 1963). Однако патология спинномозговой жидкости выявляется у 73% больных сифилитической алопецией и лейкодермией (А. К. Уакубсон, 1940). Лейкодермия постепенно исчезает через несколько месяцев даже без специального лечения.

Повреждение внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и во вторичном периоде травмы. На втором этапе травмы, повреждения внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата очень редко, и в результате патологических изменений не представляют угрозу для жизни пациента.

Иногда может наблюдаться клиническая картина острого гепатита, напоминающая болезнь Боткина. Печень у больного увеличена, болезненна при пальпации, нарушена функция. Черный развод. также может быть увеличен. Серологические реакции в крови таких больных резко положительны.

Поражение почек при вторичных поражениях характеризуется протеинурией, сифилитическим липидным нефрозом.

Со стороны сердечно-сосудистой системы возникает сифилитический миокардит (повышенная утомляемость, общая слабость, одышка), который выявляют при электрокардиографии.

Возникают нарушения функции ЖКТ (тошнота, тошнота, потеря аппетита, гипоацидный гастрит).

По нервной системе можно диагностировать клинические симптомы скрытого сифилитического менингита, острого генерализованного менингита, базального менингита и сифилитической гидроцефалии.

В начальном периоде вторичной травмы возникает боль в длинных костях голени, которая характеризуется обострением к вечеру. Одновременно развиваются клинические симптомы болезненного периостита и остеопериостита,

При своевременном лечении пенициллином или другими антибиотиками указанные патологические процессы постепенно возвращаются (регрессируют).

Третичный период сифилис В последние годы количество пациентов с третичным периодом травм значительно сократилось. Это приводит к тому, что пациента не лечат полностью или вообще не лечат. При развитии третичного периода, травмах (психических, физических) и хронических заболеваниях, отравлениях. возраст пациента и другие факторы важны. Третичный период начинается 3-5 лет или более поздней версии и характеризуется повреждением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата. В зависимости от клинического течения третичного травмы является активным и активным.рин

делится на периоды. Этот период делится на период транспортировки туши и узла (гуммы) соответственно. Количество высыпаний невелико (количество шишек 10-20, на десне обычно одна-две), оставляя рубец. Если сыпь находится в жизненно важных органах и системах, она представляет серьезную угрозу для жизни пациента. Элементы менее заразны для окружающих, поскольку имеют очень мало протекающих трепонем и расположены в основном на дне инфильтрата. Третичная травма вызывает серьезные изменения в организме. В этот период происходят изменения в подкожно-жировой клетчатке, костях и мышцах, нервной системе и внутренних органах. Третичные элементы чувствительны к йоду и консервантам тяжелых металлов, и при их лечении элементы быстро регрессируют. Стандартные серологические реакции отрицательны у 30-35% пациентов. Однако реакция на иммобилизацию трепонем редко дает отрицательный результат. Поэтому важно исследовать кровь пациента на наличие ОТР.

Туберкулезный сифилис. В дермальном слое кожи пациента образование клеточных инфильтратов приводит к формированию туберкулезного сифилиса. Это может произойти на любом участке кожи. Гантели не болят, не сжимаются и не набухают. Они бывают уаримосимон или уасси, красноватого цвета, асимметрично расположены на коже. Гантели подобны семенам вишни, характеризуются твердостью, консистенцией и четкими, ограниченными. Бугорки расположены на слое дермы и эпидермиса. Инфильтраты гантелей со временем некротизируются и образуются бородавки. Рубцы образуются на поверхности ВП, покрытых грануляционной тканью. Атрофия образуется на месте регрессии пузырей сухим способом. Из-за переполнения пузырьков один за другим наблюдается, что элементы находятся на разных стадиях с морфологической точки зрения, когда они регрессируют. Различают несколько видов гантельного сифилиса: групповой (элементы расположены группами, лёк н не сливаются между собой), репильный или серпингиоз (гантели складываются, регрессируют от центра, а в периперических ветвях образуются новые элементы. будет), квадратный (гантели складываются в квадрат), низкорослый (наблюдаются гантели, похожие на зерна тарика). Гантельный сифилис проходит без субъективных изменений. низкорослый (наблюдаются голени, похожие на зерна тарика). Гантельный сифилис проходит без субъективных изменений. низкорослый (наблюдаются голени, похожие на зерна тарика). Гантельный сифилис проходит без субъективных изменений.

Диагностика. Третичный сифилис может быть вызван туберкулезом туберкулеза, туберкулезным типом проказы. Реактивный артрит часто протекает в острой форме, для которой характерен гуммиозный отросток (эпифиз, метафиз). Часто хроническое синовиальное искусствобывают обряды и имеют на них аллергическую природуобъяснил. Клинически этот вид артрита характеризуется припухлостью и болью в суставах, скоплением в них жидкости и, как следствие, частичным нарушением функции суставов. Остеоартроз - заболевание суставов.- возникает в результате смолистого поражения костей скелета возникает и развивается (их еще называют смолистые эпифизы). В результате рентгенологического исследования в шишковидной железе появляются дефекты (дефекты) округлой формы, вокруг которых склеротическая реакция менее выражена. Больше всего страдают коленные, плечевые, локтевые и голеностопные суставы. Тем не менее, движение пораженного сустава сохраняется, выраженная боль, общее состояние больного не сильно меняется. Все эти симптомы, а также результаты клинических и лабораторных исследований учитываются при сравнительной диагностике, особенно при туберкулезном артрите, травма, как и на самых ранних стадиях, вызывает поражение внутренних органов и систем. Язвы с поздним началом, включая третичные язвы, часто поражают внутренние органы, сердечно-сосудистую систему и печень. Во втором и особенно в третьем периоде наблюдаются миокардит, одышка, повышенная утомляемость, общая слабость, аритмия, неслышимость сердечных тонов и расширение левой границы сердца. Травматический миокардит не имеет специфических клинических признаков и существенно не отличается от миокардита природного характера. Его диагноз ставится на основании других клинических и лабораторных признаков травмы. Особое внимание следует уделить аортиту с миокардитом. Травматический артрит - наиболее частая форма висцерального повреждения, основные изменения наблюдаются в средней аорте (мезаортит). Это приводит к

затвердеванию стенки аорты и расширению восходящей части аорты (последний признак характерен для аорты, поврежденной в результате травмы). Если у нормального здорового человека восходящий отдел аорты до уретры составляет 3-3,5 см, при мезаортите достигает 5-6 см и часто разрастается в виде колбасы. Осложненный травматический аортит может привести к аневризме аорты. Его разрыв приводит к катастрофическим случаям: в третичном периоде поражения печень встречается у 2-4% поврежденных внутренних органов. Наблюдаются воспалительный и хронический эпителиально-язвенный гепатит с очаговой гонореей, желчной гонореей или расслоением. В период третичной язвы поражения внутренних органов - почек, легких, желудочно-кишечного тракта и др. Встречаются редко (см. Все). Это составляет 1-1,5. % висцеральной патологии при третичных язвах). В третичном периоде язв наблюдаются патологические изменения нервной системы (поздний нейросифилис) у овец: скрытый сифилитический менингит, вечерняя диффузная травма менинговаскулярной дуги, Инфаркт миокарда, инфаркт миокарда сосудов, задний инфаркт миокарда и прогрессирующий паралич. Сифилитический менингит с поздним началом обычно начинается через несколько лет после того, как инфекция попала в организм. Иногда сифилитический менингит с ранним началом на второй стадии поражения может прогрессировать до сифилитического менингита с поздним началом. У пациентов с этим типом нейросифилиса нет субъективных симптомов, подобных раннему сифилитическому менингиту мочевого пузыря. Иногда жалуются на легкие головные боли, шум в ушах, снижение слуха и головокружение. При офтальмологическом обследовании выявляется гиперемия диска зрительного нерва и папиллит. При диагностике заболевания важно исследование спинномозговой жидкости (ЦСЖ). Допускаются признаки менее развитого воспаления в спинномозговой жидкости (повышенное содержание белка, цитоз, глобулиновые реакции), положительная реакция Вассермана, патологические проявления реакции коллоидного золота (Ланге). Патологический процесс в Лии-воре более устойчив, чем лечение травмы. При ранних ишемических язвах спинномозговая жидкость быстро выводится во время лечения (sanasiua). Поздние диффузные менинговаскулярные язвы развиваются в основном на фоне острого сифилитического менингита и характеризуются незначительным патологическим поражением слизистых оболочек. Больные жалуются на легкую головную боль и головокружение. В результате поражения коронарных артерий симптомы заболевания напоминают симптомы гипертонического криза. При этом происходит повреждение миауальных нервов, потеря чувствительности, Наблюдаются патологический рефлекс, парестезия, гемипарез, паралич, нарушения памяти и произношения. При этом повреждаются ракушки орка, миуа, столбы и гнойнички, наблюдается сильная боль. Боль похожа на боль при сердечном приступе или боли в почках и печени. Такие боли начинаются внезапно и быстро исчезают, иногда надолго. это также может занять время. Парестезия с сегментарными особенностями при переломе заднего миуа, расстройства мочеиспускания и дефикации, парез нервов миуа, дисфункция продолговатого мозга, атрофия зрительного нерва, естественная артропатия, глубокие трофические язвы. Выпадение волос, выпадение волос, выпадение зубов, остеопатия и другие симптомы разрешены. При исследовании орка, жидкость миуа,

Прогрессирующий паралич. На основании болезни мелкие кровеносные сосуды головного мозга капилляры и поражения головы, головы и центрального серого вещества. В результате атрофия клеток наблюдается во всех слоях. В период обострения заболевания наблюдаются деградация, прогрессирующая умственная отсталость, галлюцинации, кахексия, алопеция и др., В завершающей стадии которых могут развиваться различные формы прогрессирующего паралича, такие как слабоумие, экспансивное расстройство, слабоумие и депрессия.

В виде слабоумия прогрессирующего паралича. Отсутствует работа с жабрами, быстрая апатия, слабоумие, общий паралич. В развернутой форме у пациента наблюдается эйфория, мания величия и тошнота. При обострении болезни больной сильно возбужден, что опасно для окружающих. Страх относится к депрессивной форме депрессии.

Ранние психические изменения при прогрессирующем параличе включают:

1. Изменения в поведении человека: у пациента кружится голова, бывают слезы или слезы, двусмысленность или нежность. Такое изменение характера больного происходит внезапно.

Поэтому врач должен обращать внимание на такие изменения в поведении пациента, а также в поведении.

2. Изменение памяти, при котором пациент вспоминает события, которые когда-то имели место, и забывает, что произошло в то время.

3. Пациент правильно датирован из-за психического изменения. не могу.

4. Пациент не может правильно печатать, письмо прерывистое.

5. Пациент становится быстрым или сёкин-говорящим, его речь становится прерывистой.

При проведении лабораторных исследований состояние пациента Дарт серологические реакции 95-98% в крови и 100% в спинномозговой жидкости. положительный; В спинномозговой жидкости реакция Ланге паралитическая, при этом OTIR и RIF положительны в 90-94% случаев.

Упомянутые выше последствия заднего инфаркта миокарда и прогрессирующего паралича зависят от своевременности лечебных мероприятий. На ранних стадиях болезни полезно лечение пенициллином.

Табопаралич: У пациента с прогрессирующим параличом и задней миопатией Если симптомы слабоумия проявляются вместе, то проводится диагностический диагноз.

Скрытый сифилис

Иногда сифилидологи диагностируют язвы только на основании положительных серологических тестов крови. Клинические проявления поражения не наблюдаются в коже, слизистые оболочки, слизистые оболочки, внутренние органы, нервная система, опорно-двигательный аппарат пациентов с острыми язвами. По статистике травм больше. имеет место. Хорошая серологическая диагностика, своевременное серологическое обследование населения, применение антибиотиков при различных заболеваниях (грипп, пневмония, бронхит, ангина и др.), Самолечение пациента и др. Чем сложнее вовремя выявить, тем больше банок уаширин травмапожелания. Есть ранние, поздние и неизвестные типы острых поражений.

Ранний скрытый сифилис в том числе период, равный периодам первичной серопозитивной и вторичной рецидивирующей травмы, активен не имеет клинических признаков. Средняя продолжительность этого периода с момента заражения составляет 2 года. У пациентов с ранним язвенным колитом могут появиться заразные высыпания на коже и слизистых оболочках. Вот почему в отношении пациентов необходимо проводить эпидемиологические мероприятия (госпитализация, специфические лечебные мероприятия, обследование половых и бытовых контактов). Следующая информация поможет выявить ранние инфекции мочевыводящих путей:

1. Тщательно собранный анамнез. Пациенту сообщают о наличии гениталий, эрозий или бородавок в полости рта, росте волос и о том, принимал ли он антибиотики в течение 1-2 лет.

2. Обследование лиц, имевших с ним половой акт, так как активная (ранняя) форма поражения часто выявляется у лиц, имевших половой акт с пациентом. Это поможет в диагностике раннего повреждения мочевыводящих путей.

3. Клиническое обследование выявляет наличие рубцов или атрофии, регионарного склероденита на месте первичной сифиломы.

4. В К, то серологические реакции имеют резкий положительный результат и высокие титры реагентов (1: 120, 1: 160, 1: 320). Люоки n антибиотикис или начальная ранняя травма уаширином-Серологические реакции могут быть слабopоложительными или низкими титрами реагентов (по периоду первичного серопозитивного повреждения).

5. Во время терапии пенициллином иногда наблюдается рецидивирующая реакция (реакция Герксхаймера).

6. Снижение титра реагентов при лечении и быстрая отрицательность серологических реакций.

7. Возраст пациента обычно 40 лет и старше.

8. В задней спинномозговой жидкости миокарда определяются нормальные параметры.

Эпидемиология поздних ночных язв не представляет опасности. У пациента с данным видом травмы диагноз ставится в основном при серологических исследованиях и профилактическом

осмотре. Для диагностики и подтверждения болезни необходимо использовать специальные реакции (RIF и OTIR).

Поздняя скрытый сифилис Следующая информация поможет определить:

1. Анамнез. Активное клише раны за 2-3 года до пациента. Была получена информация о том, наблюдалось ли прозвище. Ленин Нередко болезнь может протекать клинически и серологически бессимптомно.
2. Канфронтасиуа. У людей, вступающих в половую связь с пациентом, обнаруживаются поздние формы поражения или у них есть сифилитического заражения не произойдет.
3. Серологические реакции положительные или резко положительные, титр реагентов низкий (1:5, 1:10, 1:20); специфические реакции (РИФ, СИТ) бывают положительными или резко положительными.
4. При проведении специфических лечебных мероприятий серологические реакции длительное время отрицательны.
5. Отсутствие рецидивирующей реакции (реакции Герксхаймера) на фоне терапии пенициллином.
6. В спинномозговой жидкости наблюдается патологический процесс, и во время лечения санасиуа очень сёкин. Дегенеративный компонент развивается в спинномозговой жидкости.
7. Больные проходят тщательный осмотр у невролога, терапевта, офтальмолога, отоларинголога, часто у них выявляются специфические изменения во внутренних органах. Врожденная травма Сифилитическая инфекция от беременной матери с травмой заражает и вредит будущему ребенку. Это называется врожденной травмой.

До двадцатого века существовало несколько теорий, объясняющих происхождение врожденных повреждений.

Начиная с двадцатого века, начали появляться другие представления о врожденных аномалиях. При обследовании выявлена протекающая трепонема от беременной матери через плаценту к будущему ребенку. Этот процесс происходит во втором триместре беременности, когда начинает циркулировать плацента. ради. У плода не было обнаружено трепонем, который умер в возрасте 3-4 месяцев.

находится посередине. Развитие врожденных образований зависит от стадии сифилитической инфекции в женском организме, ее длительности, вторичная стадия поражения опасна для плода. Иногда инфекция может передаваться плоду от женщин с третичными и поздними врожденными язвами. Врожденную травму можно предотвратить, если женщине назначить специальное лечение до или во время беременности.

Пути передачи сифилитической инфекции от беременной к плоду через плаценту.

1. Через пупочную вену в виде эмбола.
2. Через лимфодренаж пупочных вен.
3. Чтение с трепонемы через поврежденный спутник (ниспутниковое считывание трепонем не передает).

Пораженная плацента становится увеличенной и гипертрофированной, весит $1 / 4 - 1 / 3$ плода (в норме - $1 / 6 - 1 / 5$). Выявлено, что в сателлитных сосудах образуются пери- и эндартерииты, абсцессы. У плода - сепсис сифилитической инфекции, а во внутренних органах - трепонемы. Если беременная женщина не лечится от травмы, у нее обычно случается выкидыш на 4-5 месяцах беременности, или травма может привести к преждевременным (7-8 месяцев) или мертворождению.

В зависимости от клинических проявлений, течения и продолжительности врожденные травмы делятся на 4 типа: 1) травмы плода; 2) преждевременные роды (срок от рождения до 4 лет); 3) поздняя врожденная травма (у детей старше 4 лет); 4) врожденный порок сердца (три в разном возрасте) Райди).

Травма плода. Под влиянием сифилитической инфекции в плаценте нарушается питание, обмен веществ и через 6-7 месяцев.нерожденный ребенок падает. Диффузно-воспалительные изменения в виде мелкоклеточных инфильтратов (лимфоцитов, состоящих из плазматических клеток) во внутренних органах под влиянием трепонем от матери к плоду с первого месяца

беременности с последующим разрастанием соединительной ткани и желчевыводящих путей. и единственная десна в Judga соблюдается.

Из внутренних органов чаще всего печень, селезенка, легкие, внутренняя секреторная железа, поражается центральная нервная система. Печень увеличена, гладкая, на разрезе желтовато-коричневая. Иногда печень обезвоживается и паренхима диффузно-фиброзная атрофия. Черная селезенка также увеличивается в размерах и затвердевает. Инфильтрация, гиперплазия и десквамация при альвеолярной эпилепсии наблюдаются в пространстве между альвеолами легких. Такие изменения называются *ok pneumoniu* и приводят к быстрой гибели плода.

В желудке и кишечнике в результате их переваривания образуются инфильтраты и мочеточники.

В центральной нервной системе встречаются лептоменингит, менингоэнцефалит, железистый эпидимит и иногда заболевания десен.

Если ломила не погибнет, она будет отставать в умственном и физическом развитии.

Существует разница между ранними врожденными поражениями груди (до возраста) и молодыми (от 1 до 4 лет).

У детей грудного возраста клинические признаки врожденных образований начинают проявляться в первые 3 месяца жизни, высыпания воспаляются. Все внутренние органы, нервная система, повреждение опорно-двигательного аппарата, кожи и слизистых оболочек.

Новорожденный ребенок некрасиво выглядит, кожа в морщинах, он становится тусклым и тусклым. Голова у ребенка большая, покрыта серебряными монетами, подкожно-жировой слой развит слабо, дистрофический. Повреждение костей вызывает сильную боль, ребенок не может спать и громко плачет (симптом *Systo*).

Диффузно-папулезный инфильтрат Гоксингера наблюдается на коже лица, ладоней, пяток и ягодиц. Узелки, вокруг рта, подбородка, лба, узелки на бровях образуют инфильтраты и регенерируют. Инфильтрат кожи врожденный в возрасте кормления грудью. Вычисляется первый знак хт. Заболевание начинается с появления пятен или диффузной эритемы на коже, затем кожа утолщается, затвердевает и становится красновато-коричневой, вокруг них образуются спонтанные трещины, которые заканчиваются рубцеванием и сохраняются на всю жизнь (симптом Робинсона - Фурнье). Если диффузный инфильтрат находится на бровях, ресницах и коже головы, волосы в этой области рождаются; Если слизистая носа расположена на полу, малышу трудно дышать и сосать. При исследовании инфильтратов обнаруживаются трепонемы.

Сифилитическая пузырчатка характерна для поражений грудного возраста. На ступнях и ладонях (иногда на лице, теле, стопах и пупке) появляются серозно-гнойные пузыри, размером с тарик, иногда горошинчатые. Поверхность их плотная, симметричная, в основании остается инфильтрат. Везикулы имеют свойство сливаться друг с другом и не вызывают субъективных ощущений.

Внешний вид папул на коже напоминает линзовидные папулы в период вторичных поражений, но отличается склонностью и прикрепляться друг к другу.

Травма слизистой оболочки носа Сифилитический ринит называется Различают 3 его стадии. На первой стадии (покраснение) слизистая оболочка носа слегка опухает и утолщается. Затруднить ребенку дышать и сосать. Стадии. Во второй (секреторной) стадии - слизистая носа набухает и из нее вытекает гной. После дыхания через нос при вдохе вы слышите свистящий звук. На третьей (уарали) стадии наблюдаются деструктивные изменения в носовых костях, в результате чего нос оседает. Сифилитический грипп - характерный симптом врожденных пороков развития грудной полости, поражения слизистых оболочек гортани, охриплости голоса, афонии, а иногда и стеноза.

При врожденных пороках развития груди наблюдается поражение костей, в основном сифилитический остеохондрит, периостит и остеопериостит. Такие изменения, конечно, обнаруживаются нулевым рентгеновским лучом. Сифилитический остеохондрит трубчатых костей (преимущественно серых, плечевых) чаще встречается при костных изменениях. Первоначально на рентгенограмме выявляется остеохондрит I и II степени. На границе метафиза

с тогаем имеется увеличенная зона первичного разжижения (до 2-2,5 мм; обычно это тёмкис, в виде четкой системы, ширина 0,5 мм), которая относится к 1 степени. остеохондрит. При остеохондрите II степени зона истончения составляет 2-4 мм шириной, на стороне, обращенной к эпифизу, появляются колючие опухоли и бугорки (ребенка не видно на рентгенограммах шишковидной железы в возрасте одного месяца, потому что он имеет тогаиную структуру). Рентген скелета необходимо проводить на сроке до 3 месяцев, так как в дальнейшем эти изменения могут исчезнуть. При отсутствии других клинических признаков травмы невозможно диагностировать врожденный горб только на основании симптомов остеохондрита I степени, поскольку такие изменения в кости также возникают при различных патологических состояниях (витамин D-гипервитаминоз, гипотиреоз). .фиуа, гиповитаминоз и др. х, органы). При остеохондрите II степени первичная зона разжижения исчезает, как если бы она была разрушена. В метафизе имеется черная система деструксиуа. Его толщина 2-5 мм. СууакОбмен грануляционной ткани с водой в метафизевызывает перелом мочеточника, и у Парро развиваются псевдопаралихи: ребенок не может свободно двигаться, тряся или сгибающая больную ступню и ногу, или сохраняются чувствительность и движение п пальцев стопы. Это единственный признак врожденного порока сердца.

Кроме того, наблюдаются сифилитический периостит и остеопериостит, которые часто локализуются в длинных трубчатых костях, что приводит к менее выраженным, ограниченным болезненным опухолям в костном мозге. Иногда они располагаются в области лопатки, для которой характерны изменения черепа (симптомы «ягодичного черепа» и «олимпийского лба», такие как выступ на лбу и верхние шишки на черепе.). Периостит и остеопериостит часто имеют диффузный характер (экссудативно-пролиферативный процесс), но также могут иметь гуммозный характер. Иногда может возникнуть сифилитический фалангит или дактилит. Они характерны для врожденных поражений, при которых повреждаются основные фаланги. Из-за диффузных или гуммозных язв кости набухают, приобретая цилиндрическую или пластичную форму, пальцы опухают и выглядят как бутылки. Обычно повреждается большая часть фаланг, иногда процесс развивается односторонне, возникает боль и перфорация. Таким образом, дактиль поражения отличался от дактиля туберкулеза. Дактилит - единственный признак врожденного поражения и часто развивается у детей от 1 до 4-5 лет, даже до 6 лет.

Часто глаз травмируется органами чувств. В этом возрасте часто наблюдается врожденный язвенный хориоретинит (поражение типа и сосудистой оболочки глаза) периферической части глазного дна.образуются характерные желтые точки. Курит кобилиуати у ребенка обычно не меняется.

Склеротические изменения, вызванные диффузными инфильтратами, развиваются во внутренних органах (печени, селезенке, почках, легких, слизистых оболочках). Инфильтраты, которые первоначально начинаются вокруг кровеносных сосудов, постепенно распространяются на все органы. Поражение нервной системы проявляется в виде менингита, менингоэнцефалита, гидроцефалии.

Серологические реакции на монету (реакция Вассермана, ОТИР, РИФ) всегда положительны при раннем раке груди.

Сифилис новорожденных (Будь мне 4 годаган период) проявляются клинические признаки травмы. Задний проток, половые органы, вегетативные, ограниченные, большие папулы на коже таза, а также пустулы (вещества) на лице и волосистой части головы у слабых детей. Розеола реже встречается при врожденных поражениях, чем при приобретенных. На слизистой оболочке рта присутствуют эрозивные папулы. Папулы в уголках рта эродированы, вызывая изменения, похожие по внешнему виду на процесс воспаления, вызванный пиококками и дрожжами. Врожденные поражения характеризуются наличием темно-красного инфильтрата вокруг папулы и отсутствием шишки, образованной роговым слоем (стрептококковый стрептококк). В этом случае увеличиваются все лимфатические узлы, рождаются волосы, патологические изменения наблюдаются со стороны периостита и остеопериостита, внутренних органов (гепатит, нефрозонефрит, пневмония) и нервной системы (гемиплегия, гидроцефалия, менингит и др.). Часто серологические реакции крови положительные.

Поздний врожденный сифилис. Сроком травмы составляет от 4 до 17 лет. встречается у детей с Это считается рецидивом врожденных поражений, возникших во время кормления грудью, которые не были диагностированы и не лечились.

В зависимости от клинического течения различают три случая поздних врожденных пороков развития. Гумма или гуммиевые инфильтраты расположены в коже, слизистых оболочках, костях (гуммический периостит, остеопериостит), суставах, внутренних органах и нервной системе (гуммиозный менингит). На коже появляется тупой сифилис. Некоторые эндокринные железы, кровь в голове или спине могут быть повреждены (такие изменения приводят к парезам, параличам и столбняку). Редко развивается задний инфаркт миокарда или прогрессирующий паралич.

Помимо перечисленных выше симптомов (они характерны для третичного периода приобретенного поражения) различаются только особенности позднего врожденного поражения. Они разделены на группы. Первые - это достоверные или безусловные признаки, характерные для поздних врожденных аномалий. Вторую группу составляют вероятные признаки, которые учитываются только при наличии других признаков, подтверждающих наличие поражения (результаты серологических реакций крови, спинномозговой жидкости). Технологические изменения, анамнез матери и ребенка и результаты их обследования). Третья группа - дистрофия (стигма) обнаруживаются при хронических инфекционных заболеваниях и не считаются врожденными. Однако сумма нескольких дистрофий и других доказательств, подтверждающих наличие сифилитической инфекции (например, положительные результаты реакции Вассермана в крови матери и ребенка), может помочь правильно диагностировать заболевание. Кроме того, наличие дистрофий также важно при диагностике парасифилитических заболеваний.

Гетчинсона к безусловным или достоверным признакам поздней врожденной аномалии триада (паренхиматозный кератит, сифилитический лабиринтит и болезнь Гетчинсона). Паренхиматозный кератит характеризуется покраснением и тусклостью роговицы, невозможностью смотреть на свет, слезами и снижением остроты зрения. Обычно сначала поражается один глаз, затем другой. При лечении кератит часто возвращается или роговица становится непрозрачной, а иногда она может сильно измениться, что приведет к сухости. Иногда сифилитический кератит, ирит, иридоциклит и хориоретит при гниде, сифилитическом лабиринтите или лабиринтной глухоте характеризуется снижением слуха (обычно повреждаются обе серые стрелки) и появлением шума в серой стрелке. Эти клинические признаки - инфильтрация лабиринта. при лучевом изъязвлении и дегенерации слухового нерва 5. Карабеллия - наличие дополнительной пятой шишки (выпуклости) в жевательной полости первого молярного зуба верхней челюсти.

6. Дистема Гаше - это расположение резцов дальше друг от друга.

7. Гипертрихоз, появляется скованность (волосы растут и иногда сливаются с бровями) -

8. Смена черепа, выпуклость, лоб и краевые складки раздвинуты, а щели между ними нет в боте. RIF и OTIR положительны при вечерних врожденных поражениях.

Профилактика врожденных травм. Раннее выявление и лечение важны для предотвращения врожденных пороков развития. В частности, желательно проводить своевременные обследования и лечение беременных. Согласно существующим методическим рекомендациям, женские консультации (консультации) принимают во внимание всех беременных и акушерки и серологии. Серологическое исследование проводится дважды - на первом и втором сроке беременности. Если у беременной обнаруживается активное или скрытое поражение, то проводится только специальное лечение антибиотиками. Если женщина ранее лечилась от язвы, необходимо провести профилактическое лечение во время беременности; Цель профилактического лечения - обеспечить рождение здорового ребенка. В таких случаях новорожденный проходит профилактическое обследование и лечение по схеме, утвержденной Минздравом.

Лечение сифилиса

Лекарства, применяемые при лечении травм, специфичны и используются в качестве пробной терапии для профилактики или диагностики после постановки диагноза травмы. При лечении заболевания следует учитывать период травмы, возраст пациента и степень поражения нервной системы и внутренних органов, а также аллергические реакции на лекарства.

Пенициллин, бициллин-1, бициллин-3, би-силлин-5 и др. Для лечения язв используются другие антибиотики. Эти препараты имеют прямое действие на протекающую трепонему. При этом, помимо специфического лечения, применяется неспецифическое лечение для повышения иммунобиологических свойств организма и преодоления инфекции. Неспецифическое лечение сочетается со специфическим лечением.

Помимо лечения травмированных пациентов, в борьбе с травмами используются следующие методы лечения.

1. Профилактическое лечение - во избежание возникновения травмы травма назначается людям, имевшим половой и бытовой контакт с больными на ранней стадии (если период контакта не превышает 3 месяцев).

2. Профилактическое лечение - проводится беременным женщинам и их детям (даже при отсутствии серологических и клинических признаков) с предыдущей раной или одновременно с раневой инфекцией.

3. Пробное лечение назначают при подозрении на травму нервной системы, внутренних органов. На поздних стадиях травмы (третичная травма, поражение внутренних органов и нервной системы) назначаются специальные лечебные мероприятия; В течение 1-2 недель применяют препараты йода, висмута (биохинол 2 мл в сутки, общая доза 40-50 мл), затем каждые 3 часа вводят внутримышечно пенициллин 400000. Через 1,5-2 месяца проводят второй курс лечения. В этом случае вместо биохинола назначают бисмоверол по 1,5 мл 2 раза в неделю, курс лечения 18-20 мл.

Неспецифическое лечение рекомендовано пациентам с отсроченными серологическими реакциями или неотрицательной кровью, вечерними язвами, нейро-, висцерозами, врожденными язвами. Пирогенные препараты (пирогенал, продигиозан) в качестве неспецифического лечения. Биогенные стимуляторы (экстракт настойки, спленин, стекловидное тело body) и иммуномодуляторы (декарис, метилурацил, нуклеинат натрия).

Интерактивные методы, используемые на уроке

«Ручка посередине стола»

Тема: Объясните с помощью признаков тауанча, указав клинические признаки, характерные для трех периодов травмы.

Группа студентов определяется по номерам. Каждый ученик выбирает одно заболевание, которое ему лучше всего известно, и записывает его на листе бумаги. Ручка кладется в середину стола, а лист передается следующему ученику. После того, как все студенты записали свои болезни, они по очереди высказывают свое мнение.

Например:

4. Студент выбрал вторичную рецидивирующую травму. Он объясняет клинические особенности этого периода: вторая стадия поражения подразделяется на вторичное язвенное поражение (первая сыпь) и вторичное рецидивирующее поражение (сыпь) и вторичная острая язва. Рецидив наступает в среднем через 5-6 месяцев после начала травмы. Клинические признаки вторичной рецидивной травмы: папулезными сифилис, гнойничковых сифилис, травматической алопеции, травматического лейкодерма, повреждения внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

«Трехэтапное интервью»

Цель: Научить пациента правильному психологическому подходу к выявлению и решению проблем.

Основные принципы:

Группа делится на 2-3 подгруппы, и студентам дается роль: врач, пациент, эксперт. Студентам, играющим роль пациента, будет поставлен диагноз. Каждая группа проводит 10-15 минутную консультацию с пациентами. Эксперт оценивает деятельность участников по следующим 3 разделам:

- 10) что сделано правильно
- 11) Что не так?
- 12) Как это сделать?

Преимущества:

Этот метод можно широко использовать при отсутствии пациентов на предмете. Методика напоминает ролевые игры, но наполняется третьим участником - экспертом, и одновременно обсуждаются 2-3 клинических варианта. Это обогащает содержание урока, бодрит учебный процесс и позволяет более глубоко оценить уровень знаний ученика.

Пример: Педагог выбирает по 3 студента для каждой подгруппы на роль пациента, врача и эксперта. Преподаватель заранее подготавливает результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента и предоставляет их в соответствии с требованиями студента, исполняющего обязанности врача.

Пациентка, 38 лет, обратилась на прием с жалобами: сыпь необъяснимого характера на теле, узелки на ладонях и подошвах, высыпания вокруг анального отверстия.

На момент обследования на коже имеются крупные красновато-розовые розеоловые высыпания, особенно в области груди, которые не связаны между собой. Наличие небольших папул на ладонях и подошвах рук, не возвышающихся над уровнем кожи, и широкой кандиломы, напоминающей цветную капусту, по внешнему виду слегка размытой, с широким основанием, прикрепленным к анальному отверстию.

Тоны сердца в норме слышны: пульс - 85, артериальное давление 120/80 мм рт. В легких слышно везикулярное дыхание. Селезенка не увеличена. Из анамнеза болезни. Три месяца назад у пациента появилась сыпь необъяснимого происхождения, которая исчезла.

«Врач» должен обратить внимание на всю информацию, собранную со слов пациента, направить пациента в больницу по поводу кожных и половых заболеваний, приближаясь к клиническим признакам.

При оценке работы «эксперта» врач должен обращать внимание на следующее:

- Правильный психологический подход к пациенту?
- Является ли история болезни полной и точной?
- Заподозрил ли пациент травму на основании клинических признаков во время обследования?
- Пациент обращался в больницу для дальнейшего обследования и лечения?
- Направлял ли он вас на обследование половых партнеров?

При оценке поведения пациента:

- В какой степени он описал свою ситуацию?
- Смог ли он точно изложить свою историю болезни?
- Правильно ли он описал симптомы болезни?

В конце урока учитель сосредоточит внимание на забытых аспектах и выявленных недостатках в действиях каждого участника.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

Больной В. 32 года. У больного много высыпаний при розацеа и линзовидных папул, расположенных в разных местах тела. Обнаружен эпителиализированный инфильтрат у основания полового члена. Раньше пациент не болел и не лечился.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует запланировать для подтверждения диагноза?

Выпуск 2

Больной К. 30 лет. 1 неделю назад на красной губе появился безболезненный мясистый волдырь размером 1 см. При пальпации выявлен сильный инфильтрат на основе мочевыводящих путей,

увеличенные подключичные лимфатические узлы, консистенция которых очень эластичная, безболезненная, подвижная. Кожа чистая, высыпаний нет.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует запланировать для подтверждения диагноза?
3. Какие заболевания диагностируются сравнительно?

Выпуск 3

Пациент Ш. 54 года. После травмы в области колена образовался глубокий узелок. Через месяц оно треснуло, как куриное яйцо. В момент растрескивания выделилось около 2 мл липкой желтоватой жидкости. Полученная уара овальной формы, четко разграничена, край немного приподнят над кожей, имеет твердую консистенцию и некротизированную ткань грудины внизу. Нет никаких субъективных восприятий и общих изменений.

1. Поставьте гипотетический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует запланировать для подтверждения диагноза?
3. Эпидемиологически состояние больных.

Выпуск 4

Больной А. 35 лет. В задней и обеих боковых областях шеи, на переходе к плечам и груди, много гипопигментированных пятен, размером от размера горошины до размера монеты. Ни перхоти, ни признаков воспаления.

1. Поставьте диагноз, для какого заболевания дана конкретная клиника?
2. Каковы клинические признаки болезни?
3. Какой лабораторный метод используется для подтверждения диагноза?

Выпуск 5

Пациент Ш. 28 лет. В наружных половых органах и анусе выявляется вегетативно размытая растительность с широким основанием размытых суставов. По периферии этих высыпаний много линзовидных папул. Других высыпаний на коже нет, общее состояние хорошее.

1. Поставьте диагноз, для какого заболевания дана конкретная клиника?
2. Какой лабораторный метод используется для подтверждения диагноза?
3. Какие клинические признаки могут наблюдаться при этом заболевании?
4. Приемлем ли пациент с такими клиническими изменениями для других или нет?

Тесты по 8 темам

1. В каком случае сокращается инкубационный период раны?

- А) есть период старости
- Б) при ослаблении вирулентности трепонем
- В) если есть биполярный шанкр
- Ж) при наличии других заболеваний
- Г) Нет правильного ответа

2. В каком случае продлевается инкубационный период раны?

- А) при приеме антибиотиков
- Б) при приеме витаминов
- В) чрезмерное употребление алкоголя
- Ж) когда много шанкров
- Г) при высокой вирулентности трепонем

3. У кого больше всего травм?

- А) в учителях
- Б) у детей
- В) у работающих с животными
- Ж) у водителей, путешествующих в далекие города
- Г) в гвардии

4. При каком сифилисе встречается белая трепонема?

- А) от обширного кандидоза
- Б) из вторичной раневой розы
- В) от вторичных рецидивирующих раневых розеол

- Ж) из третичных ранчатых роз
 Г) от ладонных папул
5. Какой из следующих сифилисов сохраняет небольшое количество белой трепонемы?
 А) размытый шанкр
 Б) обширный кандидоз
 В) гумма
 Ж) эрозированные папулы в полости рта
 Г) биполярный шанкр
6. Какой период поражения считается опасным с эпидемиологической точки зрения?
 А) ранняя травма уаширином
 Б) вторичная рецидивирующая травма
 В) третичная активная травма
 Ж) третичное поражение
 Г) вторичная травма уанги
7. Какой метод диагностики диагностирует невроз?
 А) Реакция Бордо-Жангу
 Б) Реакция Уариша-Лукашевича
 В) Феномен Тиндала
 Ж) реакция Ланге
 Г) Реакция Вассермана
8. Какое заболевание вызывает хламидиоз?
 А) уретрит
 Б) проктит
 В) болезнь Рейтера
 Г) трахома
 Г) донованоз
9. Какое заболевание вызывают гонококки?
 А) уретрит, проктит
 Б) болезнь Рейтера
 В) донованоз
 Г) холецистит
 Г) глаукома
10. Как отделить мягкий шанкр в пластичных смазках?
 А) имеет спиралевидную форму
 Б) грамотрицательные диплококки попарно
 В) окурки
 Г) в пластичных смазках не обнаруживается.
 Г) Нет правильного ответа

Практические навыки

Осмотр заднего прохода

Его проводят для выявления первичного, вторичного сифилиса и других венерических заболеваний. Пациенту предлагается согнуть ноги, не сгибая, и руками потянуть за ягодицы.

- Используя один конец ватного тампона, врач исследует заднее отверстие, внешнюю часть прямой кишки и кожу вокруг заднего отверстия.
- Если в заднем отверстии есть выделения, смазку удаляют и проверяют на наличие гонококков.
- При подозрении на аногенетический пол нижнюю часть прямой кишки исследуют с помощью ректального зеркала или копроскопа и обращают внимание на наличие эрозий на слизистой оболочке.
- Кольцом или ложкой Фолькмановского смажьте слизистые оболочки и исследуйте под микроскопом на наличие гонококков.

5. Материал для испытаний получают путем переворачивания ректальной ампулы (у женщин) или путем ректальной чистки.
6. Через заднее отверстие влагалища указательным пальцем выворачивают слизистую оболочку внутреннего сфинктера влагалища, а также исследуют слизистые оболочки и берут мазок на исследование.

Способ смазывания раневой поверхности при бесцветной трепоме

№	Выполнить задание	Максимальный балл	Собрано Мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Определение сыпи, которую необходимо исследовать (царапины, рана, почесанный узел, большая кондилома)	15	
3.	Поверхность элемента очищается стерильной ватной палочкой или марлевым тампоном.	15	
4	Специальная железная кольцевая петля нагревается и охлаждается для получения смазки в пламени спирта.	15	
5	С помощью сита происходит механическое воздействие на поверхность элемента, и жидкость получается до тех пор, пока не отделится тканевая жидкость сыворотки.	15	
6	Небольшое количество материала (тканевой жидкости) и физиологического раствора натирают на стекло и опрыскивают маленьким стаканом.	20	
7	Если жир остался, его следует просушить под микроскопом.	15	
	Общее	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Современные возможности кеширования и лечения раневой инфекции На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Тема 9: Гонорея (гонорея).

Ногонококковый уретрит.

9.1. Модель образовательной технологии

Тренировочное время -	Количество учеников-9-10
Форма обучения	Практическая подготовка
План урока:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Слово (гонорея) 2. Сложная и незамысловатая лексика. 3. Нозокомиальный (ногонококковый) уретрит. 4. Трихомоноз. Хламидиоз 5. Урогенитальный кандидоз. Бактериальный вагиноз 6. Принципы лечения
Цель обучения:	Образовательные: Обучить студентов вопросам современной диагностики, сравнительной диагностики и определения

	<p>оптимального лечения пациентов с ЯАУ, третичными и гриппными травмами. Классификация непервичных, третичных и гриппозных заболеваний, формирование знаний об этиопатогенезе заболеваний и их особенностях в детском возрасте. -Клинические проявления, симптомы, синдромы. -Описание местного статуса. -Местные и общие с примерами частных реставраций. основы лечения.</p> <p>Образовательные: Посредством реальных примеров по теме улучшить здоровье населения в сознании студентов, стремиться внести свой вклад в повышение медицинского уровня населения, привить им любовь к выбранной профессии.</p> <p>Разработчик: Достижение развития студентов как современных кадров на основе новой литературы, научно обоснованных данных в объяснении темы.</p>
Методы обучения	интерактивный метод, работа в малых группах
Формы обучения	коллектив, малая группа
Учебные пособия	Учебные пособия, электронный учебник, компьютер, проектор, баннерные плакаты
Условия обучения	Методически оборудованный зал
Мониторинг и оценка	Знания студентов оцениваются в соответствии с требованиями рейтингового регламента. Курс оценивает уровень знаний о текущей и самостоятельной работе.

14.2. Слово (гонорея). Нозокомиальный уретрит. технологическая карта практических занятий

Этапы и сроки работы	Содержание занятия	
	Учитель	Студент
Подготовительный этап	1. Проверка чистоты аудитории 2. Проверка готовности студентов к занятиям. 3. Контроль посещаемости	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
1. Вводный этап обучения	1. Подготовка учебного контента по теме. 2. Подготовьте слайды презентации по теме. 3. Составьте список литературы, используемой при изучении естественных наук.	Выполнение поставленных задач. Готовимся к продукту
Основная сцена	1. «Слово (гонорея). Нозокомиальный уретрит» Устный вопрос, тест, вопрос для определения уровня базовых знаний по теме. 2. «Варка картофеля» интерактивный тематический анализ 3. Используются демонстрационные плакаты. 4. Используется мультимедиа 5. Ведет кураторскую работу. 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы. Они смотрят и записывают.
Основная сцена	1. «Слово (гонорея). Нозокомиальный уретрит. Этиология, эпидемиология, клинические проявления и современные особенности лечения» устный вопрос, тест, выпуск. 2. Используются демонстрационные плакаты. 3. Тематический анализ интерактивной методики «Улей». 4. Мультимедиа, видеопрезентация.	Они разделены на небольшие группы. Они смотрят Они участвуют Они слушают и отвечают на вопросы.

	5. Кураторство пациента по теме. Работа с пациентами, ведение лечения 6. Обобщает и резюмирует предоставленную информацию на основе тем, поощряет и активно оценивает активных учащихся.	Они смотрят и записывают.
Заключительный этап	1. Финалист заключает 2. Выдает самостоятельную работу: Word, поральный уретрит современные функции кеширования и лечение 3. Дает домашнее задание: Word, поральный уретрит расширенные функции кеширования	Он слушает Делает заметки Делает заметки
Джами		

Гонорея

Это инфекционное заболевание, передающееся половым путем, в основном передающееся половым путем. Это слово также называют «гонорея» по-гречески и «триппер» по-немецки, что означает утечка. В основном мочеполовые гениталии. иногда также поражаются прямая кишка, глаза, слизистая рта, слои.

Этиология и патогенез. Возбудитель гонококков был открыт в 1879 году немецким ученым Альбертом Нейссером. Э. Бум, напротив, смог получить его в специальной питательной среде (1885 г.).

Самый распространенный способ научиться говорить - это половой акт. Заболевание передается при половом акте с больным гонореей, а также от мужчин и женщин с хронической гонореей. Заболевание также передается через предметы, которыми пользуется пациент: простыни, полотенца и т. Д. Они даже начинают работать над ферментом пеницилиназой против некоторых антибиотиков, таких как пенициллин. Гонококки - это грамотрицательные неактивные микроорганизмы, которые обычно не образуют споры. Вне человеческого тела щетка, а иногда и больше, хранится в невыносимом густом гное и в различных предметах (или мокром белье, полотенцах и т. Д.). В организме человека их сопротивление намного выше.

Гонококки особенно устойчивы к нагреванию выше 40 ° C. температуры, а также под воздействием дезинфицирующих растворов. Раствор 1: 100 нитрата серебра, йода и спирта мгновенно убивает гонококки. При замораживании в вакууме они надолго сохраняют свои антигенные свойства. Например, исследования в питательной среде проводились более 5 лет. Кортикальный слой, цитоплазма и мембрана состоят из трех слоев, поддерживающих внешний вид микроорганизмов. В цитоплазме гонококков много рибосомных (белковых фабрик) гранул, включений уадро. В последние годы было обнаружено, что гонококки имеют капсулоподобную часть вокруг коры головного мозга. Это позволяет отделить каждый кокс друг от друга. Исследования под электронным микроскопом показали, что гонококки имеют сеть тонких нитей в стебле гонококка, которые поглощают генетическую информацию и определяют вирулентность микроорганизма. есть идеи.

Гонококки обычно выбирают определенные питательные среды для своего роста и размножения, поэтому они не растут в нормальных условиях. Наличие ок.сила (асцитической жидкости) для их роста необходим. Например, в кислых условиях асцит возникает при температуре 36–37 ° C, и асцит для них является лучшей питательной средой.

В естественных условиях животные не заражаются словом, Изучение прививки им лошадей малоэффективно. В последние годы некоторые исследования показали, что всадники могут управлять обезьяной.

Болезни способы обучения. UUkorida мы гонококки Мы уже упоминали, что они очень устойчивы к торговле со стороны человеческого тела. Слухи распространяются главным образом на здоровых людей, когда они занимаются сексом с пациентом. Источником

заболевания являются пациенты, которые не подозревают о дефекте речи или имеют хронический дефект речи. В частности, женщины могут долгое время не подозревать о том, что они больны. Слово, обозначающее мужчин старшего возраста. Чаще всего встречается во время полового акта. Половой акт с незащищенными людьми также вызывает заболевание, при котором гонококки поражают слизистые оболочки тонкой кишки или ротовой полости. Так обстоит дело с гомосексуалистами. Иногда в результате несоблюдения правил личной гигиены девушками с нарушениями речи,

Сучья гонококки из орального сообщения - это миндалины и глотка. первичный слой слизистой оболочки может быть поврежден. Полость рта без ведома инфекции половых органов маленьких детей В литературе сообщалось, что Гонококковый конъюнктивит практически отсутствует у взрослых, и пациент, не соблюдающий личную гигиену, может заразиться пеплом. Наблюдения показывают, что почти у 95-99% пациентов с ревматической лихорадкой он развивается в результате полового акта.

Патогенез. К слову нет ни врожденного, ни приобретенного иммунитета. Пациент, избавившийся от болезни костей, может снова заболеть.

Анализ крови пациентов с гонореей показали, что они содержат антитела, связывающие комплемент, но они не предотвращают повторное инфицирование. Человек может несколько раз заболеть гонореей (повторное инфицирование)). При острой речи большинство гонококков локализуется в цитоплазме лейкоцитов. , ускоряется фагоцитоз; при котором фагоцитоз остается неполным, а гонококки продолжают делиться внутри лейкоцитов, что приводит к разрыву цитоплазмы лейкоцитов и выходу гонококков. Такой фагоцитоз не защищает организм от инфекции, а скорее защищает специфический иммунитет микроорганизмов от гуморальных факторов. Гонококки в полиморфных лейкоцитах могут инфицировать органы и ткани. Химиотерапевтические препараты,

Основной патологический процесс в речи обычно является причинным. начинается там, где входит ламчи. Исходя из этого, различают генитальный, экстрагенитальный и метастатический. Метастатическая гонорея является осложнением генитальной и экстрагенитальной гонореи. Гонококки поражают цилиндрический эпителий слизистых оболочек мочевыводящих путей (уретра, шейка матки, слизистые оболочки, слизистая оболочка, прямая кишка). Как только гонококки попадают, они плотно цепляются за ворсинки клеток в одном и том же месте, чтобы инфицированный человек не выпал при мочеиспускании; гонококки в слизистой оболочке уретры, в межклеточном пространстве, через 3-4 дня достигают субэпителиальной соединительной ткани и продлевают процесс воспаления. В этом случае лейкоциты, на которые попадают гонококки, Начинается миграция лимфоцитов и плазматических клеток, вызывающая секрецию шлаков из уретры. Иногда микроорганизмы попадают в избыток яйцеклетки и лигируют ее. Патоген также может передаваться лимфогенным путем. Время от времени происходит гематогенное распространение. Гонококки быстро убиваются сывороточным фактором крови человека. Гонококковый сепсис может возникнуть при нарушении иммунных и бактериоидных химических функций организма. У женщин гонококки сначала поражают уретру (уретру).ра),поражает шейку матки, затем матку и маточные трубы, а также яичники. Гонотоксин, выделяемый гонококками, вызывает у пациента головную боль, потерю аппетита, анемию. Суставы, нервная система и другие органы поврежден.

Мужская гонорея . У мужчины, вступающего в половую связь с женщиной, больной гонореей, через 3-5-7 дней инкубации из уретры начинает отделяться желтовато-фиолетовый гной. Инкубационный период болезни иногда длится 2-3 недели. Если заболевание старше 2 месяцев, его называют хроническим туберкулезом. Пациенты, у которых заболевание не диагностировано, также относятся к хронической форме болезни. У некоторых пациентов, несмотря на наличие гонококков, заболевание протекает бессимптомно без каких-либо субъективных или объективных симптомов, таких как латентные или гонококковые носители. По мнению многих специалистов, бессимптомная

речь в последние годы стала более распространенной. Существуют следующие формы мужской речи: 1. Новая речь, а) острая, б) умеренно острая, в) замшевая (торпидный тип). 2. Хроническая речь. 3. УАширин (скрытое) слово.

Острая гонорея уретрит. Пациент ощущает зуд, покраснение и легкое раздражение в передней части уретры. Эти субъективные симптомы особенно раздражают, когда пациент мочится по утрам. Уретральный канал набухает с гиперемией. В моче появляются слизь и гной. Постепенно больное мочеиспускание, боли, скованность. жалуется на раздражительность, боли при эрекции. Слишком много из мочеиспускательных путей. Желтовато-пурпурный гной возникает из-за его затвердевания при построении полового тела, боли при надавливании. можно почувствовать. В процессе воспаления выделяемая кровь смешивается и становится желтовато-коричневой. При словесном уретрите необходимо определить, поражен ли только передний мешок уретры или же поражение также находится в его задней части. Для этого проводится тест на две чашки: пациент сначала мочится в одну чашку, а затем в другую, при этом удаляется только передняя часть уретры. При раздражении гной потечет в первый стакан, а моча во втором стакане будет прозрачной. колаверади. Если задняя часть уретры также повреждена, моча в двойной чашке также будет мутной. К третьей неделе болезни субъективные и объективные симптомы, признаки воспаления, гнойные выделения самопроизвольно уменьшаются. По истечении 3-4 недель болезни воспаление мочеиспускательного канала. от переднего отдела уретры и острой тотальной уретры позвоночника обостряется. Симптомы поражения передней части уретры сопровождаются симптомами ее задней уретры. Обостряются симптомы заболевания (уретроцистит). Пациент часто мочится, при мочеиспускании ощущает боль, может быть кровь в моче (терминальная гематурия). Поражение задней уретры иногда может проходить бессимптомно. Выявляются такие пациенты с помощью теста из двух чашек, при котором цвет мочи в обоих стаканах бледный (общая пиурия), слизистая, гнойная, выделяется только утром. В стекле в моче появляются одна или две гнойные нити (полугнойная моча). Больные жалуются на раздражительность, сокращение в этой области перед мочеиспусканием. Хотя большинство пациентов чувствуют боль, процесс может переместиться в заднюю часть уретры. Задняя часть уретры имеет две чашечки. определяется тестом, при котором моча в обоих стаканах становится мутной (общий уретрит) Острый уретрит.

помимо вербального уретрита и торпидного уретрита наблюдается также уретрит средней степени остроты. Его симптомы расположены между двумя уретритами. При остром ревматическом уретрите поражается задняя часть уретры, обычно предстательная железа и фолликулы яичников, что затрудняет лечение, наблюдаются судороги, потеря аппетита, общая слабость. Эти симптомы возникают в результате попадания гонококковых токсинов в кровотоки.

Хроническая гонорея . Если вовремя не лечить пациента или если водопад лечить, а также не соблюдать диету и режим лечения, процесс прогрессирует от острого до хронического. То же самое наблюдается, когда гонококки устойчивы к лекарствам или обладают низкой реактивностью.

Хроническая речь похожа на вялую по своим субъективным и объективным признакам. У 60% больных хроническим ревматизмом симптомы менее выражены. Иногда встречается хроническое слово. В частности, если больной ест острую, соленую пищу, употребляет алкоголь, занимается сексом, воспаление усиливается. При повторении процесса клиническая картина заболевания похожа на острую или среднюю. Точный диагноз ставится на основании анамнеза заболевания у таких пациентов. На основании хронической речи уретры поражается с головы до ног, при этом очаг воспаления расширяется и сужается. ради. Увеличение изначально состоит из мягкого воспалительного инфильтрата, который постепенно затвердевает, как рубцовая ткань, и мочеиспускательный канал может сужаться. Если схватки сильные, мочеиспускание больного болезненное и процесс мочеиспускания затягивается, после чего выделяется несколько капель мочи; Возникает резкая боль внизу живота, нарушение половой функции. Обычно у больных ревматизмом сохраняется то или иное осложнение.

Гистопатология. Моча в остром периоде болезни В ткани вертикального канала наблюдаются морфологические изменения, характерные для всех поражений. Диффузные экссудативные изменения эпителия, местами наблюдаются эрозии полости рта. Под слизистой оболочкой образуется инфильтрат плазматических и лимфоидных клеток. В криптах Моргана и лимфатических железах накапливается гной (Litterite, Morga-nit), продукт воспаления, состоящий из полиядерных нейтрофилов и эпителиальных клеток. В их выходных трубках появляются псевдоабсцессы. В хронических случаях к экссудативным поражениям добавляются пролиферативные изменения. Инфильтраты располагаются в топке под слизистым слоем. В этих местах появляются фибробласты, лимфоидные и плазматические клетки. Иногда есть мягкие инфильтраты, иногда есть инфильтраты твердых тканей с добавками.

Осложненная гонорея у мужчин .Стриктура мочевыводящих путей (стриктура уретры) или рубцевание уретры возникают в основном в переднем отделе уретры; продлевается акт мочеиспускания, истощается отток мочи, у больного затрудняется мочеиспускание, появляется чувство раздражительности; даже после того, как больной помочится, выделяется одна-две капли мочи. Благодаря использованию современных методов лечения стриктуры уретры в последние годы практически перестали существовать. Вербальный простатит вызывается спорадическим лечением, часто в результате нарушения диеты и лечения. Гонококки проникают в предстательную железу через выходной тракт. Такой катаральный простатит протекает бессимптомно. Ночью яд часто сжимается, моча мутная, иногда, хотя и прозрачная, появляются высыпания. создается впечатление, что задняя часть уретры вульгаризирована (задний уретрит). С утра состояние ухудшается, препарат подсыхает, снижается аппетит. Возникает резкая боль внизу живота, понос, запор. Температура тела достигает 38-39 ° С, часто ночью появляется ощущение покалывания, в стеклянной пробе обе части мочи мутные, в стуле гной. При осмотре через прямую кишку (ректально) больной жалуется на боли. ., предстательная железа твердая и увеличена до серого цвета (паренхиматозный простатит), поражения более выражены, иногда размером с горошину или больше., возникают болезненные узелки при надавливании, а также возникают абсцессы в железе (фолликулярный простатит) и разрывы уретра или прямая кишка. В то же время пациенты мочеиспускания и мочеиспускания, мочевыводящие пути, одеяла, жалуются на боли в ягодицах. Повышается температура тела. Следует соблюдать осторожность при обследовании предстательной железы. Признаком острого простатита после правильного и планового леченияисчезнет. При неправильном лечении острый простатит или хронический вербальный уретрит может перейти в хронический простатит. Гонококки иногда присутствуют в предстательной железе в течение длительного времени и не проявляют никаких объективных или субъективных симптомов. Это часто наблюдается при длительном или хроническом оральном уретрите. Клиническая картина хронического простатита полиморфна. Больные жалуются на сильную боль в области поясницы, раздражение уретры, частое недержание мочи, выделения из простаты после дефекации, сексуальную дисфункцию, эректильную дисфункцию, преждевременную эякуляцию. Заболевание сохраняется с небольшой гиперемией устья уретры, а по утрам - незначительными слизистыми гнойными выделениями; во второй порции моча мутнеет. Хронические язвы сохраняются долго даже после устранения гонококков с помощью антибактериальной терапии. По мнению ученых, причиной являются нейродистрофические изменения тканей предстательной железы, аутоагрессия и двусторонние инфекции. Диагноз хронического простатита подтверждается только после исследования самой предстательной железы под микроскопом через прямую кишку. Количество лейкоцитов в секрете больных в мае превышает 40-50, они располагаются скоплениями. Напротив, гранулы лейцина уменьшаются. При катаральном воспалении предстательная железа менее чувствительна к пальцам, а при фолликулярных изменениях ощущаются узелки от затвердевания. При хроническом паренхиматозном простатите может увеличиваться часть или вся железа. перевязки (везикулярная собака, сперматоцистит). Эпидидимит также встречается у 10% пациентов. Гонококки проходят из задней части уретры на слизистую оболочку через семенные пузырьки, где они уменьшаются антиперистально, вызывая эпидидимит полости рта. Даже если задняя часть уретры не повреждена, гонококки могут проходить туда из передней части через лимфатический и кровоток. Повреждение избытка муака начинается внезапно: кожа муака

становится красной, опухшей, опухшей, избыток муака становится увеличенным, твердым и болезненным. Всхожесть семян снижается до нуля и превращается в пепел в виде плотной системы. У больного наблюдается повышение температуры тела, головная боль, общее недомогание, бессонница. Муак обычно остается без изменений, иногда его оболочка (гидроцеле, острый периорхит) слегка повреждается. Поврежденные волоски лезвия не возвращаются в исходное состояние. Инфильтраты Mouak Ortign в области хвоста полностью не удаляются, остается твердый рубец - это сперматозоид. тормозит движение s; при обоих муаках избыток ual-liglansa возникает azospermia и наиболее опасным осложнением этого слова является бесплодие.

Гонорея у женщин клинические проявления и течение цинка Он немного отличается от мужского тем, что обусловлен различиями в строении мужских и женских мочевыводящих органов. У женщин инфекции полости рта могут повредить уретру, бартолиновые железы, шейку матки, а также прямую кишку. В последние годы изменения клинических симптомов заболевания находят отражение в эпидемиологии, диагностике и лечении заболевания. В частности, диагностика гинекологической речи обусловлена тем, что 75-80% ее субъективны. становится все сложнее. Инфекция передается в основном половым путем. В чрезвычайной ситуации пациенты могут столкнуться с предметами, которые они используют (полотенца, нижнее белье, постельное белье и т. Д.). Гонококки выживают в гное суставов до 24 часов. Во время полового акта с больным гонококки сначала попадают в уретру, затем ба.хадон падает на шею и делает их вульгарными. Тогда большеповреждаются вестибулярные железы и овечья часть прямой кишки. Иногда слизистые оболочки прямой кишки и полости рта могут быть источником инфекции, когда заболевание передается.

После вылупления гонококков болезнь прогрессирует до 3-5 дней. Иногда этот период длится 14-15 дней. Из-за слабости субъективных симптомов заболевания женщины не могут определить время заражения. В зависимости от клинического течения женская речь различается не меньше, чем мужская: 1. Новая речь (острая, средне-острая, узкополосная). 2. Хроническая речь (речь продолжается более двух месяцев). Тело мочи Если туберкулезом поражен только сфинктер пищевода (пуповина, бартолиновые железы, уретра, шейка матки), это не является осложнением, так как поражается также внутренняя часть матки, яичниковая артерия и другие органы. называется крапивницей. У женщин течение речи бывает острым и хроническим. Позвоночный уретрит наблюдается у 71-96% женщин с заболеванием, что в основном связано с короткостью (3-4 см) и шириной (в 1,5 раза шире, чем у мужчин) женской уретры. В острой фазе заболевания пациенты жалуются на колющие боли в уретре, а в хроническом периоде - на частое болезненное мочеиспускание.

Линза симптомы. Вход в уретру гиперемирован, опух, инфильтрирован и болезнен при надавливании. Сезилади, ОК. ЯШ идет с желтоватым разделением. Парауретральные пути стираются и превращаются в узелок пепла. При неосложненной речи у женщин обычно наблюдается словесное обострение шейки матки (почти 90-90% при острой речи и 94-98% при хронической речи). Пуповина шейки матки становится красной и опухшей, из пупка выходит слизистый гной, образуются эрозии полости рта. При хроническом процессе отек и эрозия фолликулов встречаются чаще, чем гиперемия. Общее состояние больных не сильно меняется, в основном жалуются на усыхание, раздражительность, отделение шлаков.

Воспаление вульвы и влагалища в полости рта встречается редко, поскольку слизистая оболочка этих органов покрыта многослойным эпителием уасен, устойчивым к инфекции полости рта. Вербальные и вагинальные поражения вульвы и влагалища наблюдаются только у молодых девушек, беременных женщин и женщин в период менопаузы. Малые половые губы опухшие, липкие, иногда потрескавшиеся и размытые. Пациент жалуется на боли, тошноту, раздражительность и выделения. было ноль. При добавлении вторичной инфекции наблюдается частичный регионарный лимфаденит.

Существует шесть различных клинических проявлений увеличения больших вестибулярных желез: длинная канальцевая собака, канальцевая собака, ложный абсцесс, истинный абсцесс, опухоль больших вестибулярных желез (kista), nodos (узел) типа.

При поражении небольшой части протоков поджелудочной железы (канальцевая собака) участок становится красным, видны красные пятна, а при надавливании на эти пятна возникают гнойные выделения. Повреждение тела железы (абсцесс, опухоль) проявляется в виде очень раздражающей опухоли, которая очень болезненна и раздражает при сдавливании опухоли. Постепенно он может перейти в абсцесс. Истинный абсцесс образуется из-за добавления к гонококкам вторичных микроорганизмов. При этом ухудшается общее состояние больного, резко ограничиваются движения, повышается температура тела. Их лечат хирургическим путем. Иногда наблюдается уменьшение воспаления больших вестибулярных желез, их закупорка блокируется, затем появляется горошинка или более крупная шаровидная, мягкая. возникают опухоли (кисты). Опухоли не вызывают боли, не беспокоят пациента, выходит мама.

У карига восходящее слово. Если диета и режим нарушены (половой акт, тяжелые физические нагрузки), если вовремя не лечить, если сопротивляемость организма ослаблена, незамысловатое слово может превратиться в сложное слово. Восходящий процесс - это самая тяжелая форма речи, обычно начинающаяся во время первой или второй менструации после болезни. Острая речь встречается в 6-9% случаев острой речи и 28-30% случаев хронической речи (Е. Н. Туранова, 1972). Х в наши дни встречается гораздо реже.

Клиническая картина аналогична другим воспалительным процессам у женщин. В этом случае боль преимущественно внизу живота, характер боли зависит от места воспаления. У больного тошнота, рвота, жар и озноб (сальпингоофорит, пельвиоперитонит). При воспалении матки появляется много слизистых, серозных выделений и кровянистой жидкости. Особенно, если у пациентки уже есть другие гинекологические поражения (ред. некроз, маточное кровотечение, эрозия шейки матки), при которых заболевание протекает более тяжело.

Восходящее слово - слизистая оболочка матки, mus-зола (эндометрит, эндомиометрит), маточные трубы (сальпингит) и яичников (оофарит) возможный. В частности, разрыв маточных труб из-за двусторонней речи, разрыв маточных труб и бесплодие при пироварде.

Гонорея у девочек . В основном это наблюдается у девочек в возрасте 2-8 лет. К, следы словесно больных матерей, родственников или Обычно они передаются половым путем от женщин, которые за ними ухаживают. При нарушении личных и общих санитарных правил, а также лежачая в одной постели с пациентом, удалите мусор, загрязненную ванну, ванну, полотенце. Заболевание также может передаваться через Заболеваемость этим заболеванием составляет 85-95%. Основным источником заражения девочек из уст в уста является мать. У 80-93% девушек слово острое. В отличие от слова женщины. У девочек поражаются в основном участки мочевыводящих путей, покрытые многослойным эпителием уретры. Поражения матки и придатков обычно не наблюдается. Инкубационный период заболевания непродолжительный, длится 3 дня. У пациентов с мультифокальным воспалением почти 100% пазух и пазух, 85% уретры, В 50-82% случаев повреждается слизистая оболочка прямой кишки. Клиническая картина заболевания зависит от реактивности микроорганизма и вирулентности гонококков. При оральном вульвите отекает кожа больших и малых половых губ. слизистая оболочка покрыта гнойной жидкостью, клитор и девственная плева опухшие. Мочевыводящие пути также гиперемированы и обостряется словесный уретрит. В этом случае из уретры выходит гной, часто наблюдается стеснение уретры и боли при мочеиспускании. У девочек до шести лет нет воспаления больших вестибулярных желез, может быть наружный сфинктер прямой кишки. поврежден. В этом случае скрученная часть наружного сфинктера становится гиперемированной и опухшей. В этой области появляется сморщивание, болезненность при мочеиспускании, иногда небольшие трещинки. Во влагалище слизистая влагалища набухает и краснеет, выделяется большое количество гнойной жидкости, поражающей межклеточное пространство и внутреннюю поверхность бедра. Хроническая гонорея у девочек встречается редко. Общее состояние большинства девушек немного меняется, они становятся вялыми, раздражительными, теряют аппетит, онемели в области бедер. В некоторых случаях субъективные и объективные особенности речи девочек могут быть менее выраженными и могут сопровождаться эпизодами мочеиспускания.

Лечение. Логопедия требует, чтобы специалист уметь одновременно применять антибактериальные, иммунотерапевтические, местные и физиотерапевтические процедуры; Например, в случае неосложненной речи его лечат только антибиотиками, а в случае сложных и хронических форм требуется комплексное лечение. Тип, количество и способ введения препарата основаны на «Руководящих принципах» 1996 г. для лечения и профилактики гонореи». За 20-30 минут до приема внутрь гонококковые антибиотики для предотвращения аллергических реакций дают антигистаминные препараты, дифенгидрамин, пипольфен и др. У мужчин и женщин с острым ревматизмом курс лечения бензилпенициллином составляет 6 миллионов ТБ. У мужчин с неотторжением и острыми осложнениями курс лечения восходящей и хронической речи достигает 10–12 млн ТБ. Лечение проводится большими дозами для создания высокой концентрации антибиотика в крови пациентов, первая инъекция вводится внутримышечно при 600 000 ТБ, а вторая при 400 000 ТБ каждые 3 часа. Бисиллин-1, Бисиллин-3, Бисиллин -5 единоразово. При 600 000 ТБ принимайте однократную дозу 1 200 000 ТБ в течение 24 часов между 6 инъекциями. Интервал 48 часов. Острые, умеренно резкие и резкие слова у мужчин стоят 4,8 миллиона ТБ, в то время как другие формы речи обходятся в 6 миллионов ТБ по сравнению с 600 000 ТБ каждые 24 часа.

Ампициллин (курс лечения 8,0 г), ампиокс 0,5 г каждые 4 часа 4-5 дней, оксациллин (курс лечения от 0,5 г до 5 раз, всего 10,0 г), хлорамфеникол 3,0 г в сутки, курс лечения 8,0 г, тетрациклин 8,0 г., курс лечения. Антибиотики-макролиды Широко используются: эритромицин от 400000 ТБ до 5-6 таблеток, всего 10 миллионов ТБ, олететрин, всего 6 миллионов ТБ, эрициклин, всего 3,0 г. Рифампицин - искусственный антибиотик от 0,3 г (первые 0,6 г), каждые 6 часов За 30-60 минут до еды курс лечения 3,0 г. Лечение пенициллином не дает результата, либо при непереносимости этих препаратов назначают сульфаниламиды: сначала сульфонаметоксин и сульфат. Вводят фа-диметоксин 1,5 г в течение двух дней трижды в день по 1,0 г в последующие дни, на общий курс лечения 15,0 г. Бисептол принимают по 4 таблетки каждые 6 часов, общий курс лечения составляет 16 таблеток (7,68 г). Анти, когда болезнь затягивается или осложняется количество бактериальных препаратов увеличивается вдвое. При гонококковом сепсисе, ревматоидном артрите и пельвиоперитоните бензилпенициллин назначают из расчета 6-10 млн ТБ в сутки в течение 7-10 дней. Для повышения реактивности пациентов на инфекции, специфические (гонококковая сыворотка) и неспецифические (пирогенные, аутогемотерапия, левомизол, оротат калия, метилурацил) Помимо лекарств разработаны меры местного лечения. Мочевыводящие пути промывают раствором перманганата калия в соотношении 1: 6000, 1: 10000; В канал вводят 0,25% раствор нитрата серебра или 1-2% раствор проторгола (инстилляция). В уретру вводится металлическая шина и помещается тампон. Особенно физиотерапевтические (парафинотерапия, диатермия, электрофорез, частотная терапия уук.ори, массаж и т. д.), лечение вместе очень полезно. Лечение детской речи почти такое же, как и у взрослых, но рекомендуется лечь на лошадь. Антибиотики варьируются от 200 000 до 500 000 ТБ каждые 3-4 часа, в зависимости от возраста и веса. верхом. Говоря хронически, дети старше 3 лет болеют гонококками, у которых ранее было 50-100 миллионов микробных тел. Иммунотерапия не рекомендуется детям до трех лет. В зависимости от ситуации назначается местное лечение. Критерии вербального восстановления: чтобы определить, есть ли у пациента словесная потеря, через 7-10 дней после окончания лечения проводится комбинированное провокационное обследование. Этот метод основан на обнажении поврежденных печей (остатков печей). В течение трех суток (24, 48, 72 часа) после провокации жидкость, выходящая из области травмы, исследуется в лаборатории. Если результаты анализов отрицательные, через месяц повторяют провакасиуа уана. Бактериологические исследования следует проводить в зависимости от условий. Отсутствие клинических признаков этого слова и отрицательные результаты исследования жидкости из пораженного участка позволяют считать пациента излеченным. Пациенты, у которых появилась речь, будут находиться под наблюдением диспансеров и лабораторных исследований в течение 2 месяцев. За женщинами наблюдают как минимум в течение двух менструальных циклов. Если источник инфекции не установлен, пациентки находятся на учете в течение 6 месяцев, после чего исключаются. Иногда, когда есть

подозрение, что это может быть словесная инфекция раны, они исследуются на серологию раны в этот период.

Трихомониаз мочеполовой системы.

Трихомонадная инфекция мочевыводящих путей - одно из самых распространенных паразитарных заболеваний. рассчитывается. По данным авторов, ежегодно во всем мире этим заболеванием страдает 180-200 миллионов человек. Заболевание обычно поражает как мужчин, так и женщин, но частота симптомов у мужчин выше, чем у женщин. построено.

Согласно классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (Женева, 1984 г.), трихомониаз не входит в список венерических заболеваний, но входит в число заболеваний, передающихся половым путем, таких как хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез. Ка-саллик вызывается вагинальной трихомонадой. Трихомонада - это простой одноклеточный паразит, относящийся к классу хивчин. В течение долгого времени трихомонады были обычным безвредным микроорганизмом, обнаруживаемым у женщин на протяжении многих лет. система считалась ларданом. Но сначала Нюэпп (1916), а затем Сарек (1927) с женщиной, больной трихомониазом.наблюдали развитие трихомониазного уретрита у двух мужчин, имевших половой акт, и заявили, что и мужчинам, и женщинам необходимо лечить вместе, чтобы вылечиться от болезни.

Этиология и патогенез i. Источник заболевания - пациент; половым путем передается здоровым людям, чаще у женщин. трехлучевой. Из-за ректальной и орогенитальной взаимосвязи заболевание не возникает, поскольку трихомонады ки не могут инфицировать полость рта и прямую кишку. Бесполое образование встречается редко. У детей заболевание передается от матери к ребенку во время родов: в отличие от гонококков, поражающих цилиндрический эпителий, трихомонады поражают только эпителиальные клетки уретры. У мужчин трихомонады - это слизистая оболочка уретры. оставляет капилляры и лакуны. Трихомонады также проникают в предстательную железу, где они могут усугубить клинические признаки простатита. По имеющимся данным, у 25-30% больных развивается трихомониазный простатит, трихомонады не выделяют эндо- и экзотоксины. но они прикрепляются непосредственно к клеткам макроорганизма и заражают их. Паразитарные свойства трихомонад прекрасно изучены. В частности, при введении мертвых трихомонад в уретру здорового человека не происходит процессов лигирования ua. Иногда трихомонады, попадающие в уретру мужчины, не вызывают клинических изменений (бессимптомная инфекция) или через определенный период времени трихомониаз самопроизвольно исчезает (преходящее носительство) или умирает. Заболеть трихомониазом Трихомонады, не вызывающие там клинических изменений (бессимптомная инфекция), или трихомониаз, который самопроизвольно исчезает с течением времени (временное носительство) или умирает. Заболеть трихомониазом Трихомонады, не вызывающие там клинических изменений (бессимптомная инфекция), или трихомониаз, который самопроизвольно исчезает с течением времени (временное носительство) или умирает. Заболеть трихомониазом Хотя в организме присутствуют различные сывороточные и секреторные антитела, иммунитет нестабилен. Следовательно, рецидив заболевания трихомониазом возможен.

Вагинальный трихомониаз очень устойчив к антибиотикам и сульфаниламидам, которые их не убивают. Они переваривают кокки и палочки без фагоцитоза.вакуоли. Таким образом они предотвращают лечение вторичных инфекций антибиотиками. Электричество трихомониаз из-за исследований под микроскопом переваривание полейналичие гонококков в вакуолях (Н. М. Овчинников, В. В. Делекторский). Но трихомонада В организме нет протеолитических ферментов, которые могут расщеплять гонококки, поэтому гонококки продолжает развиваться внутри и в конечном итоге дает трещины. Когда трихомониаз сопровождается словесной инфекцией, трихомонады могут быть источником гонореи. Поэтому лечить трихомониаз нужно сразу.

К л и н и к а. Острый период трихомониаза может длиться от 3-7 дней до 3-4 недель, в среднем 10-15 дней, иногда дольше.

Менструация у женщин, а также у мужчин, употребляющих острую или соленую пищу или употребляющих алкоголь, может вызвать заболевание. Выделяют следующие клинические проявления трихомониаза:

1. Трихомониаз мочеполовой системы: а) острый, б) умеренно острый, в) торпидный (редко симптоматический) трихомониаз.
2. Хронический трихомониаз (когда болезнь длится более 2 месяцев).
3. Бессимптомный трихомониаз.

У мужчин трихомониаз проявляется уретритом, простатитом, эпидидимитом и другими клиническими проявлениями.

При трихомониазе уретрит обычно протекает бессимптомно, и пациент может этого не замечать, а иногда наблюдаются небольшие выделения из уретры. Больной часто мочится. Уретра отекает, область небольшая и раздражается. Иногда пациент чувствует раздражение после полового акта. В частности, симптомы уретрита очень тяжелые. В инкубационный период 3-4 дня гной выводится из уретры, моча пациента становится мутной. При этом он очень похож на острый острый уретрит. В ходе заболевания процесс воспаления может распространяться из переднего отдела уретры на заднюю часть предстательной железы, семенных пузырьков, слизистых оболочек и мочевого пузыря, а также на почечную лоханку. быть уменьшенным. Постепенно заболевание переходит в хронический уретрит, иногда с обострениями. Такие пациенты являются носителями заболевания. Если больной трихомонадным уретритом не лечится должным образом или не соблюдает режим лечения и диету, у них будут осложнения (5-10%) стриктура уретры, рубцевание. Трихомонадный простатит развивается как первичное хроническое воспаление. Симптоматический пациенты считают себя здоровыми; профи. Диагноз ставится после обнаружения трихомонад в секрете стата. Пациент жалуется на тяжесть, частые спазмы от яда, клиентскую слабость, нейростенические изменения в межклеточном пространстве. Более 40% больных трихомониазом страдают простатитом. При трихомониазе эпидидимит патологический процесс находится в хвосте и теле яичника, а воспалительный процесс часто отсутствует. Большинство болезней - это внезапное начало лихорадки и боли. начинается с Трихомонады инфильтрируют эпителий яйцевода и интерстициальную ткань. Иногда процесс сопровождается перевязкой слизистой оболочки (орхоэпидидимит). При трихомонадных пузырьках, куперите и цистите клинические симптомы не видны, но проходят. Трихомониаз приводит к сексуальной дисфункции (5-6%). При женском трихомониазе воспаление преимущественно в нижних мочевыводящих путях (98,9%), вагинит, вульвит, вульвит, уретрит, бартолинит и такие клинические проявления, как эндоцервицит. Она отличается от мужчин тем, что имеет множественные очаги и встречается чаще. После начала болезни пациентка жалуется на сморщивание и раздражение наружных половых органов, выделения из влагалища. Отходы имеют чашевидную форму, иногда слегка смешанные с гноем. Влагалище женщин, которые не держат себя в чистоте, пахнет пеплом, внутренняя часть влагалища резко опухает и опухает; в складках больших половых губ появляются небольшие эрозии. Иногда интервал, Отшелушивайте кожу вокруг заднего прохода. Симптомы заболевания особенно серьезны при уретрите. В инкубационный период 3-4 дня гной выводится из уретры, моча пациента становится мутной. При этом он очень похож на острый острый уретрит. По ходу заболевания процесс воспаления может распространяться из переднего отдела уретры на заднюю часть предстательной железы, семенных пузырьков, слизистых оболочек и мочевого пузыря, а также почечной лоханки. При остром трихомониазном уретрите жидкость секретируемый из уретры спонтанно через 1-2 нед. уменьшился, возможно обнаружение симптомов заболевания varx.am. Постепенно заболевание переходит в хронический уретрит с эпизодическими приступами. Такие пациенты являются носителями болезни. Если пациент с трихомониазным уретритом не получает должного лечения или не соблюдает режим лечения и диету, у него будут такие осложнения, как стриктура уретры (5-10%), рубцевание. Трихомонадный простатит развивается как первичное хроническое воспаление. Повреждение предстательной железы часто меньше симптоматический и пациенты считают себя здоровыми; профи. Диагноз ставится после обнаружения трихомонад в секрете стата. Пациент жалуется на тяжесть, частые спазмы от яда, слабость клиента, нейростенические

изменения в межклеточном пространстве. Более 40% людей с трихомониазом страдают простатитом. При трихомониазе эпидидимит патологический процесс находится в хвосте и теле яичника, а воспалительный процесс часто отсутствует. Большинство болезней - это внезапное начало лихорадки и боли. Начинается с Трихомонады инфильтрируют эпителий яйцевода и интерстициальную ткань. Иногда процесс сопровождается перевязкой слизистой оболочки (орхоэпидидимит). При трихомонадных пузырьках, куперите и цистите клинические симптомы не видны, но проходят. Трихомониаз приводит к сексуальной дисфункции (5-6%). При женском трихомониазе воспаление преимущественно в нижних мочевыводящих путях (98,9%), вагинит, вульвит, вульвит, уретрит, бартолинит и такие клинические проявления, как эндоцервицит. Он отличается от мужчин тем, что у него много печей и он бывает очень частым. По окончании острой фазы болезни пациентка жалуется на сморщивание и раздражение наружных половых органов, отхождение каловых масс из влагалища. Отходы имеют чашевидную форму, иногда слегка смешанные с гноем. Влагалище женщин, которые не держат себя в чистоте, пахнет пеплом, внутренняя часть влагалища резко опухает и опухает; в складках больших половых губ появляются небольшие эрозии. Иногда интервал, неспецифические препараты, усиливающие подмышечные, а также местные методы лечения проводятся вместе. В курс лечения смешанного инфекционного трихомониаза необходимо добавить антибактериальные препараты. Среди препаратов против трихомониаза - метронидазол (трихопол), флагел, орвагил, клион, тинидазол (фасигин) и наксогин (нимаразол), на практике атрикан. Эти препараты выпускаются в форме таблеток или суппозиториях по 0,25 и 0,5 г. Режим приема метронидазола: по 2 таблетки (0,5 г) 3 раза в день по 8 часов в первый день, 0,5, 0,25, 0,5 г во второй день, третий стакан - 0,5, 0,25, 0,25 г, в четвертый день 0,25 г, 0,25, 0,25 и на пятый день нискуата 0,25, 0,25 и двух максалов, в общем количестве 5 г. Метронидазол рекомендуется принимать по другим схемам. триго니다зол и другие) препараты аналогичны метронидазолу по действию на трихомонады, эти препараты также назначают от 0,5 г по следующей схеме: 1. 2 г на напиток (4 таблетки) 2. Принимать по 0,5 г каждые 15 минут в течение часа (4 таблетки). ТиНидазол и метронидазол не рекомендуются беременным и кормящим женщинам, а также при заболеваниях крови и заболеваниях центральной нервной системы. При острых гонококковых инфекциях и трихомониазе пероральные препараты и препараты от трихомониаза назначают одновременно, а в хронических случаях - сначала с иммунотерапией метронидазолом, а затем с пероральными антибиотиками. После лечения пациент находится под наблюдением в течение 7-10 дней. За самцами наблюдают 2 месяца, за самками - 3 раза до менструации, за девушками - 3 месяца. Повторные лабораторные исследования дают отрицательный результат, и пациент исключается только после полного выздоровления. В целях профилактики трихомониаза следует наблюдать за пациентами в диспансере и, помимо лечения, за теми, кто является источником инфекции,

Хламидиоз и микоплазмоз мочеполовой системы

В последние годы наряду с опасными инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем, такими как гонорея, язвы, отмечены случаи гонококкового (ногонококкового) уретрита (неспецифический уретрит, послеродовой уретрит). По имеющимся данным, такие заболевания вызывают в 2-3 раза больше инфекций мочевыводящих путей, чем в мире, по официальным данным, количество больных этими заболеваниями в мире превышает 750-800 млн. Человек. Объясняется, что 60-65% из них - урогенитальный хламидиоз и микоплазмоз (уреаплазмоз), и эпидемиологический контроль затруднен. На самом деле хламидиоз и микоплазмоз встречаются еще чаще. Однако во многих лабораториях отсутствуют этиологические методы тестирования, у слюнных желез диагностируют неспецифические (без гонококковой инфекции) заболевания, такие как цервицит, уретрит, вагинит, аднексит. В результате пациентка теряет трудоспособность, и даже у некоторых женщин наблюдаются случаи внематочной беременности, смерти новорожденного. В частности, вспышка и распространение болезни на другие органы, вызывающие серьезные осложнения и т. Д., Требуют введения служб контроля пациентов, таких как х, ам, травма. Совершенствуя современную диагностику и лечение заболеваний мочеполовых путей, вызванных хламидиями и микоплазмами, своевременное выявление многих заболеваний неясной этиологии поможет устранить неприятные осложнения.

хламидиоз половых органов

Хламидиоз мочеполовой системы вызывается хламидиозом. Они имеют форму крошечных грамотрицательных кокков, напоминающих прокариотические бактерии; морфологически и биологически он имеет две различные формы и представлен как элементарное и начальное (ретикулярное) тельца (рис. 66). Хламидии проходят фазу развития от 24 до 48 часов и обычно приспособлены к росту внутри и вне клеток. В то же время их патогенные свойства также отличаются друг от друга. Маленькие элементарные инфекционные электронно-твердые нуклеоиды размером 0,2-0,3 мкм встраиваются в ядро клетки, и за счет фагоцитоза клетки-хозяева проникают, а затем и сам хозяин в клетки. Из клеточной мембраны цитоплазмы таких клеток вокруг крошечных телец образуются вакуоли. Маленькие тела превращаются в большие тела диаметром 0,5-7,0 мкм, они твердые, не имеют электронного нуклеоида. В этот же период в них увеличивается количество рибосом и полибозом, увеличивается их размер и они становятся известными бинарным методом. Вышеупомянутое состояние возникает внутри клеточных вакуолей пациента, и таким образом происходит накопление первоначальных тел. Исходные клетки - это паразиты, которые адаптированы для роста внутри клеток-хозяев, что позволяет воспроизводить метаболически активные микроорганизмы, но очень устойчивы за пределами клетки. В этот же период в них увеличивается количество рибосом и полибозом, увеличивается их размер и они становятся известными бинарным методом. Вышеупомянутое состояние возникает внутри клеточных вакуолей пациента, и таким образом происходит накопление первоначальных тел. Исходные клетки - это паразиты, которые адаптированы для роста внутри клеток-хозяев, что позволяет воспроизводить метаболически активные микроорганизмы, но очень устойчивы за пределами клетки. В этот же период в них увеличивается количество рибосом и полибозом, увеличивается их размер и они становятся известными бинарным методом. Вышеупомянутое состояние возникает внутри клеточных вакуолей пациента, и таким образом происходит накопление первоначальных тел. Исходные клетки - это паразиты, которые адаптированы для роста внутри клеток-хозяев, что позволяет воспроизводить метаболически активные микроорганизмы, но очень устойчивы за пределами клетки.

Хламидиоз включает три вида: Среди них более распространены *SIatusNa Igaspotai*. Они передаются половым путем и вызывают заболевания мочеполовой системы. Иногда хламидиоз может проникать на слизистые оболочки глаза в домашних условиях и вызывать воспаление. А у младенцев это часто родинка. В процессе этого пациент умирает от матери. В большинстве случаев клинические симптомы заболевания проявляются в виде конъюнктивита, пневмонии, иногда гастроэнтероколита, артрита. Хламидиоз мочеполовой системы может наблюдаться более чем при 20 синдромах клинических проявлений заболевания, гонококковых или пост-гонококковых. гонококковый уретрит, эпидидимит, проктатит, цервицит, сальпингит, перигепатит, инфекция глотки, зотиям, отит, вульвовагинит и другие патологические состояния. Хламидийная проницаемость маточных труб у женщин,

Клиника. Хламидиоз мочеполовых органов (urogenital chlamydia) и микоплазмоз клинически схожи с гонореей, трихомониазом, но со специфическими симптомами. лан это фарк. делает. В этом случае припухлость резкая или замшевая, больше. Осложнения более устойчивы к антибактериальным предшественникам. Болезнь в основном передается половым путем. Инкубационный период составляет 2,0-30 дня, иногда этот период незначительно варьируется. В зависимости от течения урогенитального хламидиоза в первую очередь (уанги)и хронические; Клинически - острая, средне острая и торпидная; болезнизи в зависимости от степени тяжести - легкие, средние и тяжелые xi-s. В зависимости от расположения очагов воспаления можно разделить на хламидийный уретрит, простатит, эпидидимит, цервицит, оофарит, сальпингит и другие. Чаще всего поражаются одновременно несколько мочевыводящих и половых органов.

В острой фазе заболевания наблюдается гиперемия во рту и слизистых оболочках уретрального канала и отхождение слизистых незначительно гноя. У женщин также повреждается уретра овцы, из пуповины выделяются гнойные выделения; Пациент жалуется на частое мочеиспускание и мочеиспускание, нередко хроническая форма заболевания. У

них мало острых симптомов заболевания, но много слизисто-гнойных выделений. Это особенно актуально, если вы длительное время употребляете алкоголь или острую пищу. Уретра становится гиперемированной, пациент ощущает раздражение и боль при мочеиспускании. УАИ Процесс перевязки может достигать бретральных желез.родня, иногда повреждаются железы Купера. Пациент испытывает мучительную боль в паху и вокруг ануса. Хламидийный простатит часто бывает хроническим или торпедным, а в очень редких случаях может быть острым. Vunda beутренний уретральный канал устья всегда озрок. придерживаясь разделенияКогда он мочится и мочится, у него появляются выделения. Иногда увеличивается количество вечернего диуреза. В большинстве случаев цвет мочи не меняется, но затем становится немного тусклым.Хламидийные везикулы сопровождают простатит или эпидидимит у собаки. Недержание мочи бывает односторонним или двусторонним и обычно проявляется незначительными симптомами. Нестерпимая боль ощущается в малом тазу, к.ов и других областях. Эпидидимит, вызванный хламидиозом, бывает острым, умеренно острым и хроническим. Хронический эпидидимит развивается сам по себе или как осложнение процесса острого или умеренного острого воспаления. Процесс воспаления распространяется на одну или все слизистые оболочки слизистой оболочки, что приводит к орхоэпидидимиту. В результате один, а иногда и оба, отекает, стягивается и становится очень болезненно удерживать. У пациентов с односторонним торпидным орхоэпидидимитом, простатитом, везикулярным собачьим и деферентитом наблюдаются слабость клиента и изменения спермограммы. У женщин, как и у мужчин, хламидиоз вызывает инфекции мочевыводящих путей. Инфекции у женщин часто носят хронический характер и чаще всего выявляются при тщательном обследовании полового партнера на наличие гонококкового уретрита. Поражение протяженное, в случае продолжающихся шейных, уретральных, больших вестибулярных протоков, прямой кишки слегка утолщено. хронические, и наиболее известны при тщательном обследовании полового партнера на гонококковый уретрит. Поражение протяженное, в случае продолжающихся шейных, уретральных, больших вестибулярных протоков, прямой кишки слегка утолщено. хронические, и наиболее известны при тщательном обследовании полового партнера на гонококковый уретрит. Поражение протяженное, в случае продолжающихся шейных, уретральных, больших вестибулярных протоков, прямой кишки слегка утолщено.- можно перевязать. Как и в случае с ногонококковым уретритом, клинические признаки хламидиоза не соответствуют действительности.У женщин возникают боли внизу живота, парестезии, выделения из влагалища, и у большинства из них заболевание начинается бессимптомно. Иногда пациент часто мочится и мочится.чувствует раздражительность и боль при.Обследование женщин с острым сальпингитом выявило у 25% из них хламидийную инфекцию. Хламидийный цервицит выявлен у 10-37% обратившихся в диспансер кожно-половых заболеваний и у 19% гинекологических больных. Хламидиоз обнаружен у 87-88% женщин с гипертрофическими эрозиями. В последние годы было высказано предположение, что хламидиоз также играет роль в развитии рака шейки матки.Хламидии сначала проникают в матку и маточные трубы по шейке матки и вызывают воспаление в ее слизистом, мышечном и серозном слоях. У таких пациенток возникают боли внизу живота, в области ягодиц, а при напряжении брюшной стенки они усиливаются между менструациями. У больного повышается температура (37-37,5 ° C), увеличивается количество лейкоцитов в крови, моче и мази. Осложнения. У большинства пациентов самопроизвольное очищение наблюдается в течение нескольких недель. Однако клиническое изменение этого не приводит к изменению этиологии. У большинства нелеченных пациентов наблюдаются различные осложнения: эпидидимит, орхоэпидидимит, геморрагический цистит, стриктура уретры.

Микоплазмоз мочеполовой системы

Заболевания, вызванные микоплазменными инфекциями, разнообразны, сопровождаются общей интоксикацией организма и поражением различных органов и систем.Микоплазмы мочевыводящих путей вызываются микоплазмами (уреаплазмами). Они в чем-то похожи на вирусы по устойчивости к антибиотикам и бактериальной фильтрации.Микоплазмы - это очень маленькие микроорганизмы, у которых нет собственной клеточной оболочки, как у

бактерий. Они имеют овальную, продолговатую и сферическую форму, размер 0,2-0,3 мкм. Т-штамм микоплазм обладает свойством секретировать фермент уреазу. Он расщепляет мочевины на аммиак и SO₂. Эта особенность уникальна для Т-штамма всех микоплазм. Поэтому такие микоплазмы получили название *ureaplasma urealyticum*. Впервые уреоплазмы были выделены из уретры мужчины с гонококковым уретритом; этио уреоплазм при этом заболевании оказался логичным *achlamydiae*. Поздний эндоцервицит, оофарит, сальпингит, кольпит, преждевременные роды, гибель плода. Также было показано, что уреоплазма играет роль в развитии таких заболеваний, как опоясывающий лишай, мертворождение, бесплодие, уретрит, везикулярная болезнь у собак. Уреоплазмы были изолированы при сепсисе, миа-абсцессе, гломерулонефрите, цистите и простатите. Их важность изучается. Исследование показало, что 40-50% женщин с инфекциями мочевыводящих путей у лошадей и 51,2% мужчин с гонококковым уретритом имели уреоплазмы.

Клиника. Уретрит, вызванный уреоплазмами, не имеет определенной клинической картины. Как и любой гонококковый уретрит (НГУ), он сопровождается меньшим количеством симптомов. В связи с этим сложно определить инкубационный период. У части пациентов (4-5%) клиническая картина воспалительного процесса при уреоплазматическом уретрите похожа на словесную. Инкубация в такую пору болезни. Срок 3-5 дней. Однако в большинстве случаев микоплазменный уретрит бывает умеренно острым или хроническим, а инкубационный период может быть продлен до 30-40 дней. В зависимости от степени тяжести урогенитальный уреоплазмоз делится на легкий, средний и тяжелый. часть, шейк средней степени тяжести лига - это маленькая чаша женщин. члены умеренно острые и водянистыерунные язвы, простатит у мужчин, орхоэпидидимит, везикулярный собачий. Тяжелая форма аборта и послеродовой периодчик чанок. Течение заболевания аналогично ревматоидному артриту и трихомониазу, которое длится до двух месяцев и называется хроническим. Процесс хронического воспаления является многоочаговым и длительным. Хронический уреоплазмоз. У большинства женщин воспаляются маточные трубы и яичники. Женщин и мужчин следует обследовать на уреоплазму и хламидийные инфекции в следующих случаях: словесные, посттрихомониазные осложнения, гонококковый уретрит, малый таз, хроническое воспаление конечностей, бесплодие, бесплодие, выкидыш, послеродовая патология - гик-процессы, заболевания суставов и др. пала-партийный сексуальный образ жизни и другие.

Диагностика. Урогенитальный хламидиоз и уреоплазмоз в основном связаны с такими заболеваниями, как хроническая гонорея и трихомониаз, а также с инфекциями мочевыводящих путей, вызываемыми бактериями и дрожжами. Только обнаружение той или иной инфекции в лаборатории позволяет поставить точный диагноз.

Лечение. При лечении необходимо учитывать биологические особенности возбудителей, которые могут инфицировать не только эпителиальные клетки пораженных очагов, но и саму ткань. расположен в эпителиальной части, окаймленной отрубями. Это защищает возбудителей болезней от воздействия препарата, и в результате лечение оказывается неэффективным. Это следует учитывать при назначении лечения специалистом. Лечение пациентов с уреоплазмой и хламидийным уретритом. 1. Терапия доксициклином: 200 мг доксициклина (доза для татуировки) вводится перорально, затем 100 мг на каждые 12 часов, курс 1000 мг (1 г). 2. Метациклинотерапия: 600 мг на напиток, затем 300 мг в час. Курс лечения для мужчин 4-5 дней, всего 3900-4800 мг на курс; для женщин 6-7 дней, один курс 4800-7100 мг. Тетрациклин гидро в лечении микоплазменных инфекций. хлорид 500 мг внутрь каждые 6 часов в течение 7 дней; При осложнениях и хламидийной инфекции курс лечения составляет 10-14 дней (курсовая доза - 28 г). Для лечения рецидивов уреоплазмы и хламидийных инфекций рекомендуется применять 500 мг эритромицина каждые 6 часов в течение 7 дней и одновременно давать нистатин или леворин (не менее 2 млн ТБ в сутки) (одна курсовая доза составляет 14 -20 млн. ТБ).

Лечение женщин с уреоплазмозом. Наиболее приемлемое лечение - гентамицин курсом 600 мг. Обычно его вводят парентерально в дозе 40 мг каждые 8 часов в течение 5 дней (один флакон. - лекарственное вещество крови растворяют в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида). При этом лечат очаги инфекции локально. Суперинфекцию кандидоза лечат профилактически нистатином. Уреоплазмы начинают исчезать только через 6-12 часов после первой инъекции со

слизистой оболочки шейки матки, выделений из влагалища и уретры. При лечении хронических инфекций хламидийной уреаплазмы используются рифампицин и эритромицин. Рифампицин назначается в дозе 900 мг один раз в сутки (доза для татуировки), в 4 раза больше 150 мг во 2 и 3 дни и в 3 раза больше 150 мг (3,0 на курс) в 4 и 5 дни. Одновременно назначают эритромицин по 0,5 г 4 раза в день (12,0 г на курс). Лечение проводится на фоне пирогенала-рапиуа. Пост-вербальный хламидиоз и уреаплазма. При лечении женщин с органо-выми процессами применяют доксициклин зюла, курсовая доза 1,5 мг, первая 0,2 (доза татуировки), через 12 часов 0,1 г. Курс лечения 7 дней. На 5-й день к доксициклину добавляется пирогенал. Первоначально его начинают с дозы 50 МРМ, через день предыдущая доза увеличивается до 50 МРМ (до дозы 500 МРМ). Курс пирогенальной терапии - 20 дней. Тактивин 100 мкг в сутки, на курс 10-12 инъекций.

Основные вопросы темы:

- 1) Этиология, эпидемиология, патогенез гонореи.
- 2) Клиника гонореи, диагностика.
- 3) Клинические виды гонореи.
- 4) Методы лабораторных исследований.
- 5) Сравнительный диагноз гонореи.
- 6) Принципы лечения гонореи.
- 7) Этиология, эпидемиология, патогенез трихомониаза.
- 8) Клиника, диагностика, лабораторные методы трихомониаза.
- 9) Хламидиоз, этиология микоплазмоза, эпидемиология, патогенез.
- 10) Хламидиоз, клиника микоплазмоза, диагностика, сравнительный диагноз.
- 11) Принципы лечения хламидиоза, микоплазмоза.

Интерактивный метод, используемый на уроке Игра "Кот в сумке"

Цель: Предоставить учащимся глубокие знания по этой теме.

Принципы: О`Учитель готовит ученикам вопросы по теме. Во время урока ученик получает один из вопросов из сумки в списке. Это будет особая карта. Студенты тянут карты. Дает письменные ответы на вопросы. После проверки задания консультанты объявляют количество баллов и называют наибольшее количество набранных баллов.

Тема урока: Гонорея, нозококковый уретрит.

Вопросы, заданные преподавателем:

1. Этиопатогенез гонореи.
2. Эпидемиология гонореи.
3. Классификация гонореи.
4. Клиника гонореи.

«Горячий картофель»

Цель: Предоставить учащимся глубокие знания по этой теме.

Принципы: О`муравьед стоит спиной к участникам и аплодирует или стучит карандашом по столу. В это время участники передают мяч друг другу. Через несколько секунд учитель прекращает стучать, во время чего участник отвечает на вопрос, кто владеет мячом. Если ответ неправильный, у другого участника будет возможность ответить. Процесс повторяется несколько раз, чтобы у большинства участников была возможность ответить.

Тема урока: Гонорея, нозококковый уретрит.

Вопросы, заданные преподавателем:

1. Этиопатогенез трихомониаза.
2. Клиника трихомониаза.
3. Лечение трихомониаза.

"пчелиного гнезда "

Цель: Он учит студентов думать вместе, принимать правильные решения, работать в команде.

Основные принципы:

Группа делится на две небольшие группы. Учитель задает каждой группе отдельный или общий вопрос. Студенты обсуждают в течение 10-15 минут и обмениваются идеями. Из них выбирается правильный вариант.

Тема урока: Гонорея. Ногонококковый уретрит.

Масала: Больной К. 28 лет, мужчина. Пациент обратился в клинику со следующими жалобами. Обратился с жалобами на обильные желтовато-гнойные выделения из уретры, зуд и раздражение при мочеиспускании. Из анамнеза больной 5 дней считает себя больным, точной причины не знает.

Из анамнеза - замужем, имеет 1 ребенка, 2 года работает в другом месте. Последний раз она здесь (с другими женщинами) занималась сексом 10 дней назад.

Общее состояние больного удовлетворительное, состояние сознания активное. Периферические лимфатические узлы не увеличены, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца выслушиваются нормально, пульс 85 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт. Усть-тенг. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диарея в норме, мочеиспускание слегка болезненное, есть раздражение и желтоватый гной.

Поставьте гипотетический диагноз.

1. Составьте план обследования пациента.
2. Составьте план лечения.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

Больной А. 22 года. Зуд и раздражение в уретре появились через 2 месяца после случайного секса. Из уретры выходит капля серозного гнойного отделяемого. С утра количество разлуки увеличивается.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой тест проводится для подтверждения диагноза?
3. расскажи методы профилактики.

Выпуск 2

Больной Д. 25 лет. Отрыв от уретры стал происходить после случайного секса. Болезненное состояние уретры. Позже конец мочеиспускания был болезненным, с частым мочеиспусканием и терминальной гематурией. В тесте на 2 чашки обе части мочи размыты.

1. гипотетический диагноз.
2. расскажите об инкубационном периоде болезни.
3. рассказать об осложнениях болезни.

Выпуск 3

Через два дня после рождения ребенка в роддоме обнаружена гиперемия обоих век, отек и гнойные выделения из глаз.

1. Поставьте диагноз.
2. Подскажите лабораторный метод для подтверждения диагноза.
3. Опишите пути передачи и профилактики заболевания.

Тесты по теме 14

- 1) Инкубационный период гонореи.
 - а) 3-7 дней.
 - б) 6 месяцев
 - в) несколько часов.
 - в) 1-3 недели
 - г) 3-4 недели.
- 2) Женская речь выглядит следующим образом.
 - а) цервицит, уретрит
 - б) вагиниты, цервициты.
 - в) проктит, вагинит.

- г) уретрит, вагинит.
г) нет правильного ответа.
- 3) У женщин гонорея может вызвать следующие осложнения.
- а) сальпингит
 - б) эндометрит
 - в) оофарит
 - г) эндомиометрит
 - г) все правильно
- 4) Как выделяются гонококки в смазках.
- а) грамотрицательные диплококки
 - б) грамположительные палочки
 - в) стержни, расположенные вне ячейки
 - ж) стержни, расположенные внутри ячейки
5. Зачем сжигать две чашки анализа мочи?
- а) для топической диагностики
 - б) определение количества гонококков
 - с) определить период болезни
 - д) исследование содержания мочи
 - е) определить осложнение болезни
6. Гонорея не является осложнением.
- а) плеврит
 - б) простатит
 - с) эпидидимит
 - д) перитонит
 - е) эндометрит
7. У больного чашевидный характерный запах, выделения зеленоватого цвета. Диагноз.
- а) трихомоноз
 - б) хламидиоз
 - с) сузак
 - д) кандидоз
 - е) микоплазмозная инфекция
8. Когда был выявлен возбудитель сузака?
- а) 1879 г.
 - б) 1905 г.
 - с) 1970 г.
 - д) 1913 г.
 - е) 1870 г.
9. При какой форме гонореи наблюдается небольшой экссудат из уретры при нажатии утром?
- а) хронический
 - б) Уткир
 - с) Уткир Ости
 - д) скрытый
 - е) вялый
10. Пациент имеет облысение, облысение возникает после пиодермии в области лоханки, гнойных выделений из уретры, перед приемом антибиотиков необходимо провести обследование.
- а) Гонококковая мазь из уретры
 - б) Реакция Бордо-Янгу
 - с) Бактериологический посев на питательной среде
 - д) Проверьте палку Дедерлейна
 - е) исследование жидкости простаты
11. В какой среде возбудитель сузак сохраняет свою патогенность:
- а) 0,2% раствор нитрата серебра

- b) Т-57 с
 - c) 50 этиловый спирт
 - d) о 5% раствор соляной кислоты
 - e) в гное.
12. В чем особенность сузака у мужчин?
- a) мочевыводящих путей
 - b) предстательная железа
 - c) муак
 - d) семенного пути
 - e) избыток муака
13. Период развития инфекции при острой (острой) гонорее:
- a) До 2 месяцев
 - b) 1 месяц
 - c) До 3 месяцев
 - d) До 6 месяцев
 - e) До 2,5 месяцев
14. Инкубационный период Сузака:
- a) 3-7 дней
 - b) 2-4 часа
 - c) 4-6 недель
 - d) 1-3 месяца
 - e) .Более 3 месяцев

Использование кейс метода

Время работы от 15 до 40 минут.

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать.

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Ключевые темы: травмы

Варианты клавиш:

Больной Д. 25 лет. Отрыв от уретры стал происходить после случайного секса. Болезненное состояние уретры. Позже конец мочеиспускания был болезненным, с частым мочеиспусканием и терминальной гематурией. В тесте на 2 чашки обе части мочи размыты.

Срок исполнения

1. Анамнсбор эстетической информации.
2. Правильный первоначальный диагноз.
3. Приборы и лаборатория тпроведение обследований.
4. Различаются с другими заболеваниямипервичная диагностика.
5. Поставьте окончательный диагноз.
6. Лечение гэджаси.

Студенты делятся на группы (3-4 человека). Письменный анализ и ситуационное разрешение за 10 минут

они готовят

Учитель

Предлагает рассмотреть результаты индивидуальной работы с Ключами, проанализировать и разрешить ситуацию

готовит сообщение о себе и предлагает разместить его в презентации в виде плаката.

Ученики

Они вместе анализируют индивидуальную работу. Определить важные аспекты ситуации, основные проблемы и способы их решения, сформулировать вывод о поиске подходящих решений,

внести исправления.

Учитель: объявляет о начале презентации групповой работы.

Спикеры группы: предлагать варианты решения ситуаций, отвечать на вопросы и разъяснять свои презентации.

Выход из динамиков не должен превышать 10-15 минут, его нельзя остановить. Вопросы будут задаваться только после его выступления.

Ученики: оценить, выразить свое отношение к представленным группами вариантам решения, выбрать оптимальный вариант.

Общая дискуссия длится 20-25 минут. Обсуждение должно основываться на широком участии всех участников.

Педагог - организатор дискуссии:

Задаёт вопросы, откусывает, напоминает теоретический материал.

Практические навыки Удаление жира из уретры

Применяется при гонорее, трихомониазе, кандидозе, хламидийной инфекции, бактериальном уретрите.

Процедура:

№	Время, отведенное на домашнее задание 10 минут	Максимальны й балл	Собрано Мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Сначала обрабатывают половые органы ватой, смоченной физиологическим раствором. У мужчин лечится головка полового члена, у женщин - половые губы, влагалище, клитор и наружное отверстие уретры.	15	
3.	Разделения берут вилкой или ложкой. У мужчин, если вы не отделяете гной при нажатии пальцем на заднюю часть уретры, он отделяется легким перемещением его к наружному отверстию и нажатием капли секрета.	15	
4	Препарат сушат на воздухе и отправляют в лабораторию с направлением с указанием имени, фамилии, отчества пациента, истории болезни или амбулаторной карты места получения материала.	15	
	<i>Общее</i>	100	

Удаление женских половых органов

Смазка берется из уретры, шейки матки и влагалища. Необходимое оборудование: ложка Фолькмана, многослойная зеркальная ложка, стерильный марлевый тампон.

Процедура:

№	Время, ответное на домашнее задание 10 минут	Максималь ный балл	Собрано Мяч
1	Подготовка пациента к приему	5	
2	Руки моют и дезинфицируют.	10	

3.	Пациента помещают на акушерский стол.	10	
4	Сначала растягивают малые половые губы, вытирают вход в уретру сухим марлевым тампоном, удаляют жир из уретры и втирают во влагалище.	20	
5	Затем на ножны накладывается многослойное зеркало. Смазка удаляется с шейки матки и наносится на шейку матки.	20	
6	Смазка берется со стенок влагалища и втирается в окно влагалища. Примечание: ложки заменяются при повсеместной подаче смазки.	15	
7	Использованные предметы утилизируются	10	
8	Направление пишется и отправляется в лабораторию.	10	
	<i>Джами</i>	100	

ТМІ: Тема ТМІ, представленная кафедрой: Слово, поральный уретрит современные функции кеширования и лечение

На кафедре ТМІ оформляется студентами в следующих вариантах: презентация (мультимедийная версия), кроссворды, аннотации, раздаточные материалы.

Основные вопросы темы:

- 1) Этиология, эпидемиология, патогенез гонореи.
- 2) Клиника гонореи, диагностика.
- 3) Клинические виды гонореи.
- 4) Методы лабораторных исследований.
- 5) Сравнительный диагноз гонореи.
- 6) Принципы лечения гонореи.
- 7) Этиология, эпидемиология, патогенез трихомониаза.
- 8) Клиника, диагностика, лабораторные методы трихомониаза.
- 9) Хламидиоз, этиология микоплазмоза, эпидемиология, патогенез.
- 10) Хламидиоз, клиника микоплазмоза, диагностика, сравнительный диагноз.
- 11) Принципы лечения хламидиоза, микоплазмоза.

Интерактивный метод, используемый на уроке Игра "Кот в сумке"

Цель: Предоставить учащимся глубокие знания по этой теме.

Принципы: Учитель готовит ученикам вопросы по теме. Во время урока ученик получает один из вопросов из сумки в списке. Это будет особая карта. Студенты тянут карты. Дает письменные ответы на вопросы. После проверки задания консультанты объявляют количество баллов и называют наибольшее количество набранных баллов.

Тема урока: Гонорея, нозококковый уретрит.

Вопросы, заданные преподавателем:

1. Этиопатогенез гонореи.

2. Эпидемиология гонореи.
3. Классификация гонореи.
4. Клиника гонореи.

«Горячий картофель»

Цель: Предоставить учащимся глубокие знания по этой теме.

Принципы: О`муравьед стоит спиной к участникам и аплодирует или стучит карандашом по столу. В это время участники передают мяч друг другу. Через несколько секунд учитель прекращает стучать, во время чего участник отвечает на вопрос, кто владеет мячом. Если ответ неправильный, у другого участника будет возможность ответить. Процесс повторяется несколько раз, чтобы у большинства участников была возможность ответить.

Тема урока: Гонорея, нозококковый уретрит.

Вопросы, заданные преподавателем:

1. Этиопатогенез трихомониаза.
2. Клиника трихомониаза.
3. Лечение трихомониаза.

"пчелиного гнезда"

Цель: Он учит студентов думать вместе, принимать правильные решения, работать в команде.

Основные принципы:

Группа делится на две небольшие группы. Учитель задает каждой группе отдельный или общий вопрос. Студенты обсуждают в течение 10-15 минут и обмениваются идеями. Из них выбирается правильный вариант.

Тема урока: Гонорея. Ногонококковый уретрит.

Масала: Больной К. 28 лет, мужчина. Пациент обратился в клинику со следующими жалобами. Обратился с жалобами на обильные желтовато-гнойные выделения из уретры, зуд и раздражение при мочеиспускании. Из анамнеза больной 5 дней считает себя больным, точной причины не знает.

Из анамнеза - замужем, имеет 1 ребенка, 2 года работает в другом месте. Последний раз она здесь (с другими женщинами) занималась сексом 10 дней назад.

Общее состояние больного удовлетворительное, состояние сознания активное. Периферические лимфатические узлы не увеличены, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца выслушиваются нормально, пульс 85 ударов в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт. Усть-тенг. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диарея в норме, мочеиспускание слегка болезненное, есть раздражение и желтоватый гной.

Поставьте гипотетический диагноз.

1. Составьте план обследования пациента.
2. Составьте план лечения.

Текущие вопросы по теме

Выпуск 1

Больной А. 22 года. Зуд и раздражение в уретре появились через 2 месяца после случайного секса. Из уретры выходит капля серозного гнойного отделяемого. С утра количество разлуки увеличивается.

4. Поставьте диагноз.
5. Какой тест проводится для подтверждения диагноза?
6. расскажи методы рvаkasiua.

Выпуск 2

Больной Д. 25 лет. Отрыв от уретры стал происходить после случайного секса. Болезненное состояние уретры. Позже конец мочеиспускания был болезненным, с частым мочеиспусканием и терминальной гематурией. В тесте на 2 чашки обе части мочи размыты.

4. гипотетический диагноз.
5. расскажите об инкубационном периоде болезни.
6. рассказать об осложнениях болезни.

Выпуск 3

Через два дня после рождения ребенка в роддоме обнаружена гиперемия обоих век, отек и гнойные выделения из глаз.

4. Поставьте диагноз.
5. Подскажите лабораторный метод для подтверждения диагноза.
6. Опишите пути передачи и профилактики заболевания.

Тесты по 15 темам

- 1) Инкубационный период гонореи.
 - а) 3-7 дней.
 - б) 6 месяцев
 - в) несколько часов.
 - в) 1-3 недели
 - г) 3-4 недели.
- 2) Женская речь выглядит следующим образом.
 - а) цервицит, уретрит
 - б) вагиниты, цервициты.
 - в) проктит, вагинит.
 - г) уретрит, вагинит.
 - г) нет правильного ответа.
- 3) У женщин гонорея может вызвать следующие осложнения.
 - а) сальпингит
 - б) эндометрит
 - в) оофарит
 - г) эндомиометрит
 - г) все правильно
- 4) Как выделяются гонококки в смазках.
 - а) грамотрицательные диплококки
 - б) грамположительные палочки
 - в) стержни, расположенные вне ячейки
 - ж) стержни, расположенные внутри ячейки
5. Зачем сжигать две чашки анализа мочи?
 - а) для топической диагностики
 - б) определение количества гонококков
 - с) определить период болезни
 - д) исследование содержания мочи
 - е) определить осложнение болезни
6. Гонорея не является осложнением.
 - а) плеврит
 - б) простатит
 - с) эпидидимит
 - д) перитонит
 - е) эндометрит
7. У больного чашевидный характерный запах, выделения зеленоватого цвета. Диагноз.
 - а) трихомониаз
 - б) хламидиоз
 - с) сузак
 - д) кандидоз
 - е) микоплазмозная инфекция
8. Когда был выявлен возбудитель сузака?
 - а) 1879 г.
 - б) 1905 г.
 - с) 1970 г.
 - д) 1913 г.

- е) 1870 г.
9. При какой форме гонореи наблюдается небольшой экссудат из уретры при нажатии утром?
- а) хронический
 - б) Уткир
 - с) Уткир Ости
 - д) скрытый
 - е) вялый
10. Пациент имеет облысение, облысение возникает после пиодермии в области лоханки, гнойных выделений из уретры, перед приемом антибиотиков необходимо провести обследование.
- а) Гонококковая мазь из уретры
 - б) Реакция Бордо-Янгу
 - с) Бактериологический посев на питательной среде
 - д) Проверьте палку Дедерлейна
 - е) исследование жидкости простаты
11. В какой среде возбудитель сузак сохраняет свою патогенность:
- а) 0,2% раствор нитрата серебра
 - б) Т-57 с
 - с) 50 этиловый спирт
 - д) о 5% раствор соляной кислоты
 - е) в гное.
12. В чем особенность сузака у мужчин?
- а) мочевыводящих путей
 - б) предстательная железа
 - с) муак
 - д) семенного пути
 - е) избыток муака
13. Период развития инфекции при острой (острой) гонорее:
- а) До 2 месяцев
 - б) 1 месяц
 - с) До 3 месяцев
 - д) До 6 месяцев
 - е) До 2,5 месяцев
14. Инкубационный период Сузака:
- а) 3-7 дней
 - б) 2-4 часа
 - с) 4-6 недель
 - д) 1-3 месяца
 - е) .Более 3 месяцев

Использование кейс -метода

Время работы от 15 до 40 минут.

Количество участников группы 3-5 человек.

Группы не должны взаимодействовать.

Снег должен быть большим списком для решения, письма и чередования в группе. снег

групповая презентация

самостоятельно выбирает отвечающую наклейку.

Ключевые темы: травмы

Варианты клавиш:

Больной Д. 25 лет. Отрыв от уретры стал происходить после случайного секса. Болезненное состояние уретры. Позже конец мочеиспускания был болезненным, с частым мочеиспусканием и терминальной гематурией. В тесте на 2 чашки обе части мочи размыты.

Срок исполнения

1. Анамнез эстетической информации.
2. Правильный первоначальный диагноз.
3. Приборы и лаборатория проведения обследований.
4. Различаются с другими заболеваниями первичная диагностика.
5. Поставьте окончательный диагноз.
6. Лечение геджаси.

Студенты делятся на группы (3-4 человека). Письменный анализ и ситуационное разрешение за 10 минут

они готовят

Учитель

Предлагает рассмотреть результаты индивидуальной работы с Ключами, проанализировать и разрешить ситуацию

готовит сообщение о себе и предлагает разместить его в презентации в виде плаката.

Ученики

Они вместе анализируют индивидуальную работу. Определить важные аспекты ситуации, основные проблемы и способы их решения, сформулировать вывод о поиске подходящих решений,

внести исправления.

Учитель: объявляет о начале презентации групповой работы.

Спикеры группы: предлагать варианты решения ситуаций, отвечать на вопросы и разъяснять свои презентации.

Выход из динамиков не должен превышать 10-15 минут, его нельзя остановить. Вопросы будут задаваться только после его выступления.

Ученики: оценить, выразить свое отношение к представленным группами вариантам решения, выбрать оптимальный вариант.

Общая дискуссия длится 20-25 минут. Обсуждение должно основываться на широком участии всех участников.

Педагог - организатор дискуссии:

Задаёт вопросы, откусывает, напоминает теоретический материал.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Анатомия и гистопатология кожи и слизистых оболочек.
 1. Методы обследования больных кожными и венерическими заболеваниями.
 2. Эндогенные и экзогенные факторы развития дерматозов.
 3. Потоморфологические изменения кожных покровов.
 4. Субъективные и объективные жалобы на кожные заболевания.
 5. Первичные и вторичные морфологические высыпания.
 6. Принципы общего и местного лечения кожных заболеваний.
 7. Клиническая классификация гнойных заболеваний кожи.
 8. Стафилококковая пиодермия: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
 9. Гнойные заболевания младенцев: везикулярный опустулез, чиллауара, эксфолиативный дерматит Риттера, псевдофурункул Фингера летом: этиология, клиника, диагностика и лечение.
 10. Стрептококковая пиодермия: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
 11. Смешанные: стафилококковая пиодермия: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
 12. Причины, виды, клиника, диагностика, лечение, принцип.
 13. Причины, виды, клиника, диагностика, лечение, принцип алопеции.

14. Дерматозоонозы: чесотка: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, современные методы лечения.
15. Укус: причины, эпидемиология, виды, клиника, диагностика, лечение, принцип.
16. Лешманиоз кожи: этиология, эпидемиология, клиника, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
17. Классификация кожных заболеваний.
18. Кератомикозы: столбняк, эритема: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
19. Классификация дерматомикозов.
20. Принципы эпидермофитии, этиология, клиника, диагностика, лечение стопы и голеностопного сустава.
21. Трихофития: этиология, эпидемиология, клиника, клинический диагноз, принципы лечения, профилактика.
22. Микроспория: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.
23. Рубромикоз: этиология, эпидемиология, клиника, клиническая диагностика, принципы лечения, профилактика.
24. Фавус: этиология, эпидемиология, клинические типы, клинический диагноз, принципы лечения, профилактика.
25. Онихомикоз: клиническая диагностика, лечение.
26. Кандидоз: этиология, эпидемиология, клиника, клиническая диагностика, принципы лечения, профилактика.
27. Изменения слизистой оболочки рта при кандидозе.
28. Глубокие микозы: этиология, эпидемиология, клиника, клинический диагноз, принципы лечения.
29. Методы лабораторного исследования грибковых заболеваний, современные методы диагностики и лечения, профилактики.
30. Дерматит: причины, клиника.
31. Нормальный дерматит: принципы клиники, диагностика, лечение.
32. Аллергический дерматит: клиника, диагностика, принципы лечения.
33. Причины токсикодермии: клиника, диагностика, принципы лечения.
34. Эритема с сульфаниламидом.
35. Синдром Лайелла: причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
36. Принципы этиологии, клиника, диагностика, лечение розовой лихорадки.
37. Множественная экссудативная эритема: клиника, диагностика, принципы лечения.
38. Синдром Стивенса-Джонсона: причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
39. Экзема: причины, клиническая классификация: китайская экзема, микробная экзема, себорейная и детская экзема, клинический диагноз, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
40. Профессиональная экзема: клинический диагноз, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
41. Профессиональные заболевания: клиническая диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения, профилактика.
42. Классификация нейродермозов.
43. Кожный зуд: причины, клиника, диагностическое лечение.
44. Кожный зуд: причины, клиника, клиника, диагностика, принципы лечения.

45. Нейродермит: причины, клиника, клиника, диагностика, принципы лечения.
46. Осел: причины, клиника, клиника, диагностика, принципы лечения.
47. Опухоль Квинке: причины, клиника, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
48. Синдром Россолимо-Меркель-Розенталя.
49. Виды хейлита, клиника, диагностика, принципы лечения.
50. Предраковые поражения губы: лейкоплакия.
51. Псориаз: этиопатогенез, этиология, клиника, клиника, диагностика, современные методы лечения.
52. Экссудативный и пустулезный псориаз: клиническая диагностика и лечение.
53. Эритроциты: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика клинических типов, современные методы лечения, дифференциальный диагноз.
54. Атрофический и бородавчатый тип скарлатины.
55. Классификация везикулярных дерматозов.
56. Акантолитическая крапивница: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лабораторная диагностика, принципы лечения.
57. Течение герпетического дерматоза: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, современные методы лечения.
58. Сравнительная диагностика везикулярных дерматозов.
59. Рычажный пемфигоид.
60. Классификация вирусных заболеваний кожи.
61. Этиология, клиника, диагностика, принцип лечения простого герпеса.
62. Окружающая лихорадка: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
63. Кантагиоз моллюсков: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
64. Бородавки: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, современные методы лечения.
65. Острый острый кандидоз: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
66. Инфекция ВИЧ: этиология, клиника, клинические стадии, лечение, профилактика.
67. Клинические виды СПИДа, лечение, профилактика.
68. Герпетическая инфекция - маркеры.
69. Инфекции, передающиеся половым путем: общее течение травмы. Микробиология и эпидемиология ран.
70. Течение первичной и вторичной травмы.
71. Третичная травма (травма десен и таза)
72. Течение врожденных образований (клинические симптомы)
73. Течение тяжелой травмы
74. Методы лабораторного исследования при травмах, серологические методы (Em and Wasserman, RIF).
75. Повреждение внутренних органов и нервной системы при травмах.
76. Основы лечения больных с травмами.
77. Меры по предотвращению травм, врожденных травм.
78. Вербальная (гонорея) этиология, клиника, классификация, дифференциальный диагноз, клиника, диагностика, современные методы лечения.
79. Сложная и незамысловатая лексика.
80. Мужская речь.
81. Слово девушки и женщины.

82. Нозокомиальный уретрит: трихомониаз, хламидиоз, урогенитальный кандидоз. Бактериальный вагиноз. Принципы лечения, профилактики.
83. Свойства твердого шанкра. Лечение атипичных видов шанкров.
84. Описание и классификация высыпаний.

Выводы

Заболевания кожи и половых органов - одно из самых распространенных заболеваний не только в нашей стране, но и во всех странах мира. Их изучение - актуальная проблема медицины. Каждый медицинский работник независимо от своей специализации должен знать этиопатогенез, клинику, диагностику, сравнительный диагноз, профилактику, тактику, реабилитацию, диспансер кожных и половых заболеваний. В частности, будущие судьи, обучающиеся в медицинском институте, должны иметь представление о кожных и венерических заболеваниях, владеть основами диагностики кожных и венерических заболеваний, сравнительной диагностики, лабораторных исследований. Клинические симптомы и синдромы кожных и половых заболеваний.