

УДК 616.5
ББК 55.83
К94

Кусов В. В.

К94 Карманный справочник дерматолога / В. В. Кусов. —
3-е изд. — М.: Практическая медицина, 2019. — 352 с.

ISBN 978-5-98811-572-4

Справочник содержит описания наиболее распространенных заболеваний кожи. Для облегчения проведения дифференциального диагноза кожные болезни сгруппированы по характеру первичных клинико-морфологических проявлений. Приведенные нозологические формы включают в себя как описание характера высыпаний, так и основные, необходимые характеристики данной болезни для постановки врачом правильного клинического диагноза. Освещены также гистологическая картина, перечень заболеваний, с которыми нужно проводить дифференциальный диагноз, тактические и схематические указания, направленные на лечение данной болезни. Кроме того, в справочнике имеются сведения о некоторых лабораторных показателях, краткий русско-английский разговорник (в связи с ростом посещений врача иностранцами), описание оказания помощи при некоторых неотложных состояниях. Третье издание дополнено главами «Микозы кожи» и «Синдромы в практике дерматолога».

Книга выполнена в карманном варианте, удобном для постоянного использования врачом-практиком.

Для дерматологов, врачей общей практики, семейных врачей, косметологов, студентов медицинских вузов.

УДК 616.5
ББК 55.83

ISBN 978-5-98811-572-4

© Кусов В. В., 2019
© *практическая медицина*, 2019

Содержание

Список сокращений.....	7
Предисловие	8
Розеолезно-эритематозные дерматозы	9
Папулезные дерматозы	29
Узловатые дерматозы	63
Бугорковые дерматозы.....	78
Везикулезные дерматозы	84
Буллезные дерматозы	93
Пустулезные дерматозы	104
Уртикарные дерматозы	134
Опухоли кожи.....	144
Эпителиальные опухоли кожи.....	144
Пороки развития эпидермиса и доброкачественные опухоли, развившиеся из придатков	154
Облигатные предраковые опухоли кожи	170
Опухоли меланогенной системы кожи	177
Опухоли кожи мезенхимального происхождения.....	181
Нейрофиброматоз Реклингхаузена	189
Первичный ретикулез кожи	191
Множественная геморрагическая идиопатическая саркома Капоши	193
Некоторые лимфопролиферативные заболевания кожи	195
Микозы кожи	197
Кандидоз	197
Кератомикозы.....	200

Дерматомикозы.....	204
Глубокие микозы.....	211
Синдромы в практике дерматолога.....	229
Некоторые показатели	
медицинской нормы.....	277
I. Гематологические исследования.....	279
1. Периферическая кровь.....	277
2. Костный мозг.....	280
II. Общеклинические исследования.....	281
1. Исследование мочи.....	281
2. Исследование кала.....	282
3. Исследование желудочной секреции.....	283
4. Исследование содержимого двенадцатиперстной кишки.....	284
5. Исследование цереброспинальной жидкости.....	286
6. Исследование отделяемого мочеполовых органов.....	286
III. Биохимические исследования.....	288
1. Показатели углеводного обмена.....	288
2. Показатели липидного обмена.....	288
3. Показатели белкового обмена.....	288
4. Ферменты.....	289
5. Пигменты.....	291
6. Показатели водно-солевого и минерального обмена, тяжелые металлы, токсические вещества.....	291
7. Гормоны и медиаторы.....	293
8. Показатели системы гемостаза.....	295
9. Показатели кислотно-основного состояния организма.....	296
IV. Иммунологические исследования.....	297
V. Радионуклидные исследования.....	298
1. Исследование йодконцентрирующей функции щитовидной железы.....	298

2. Гепатохолангиография.....	298
3. Исследование функции почек.....	299
4. Исследование головного мозга.....	300
5. Исследование сердечно-сосудистой системы.....	300
VI. Физиологические параметры организма человека.....	302
1. Сердечно-сосудистая система.....	302
2. Органы дыхания.....	304
3. Желудочно-кишечный тракт.....	304
4. Масса тела (кг) мужчин и женщин в зависимости от возраста и роста.....	305
5. Масса органов человека (усредненно).....	306
6. Площадь поверхности всего тела, головы, туловища и конечностей в зависимости от возраста.....	307
7. Состав микрофлоры кишечника здорового человека.....	308
8. Полное наименование единиц измерения.....	308
Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь в практике дерматовенеролога.....	310
Анафилактический шок.....	310
Приступ бронхиальной астмы.....	311
Астматическое состояние.....	311
Отек Квинке.....	312
Крапивница.....	312
Сывороточная болезнь.....	313
Аллерготоксикодермия.....	313
Поллиноз.....	313
Гипертонический криз.....	314
Артериальная гипотония.....	314
Мигрень.....	315
Неврозы.....	315
Тромбоэмболия легочной артерии.....	316

Боль мышечного происхождения	316
Конъюнктивит острый	317
Инфаркт миокарда	317
Острый живот	317
Острый панкреатит	318
Парафимоз	318
Приапизм	319
Бартолинит	319
Психическое возбуждение	319
Дизурия (острый простатит; острый цистит; аденома простаты и др.)	320
Инородные тела мочевого пузыря	320
Инородные тела мочеиспускательного канала	321
Носовое кровотечение	321
Кровотечения при травме женских половых органов ...	322
Ожоги мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов	322
Отморожения полового члена и мошонки	322
Кровоизлияние в мозг	323
Обморок	324
Эпилепсия	324
Ужаления пчелами, осами, шмелями	325
Укусы каракуртом	325
Краткий русско-английский словарь дерматовенеролога	326
Общие вопросы к пациенту	326
Дерматологический прием	333
Венерология	334
Предметный указатель	336

Список сокращений

АД	—	артериальное давление
БАД	—	биологически активная добавка
СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
УВЧ	—	ультравысокие частоты
УФО	—	ультрафиолетовое облучение
ЦНС	—	центральная нервная система
ЭЭГ	—	электроэнцефалография

Розацеа

Этиология	Ангioneвротические расстройства
Периоды обострения	Чаще осень — зима
Локализация преимущественная возможная	лицо (лоб, нос, щеки) шея
Очаг поражения и его развитие	Стойкая эритема, отек, узелки, пустулы, телеангиэктазии. Высыпания симметричны
Цвет очага	Розовый, розово-фиолетовый
Размеры очага	Варьируют
Формы заболевания	В данном случае — 4 стадии заболевания: 1. Эритематозная. 2. Эритематозно-папулезная. 3. Папуло-пустулезная. 4. Узловая (ринофима)
Дифференциальная диагностика от:	1. Синдрома Хабера. 2. Периорального дерматита
Чаще болеют	Женщины
Возраст	Зрелый
Патогистология	Неспецифична
Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	Часто гастрит, другие заболевания желудочно- кишечного тракта, фокальная инфекция
Схема лечения	1. Обследование на <i>Demodex folliculorum</i> . 2. Консультация и лечение у гастроэнтеролога. 3. Диета: исключаются острые, копченые продукты, горячая пища и др. 4. Исключить профессиональные вредности (жар, влажность и др.). 5. Витаминотерапия (А, В ₂ , В ₁₂ , Е, С). 6. Криомассаж. 7. Настои трав, примочки и др., вместо мыла — Сетафил
Прогноз заболевания	Хроническое течение. Прогноз для жизни — благоприятный

Розовый лишай Жибера

Этиология	Возможно инфекционное происхождение
Локализация преимущественная возможная	грудь, спина конечности, подкрыльцовые и пахово-бедренные складки
Клиническая картина	Примерно за 8–10 дней появляется одна (реже 2–3) первичная (материнская) бляшка, гораздо более крупная, чем возникающие впоследствии множественные (дочерние) высыпания. Зуд, как правило, отсутствует. Внезапно возникает пятнистая, пятнисто-папулезная, реже пятнисто-уртикарная (нет зуда) сыпь, симметричная, резко ограниченная, расположенная по линиям Геда
Очаг поражения и его развитие	Первичное пятно с шелушением в центре. В центральной части определяется плотно сидящая сухая складчатая («плиссированная») сероватая чешуйка. Типичные высыпания похожи на медальоны. В местах наибольшего скопления очагов поражения они могут соприкасаться и иногда сливаться
Цвет очага	Бледно-розовый; по периферии — яркая красная кайма
Размеры очага	От 1 до 3 см и более
Формы заболевания	Атипичные формы: 1. Уртикарная. 2. Везикулезная. 3. Папулезная. 4. Цирциарный окаймленный лишай Видаля
Дифференциальная диагностика от:	1. Себорейной экземы. 2. Псориаза. 3. Сифилиса. 4. Трихофитии. 5. Параспориоза. 6. Кольцевидной центростремительной эритемы Дарье
Чаще болеют	Женщины
Возраст	Зрелый (от 20 до 40 лет), редко детский
Патогистология	Эпидермис: акантоз, паракератоз, межклеточный и внутриклеточный отек. Сосочковый слой дермы: расширение сосудов, лимфоидная околососудистая инфильтрация

Розеолезно-эритематозные дерматозы

Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	Нередко предшествует ангина или другое инфекционное заболевание. В редких случаях отмечаются общие явления — головная боль, повышение температуры тела, иногда — недомогание, боли в мышцах, слабость
Схема лечения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сульфаниламиды, антибиотики широкого спектра действия. 2. Аутогемотерапия. 3. Пантотеновая кислота (0,03 в день, в течение 10 дней). 4. Избегать «грубого» мытья, лечения мазями. Вместо мыла можно применять Сетафил. 5. УФО (эритемные дозы). 6. Антигистаминные препараты
Прогноз заболевания	Длительность заболевания — 6–8 недель (не более 3 месяцев). Как правило, не рецидивирует. Прогноз — благоприятный

Скарлатиноформная десквамативная рецидивирующая эритема
Фереоля—Венье

Этиология	Часто после лекарственных интоксикаций, переохлаждения, нервного стресса, на фоне гриппа и других инфекций (аллергическая причина)
Локализация преимущественная возможная	по всей коже (включая слизистые) только туловище или только конечности
Клиническая картина	Начало заболевания острое . За 2–3 дня до появления сыпи могут быть продромальные явления (головная боль, недомогание, иногда значительное повышение температуры тела и др.)
Очаг поражения и его развитие	Пятна , склонные к слиянию. Через 2–3 дня сыпь начинает исчезать. Это сопровождается шелушением (ладони и подошвы — «как перчатки и чулки»)
Цвет очага	Ярко-красный
Размеры очага	От точечных до крупных
Дифференциальная диагностика от:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скарлатины. 2. Сифилитической розеолеы. 3. Кори. 4. Краснухи. 5. Сыпного тифа
Возраст	Любой
Патогистология	Эпидермис: паракератоз, гиперкератоз. Дерма: расширен просвет, утолщена стенка сосудов сосочкового слоя дермы
Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	Зуд, жжение, поражение слизистой оболочки полости рта, конъюнктивит, поражение ногтей в виде поперечных борозд (линии Бо). В крови — зоинофилия
Схема лечения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Укрепляющие, симптоматические средства. 2. Если возможно, установить причину возникновения заболевания, предупредить повторный контакт с аллергизирующим агентом для исключения рецидива заболевания
Прогноз заболевания	Рецидивы в течение нескольких лет. Исход — благоприятный

Розеолезно-эритематозные дерматозы

Стойкая фигурная эритема Венде

Локализация преимущественная	туловище, конечности
Клиническая картина	Начинается легким покраснением, которое резко выражено по краям. Инфильтрация отсутствует. Сыпь развивается медленно. Зуда нет! Очаги поражения изолированы друг от друга, как правило, единичные или малочисленные. На первый взгляд сыпь напоминает таковую при трихофитии
Очаг поражения и его развитие	1—2 эритематозных пятна. Пятна не инфильтруются, центральная часть их слегка пигментируется и шелушится. Очаги не сливаются. Форма — округлая или овальная
Цвет очага	Красный, в центре — слабая пигментация
Размеры очага	Диаметр 5—10 см
Дифференциальная диагностика от:	1. Поверхностной трихофитии гладкой кожи. 2. Хронической мигрирующей эритемы Афцелиуса—Липшютца. 3. Центробежной кольцевидной эритемы Дарье. 4. Третичной розеолеи Фурнье
Патогистология	<i>Эпидермис:</i> незначительный гиперкератоз, умеренная пигментация. <i>Дерма:</i> небольшие околосоудистые инфильтраты обычного характера
Схема лечения	Плохо поддается лечению. Некоторые авторы склонны думать о врожденном происхождении заболевания
Прогноз заболевания	Продолжительность болезни — годы. Прогноз для жизни — благоприятный

Розеолезно-эритематозные дерматозы

Токсикодермия

Этиология	Пищевые, медикаментозные и другие аллергены
Локализация преимущественная	диссеминировано по всему кожному покрову
Клиническая картина	Общее недомогание, высокая температура тела, бессонница и др.
Очаг поражения и его развитие	Полиморфизм (воспалительные пятна, папулы, уртикарии и др.)
Цвет очага	Различные оттенки красного
Размеры очага	Варьируют
Дифференциальная диагностика от:	1. Многоформной экссудативной эритемы. 2. Бляшечного параспориоза. 3. Розового лишая. 4. Розеолезного сифилида. 5. Синдрома псевдолимфомы. 6. Эксфолиативного дерматита Риттера. 7. Грибовидного микоза (премикотическая стадия)
Возраст	Любой
Патогистология	Нехарактерна и сходна с картиной при многоформной экссудативной эритеме
Схема лечения	1. Устранение причины (медикамента, пищевого аллергена и др.). 2. Кортикостероиды (в тяжелых случаях). 3. Антигистаминные препараты. 4. Местно: симптоматические. Вместо мыла — Сетафил. 5. Мочегонные, слабительные, обильное питье
Прогноз заболевания	Благоприятный в большинстве случаев

Облигатные предраковые опухоли кожи

Актинический кератоз

Этиология	Длительная инсоляция
Локализация преимущественная	открытые участки кожи
Клиническая картина	Общее состояние не страдает
Очаг поражения и его развитие	На фоне атрофических участков кожи, множественные (чаще) очаги гиперкератоза в виде плотных сухих бляшек удлинненной или неправильной формы, покрытых сероватыми или коричневыми корками . Могут наблюдаться элементы типа кожного рога
Цвет очага	Серовато-коричневый
Размеры очага	Варьируют
Дифференциальная диагностика от:	1. Старческой кератомы. 2. Себорейного кератоза. 3. Кожного рога. 4. Вульгарных бородавок. 5. Радиационного дерматоза. 6. Болезни Боуэна
Чаще болеют	Оба пола
Возраст	Зрелый, пожилой
Патогистология	На фоне выраженной атрофии эпидермиса имеется ограниченный очаг гиперкератоза ортокератозной структуры, под которым отмечается пролиферация базальных клеток, образующих участки в виде трубочек, проникающих глубоко в дерму. В эпидермисе могут быть участки пролиферации шиповатых клеток с выраженным ядерным полиморфизмом. В дальнейшем в очагах может возникнуть базальноклеточный и плоскоклеточный рак
Схема лечения	1. Радикальное лечение — хирургическое удаление (достаточно широкое). 2. Иммуномодулирующая терапия (в том числе Баксин). 3. Противоопухолевые препараты
Прогноз заболевания	Относительно благоприятный

Радиационный дерматоз

Этиология	Рентгеновские лучи, лучи радия или других радиоактивных элементов
Локализация преимущественная	кожа черепа
Клиническая картина	Общее состояние не страдает
Очаг поражения и его развитие	На участке, подвергнувшись рентгеновскому облучению, возникает пестрая клиническая картина в виде очагов гипер- и депигментации, рубцовых изменений участков ограниченного гиперкератоза на фоне рубцов и длительно не заживающих язв. Эти участки ограниченного гиперкератоза на фоне рубцовой атрофии и длительно не заживающие язвы (рентгеновские) и служат почвой для злокачественного перерождения!
Цвет очага	Пестрая картина чередующихся серовато-розовых оттенков
Размеры очага	Варьируют
Дифференциальная диагностика от:	1. Актинического кератоза. 2. Атрофической сосудистой пойкилодермии Якоби
Чаще болеют	Оба пола
Возраст	Зрелый, пожилой
Патогистология	Атрофия эпидермиса, фиброз соединительной ткани, облитерация кровеносных сосудов, атрофия всех придатков кожи (вплоть до их полного исчезновения, кроме потовых желез)
Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	<i>Признаки малигнизации рентгеновской язвы:</i> уплотнение ее края, неуклонное увеличение , в результате чего язва захватывает большую часть черепа. Обычно на фоне позднего рентгеновского дерматита развивается плоскоклеточный рак , гораздо реже — базальноклеточный , на фоне ограниченного кератоза чаще возникают бовеноидная гиперплазия и болезнь Боуэна
Схема лечения	1. Иммуномодулирующая терапия (полиоксидоний, Баксин и др.). 2. Цитостатические мази. 3. Удаление опухолей
Прогноз заболевания	При правильном лечении — благоприятный

Дифференциальная диагностика от:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контактного дерматита. 2. Экземы. 3. Токсикодермии. 4. Псориаза, бляшечного и лихеноидного параспориоза. 5. Герпетиформного дерматита Дюринга. 6. Первичного ретикулеза кожи. 7. Болезни Сульцберга—Гарбе. 8. Диффузного нейродермита. 9. Саркомы Капоши. 10. Актинического ретикулоида
Возраст	Различный
Патогистология	Под эпидермисом, в верхнем отделе дермы — клеточный инфильтрат из атипичных клеток в виде отдельных гнезд (абсцессы Дарье—Потрие) с примесью к воспалительному инфильтрату (лимфоциты, гистиоциты, нейтрофилы, эозинофилы, плазматические клетки и лаброциты) атипичных лимфоидных клеток
Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	Степень выраженности зависит от стадии заболевания. Больные слабеют, присоединяются симптомы нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, развиваются анемия, кахексия. Больные умирают от интеркуррентных заболеваний
Схема лечения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цитостатические препараты (химиотерапия). 2. Кортикостероиды. 3. Рентгенотерапия и лучевая терапия. 4. Общеукрепляющие средства. 5. Противоопухолевые антибиотики. 6. Симптоматические средства
Прогноз заболевания	Течение заболевания в среднем от 2 до 12 лет. Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный

Микозы кожи

Кандидоз

Этиология	Дрожжевые грибы рода <i>Candida</i>
Периоды обострения	После приема антибиотиков широкого спектра действия, кортикостероидов, при снижении иммунитета. При сахарном диабете, эндокринных нарушениях, при болезнях крови, подагре, беременности и др.
Локализация преимущественная	складки кожи, межпальцевые промежутки, половые органы
возможная	ногти и ногтевые валики, углы рта, вокруг заднего прохода, кожа под молочными железами и др.
Очаг поражения и его развитие	Все начинается с отека и мацерации. Затем присоединяется мелкопузырьковая сыпь , в дальнейшем развивающаяся в мокнущие эрозии , окруженные обрывками эпидермиса. При присоединении инфекции — мелкие пустулы
Цвет очага	От белесоватого при мацерации до ярко-красного при эрозиях
Размеры очага	Варьируют
Формы заболевания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кандидоз ногтевых валиков — гиперемия и отек ногтевого валика (валик нависает над ногтем). 2. Кандидоз ногтей — молочно-белые, иногда с желтоватым налетом пятна и полосы на поверхности ногтевых пластин. 3. Фолликулярный кандидоз — на волосистой части головы и на коже бороды появляются фолликулярные пустулы, в дальнейшем сливающиеся в бляшки. Возможно выпадение волос. 4. Монилиаз — в виде молочницы или заеды. Могут поражаться другие органы (кишечник, легкие и др.). 5. Кандидозный баланопостит. 6. Генерализованный кандидоз — распространенный процесс с вовлечением слизистых полости рта, пищевода, кишечника, дыхательных путей, уретры, мочевого пузыря и простаты.

Формы заболевания	<p>7. Кандидамикозная гранулема Хаузена—Ротманна — редкая тяжелая форма глубокого кандидоза. Чаще встречается у детей. Очаги — гранулематозные опухолевидные в дерме и гиподерме. Локализация — лицо, волосистая часть головы, редко — туловище.</p> <p>8. Хронический генерализованный гранулематозный кандидоз — протекает тяжело и встречается у лиц с врожденным иммунодефицитом.</p> <p>9. Левуриды — вторичные аллергиды при кандидозе</p>
Дифференциальная диагностика от:	<p>1. Гнойничковых заболеваний кожи.</p> <p>2. Экземы.</p> <p>3. Трихофитии.</p> <p>4. Авитаминозов.</p> <p>5. Пеллагры.</p> <p>6. Различных вульвовагинитов.</p> <p>7. Паронихии.</p> <p>8. Туберкулеза.</p> <p>9. Опухолей.</p> <p>10. Бронхопневмонии.</p> <p>Важнейшее исследование для уточнения диагноза кандидоза — микроскопия, которая показывает в исследуемом материале гроздь спор и нити мицелия дрожжевого гриба. Возможно ПЦР-исследование на грибы рода <i>Candida</i></p>
Чаще болеют	Оба пола
Возраст	Любой
Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	При генерализованных формах кандидоза процесс может принять хронический, тяжелый характер с вовлечением в патологический процесс внутренних органов со всеми вытекающими симптомами
Схема лечения	<p>1. Противогрибковые антибиотики и фунгицидные препараты — итраконазол (Орунгал), амфотерицин В (Амфоглюкамин), кетоконазол (Низорал), натамицин (Пимафуцин), изоконазол (Гино-травоген), нистатин, леворин и др., в сочетании с гепатопротекторами (например, Оводорин).</p> <p>2. Комплекс витаминов группы В.</p> <p>3. Лечение сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, иммунодефициты и др.).</p> <p>4. Диета, гигиенические мероприятия.</p>

Схема лечения	<p>5. Местно:</p> <p>а) в острой стадии — охлаждающие примочки 0,5% раствор азотнокислого серебра, 3% раствор борной кислоты и др.);</p> <p>б) водные, а затем и спиртовые растворы анилиновых красителей, 10% раствор буры в глицерине;</p> <p>в) мази и кремы, содержащие фунгицидные средства</p>
Прогноз заболевания	Заболевание может носить хронический характер. Прогноз зависит от формы кандидоза

Кокцидиоидоз

(син.: *кокцидиоидомикоз, болезнь Вернике—Посады*)

Этиология	Возбудитель — <i>Coccidioides immitis</i> . Обитает в почве (Калифорния, Аргентина, Мексика и др.)
Локализация преимущественная	лицо, шея, открытые участки кожи
Клиническая картина	Хроническое заболевание с преимущественным поражением кожи, легких и костей. Кожные проявления могут быть как первичного, так и вторичного происхождения (при первичном очаге во внутренних органах). Генерализованная форма заболевания начинается со специфического бронхита, в дальнейшем распространяющегося на легкие
Очаг поражения и его развитие	Проявления на коже — вторичны . Они сходны по внешним признакам с таковыми при узловатой и экссудативной эритеме (при острой форме) или напоминают проявления грибовидного микоза (при системном кокцидиоидозе): инфильтраты, абсцессы, превращающиеся в свищи. В дальнейшем — пустулезно-язвенные высыпания и папилломатозные разрастания
Формы заболевания	1. Острый кокцидиоидоз. 2. Системный кокцидиоидоз (хроническая форма)
Дифференциальная диагностика от:	1. Колликувативного туберкулеза кожи. 2. Бластомикоза. 3. Кожного лейшманиоза. 4. Споротрихоза. 5. Сифилитического шанкра. Диагностика основана на нахождении спор возбудителя
Чаще болеют	Люди, соприкасающиеся с почвой (работники сельского хозяйства, шахтеры и др.)
Возраст	Взрослый
Патогистология	<i>Острая форма:</i> воспалительный процесс. <i>Хроническая форма:</i> гранулема с очагами казеозного распада. Характерны спорангии (сферулы) — шарообразные образования с толстой оболочкой, наполненные спорами в различных фазах созревания)

Сопутствующая патология кожи и внутренних органов	Течение заболевания при системной форме — хроническое (годы). Поражаются легкие, костная ткань и мозговые оболочки . Наиболее тяжело заболевание протекает в запущенных случаях и у пациентов со сниженным иммунитетом
Схема лечения	1. Тербинафин (Ламизил), итраконазол (Орунгал) (гепатопротекторы!). 2. Амфотерицин В. 3. Леворин, нистатин. 4. Препараты йода. 5. Сульфаниламиды. 6. Местно: симптоматические средства
Прогноз заболевания	В настоящее время, как правило, благоприятный

Синдром Андогского (Andogsky)

Отмечается генетическая предрасположенность к этому заболеванию.

Включает в себя:

1. **Катаракту** (формируется к 10–15 годам).
2. **Атопический дерматит**. Начинается в раннем детстве и проходит путь от экссудативного диатеза, детской экземы до диффузного нейродермита.

Синдром Апера—Галле (Apert—Gallais)

Этиология — гормональные расстройства.

Основные симптомы:

1. **Вирилизация.**
2. **Гирсутизм.**
3. **Опухоль или гиперфункция надпочечников.**

Синдром Ашера (Ascher)

Этиология неизвестна.

Синдром складывается из неврологической и кожной симптоматики.

Неврологические симптомы:

1. **Невриты черепных нервов.**
2. **Менингомиелиты** с патологическими изменениями цереброспинальной жидкости и изменениями на ЭЭГ.

Кожа:

1. **Увеличение** (из-за отека) **верхней губы.**
2. **Деформация носа, щек.**
3. **Складчатый язык.**
4. **Часто рецидивирующий герпес на губах.**
5. **Поражаются веки и кожа лба** (часто).

Синдром Бабинского—Фрелиха (Babinski—Frohlich)

Этиология — эндокринные нарушения, опухоль гипофиза.

Основные симптомы:

1. **Ожирение.**
2. **Недоразвитие половых органов** и импотенция.
3. **Отсутствие волос** в области половых органов.
4. **Гинекомастия.**
5. **Несахарный диабет.**
6. Рентгенография черепа: **расширено турецкое седло** (опухоль гипофиза).

Синдром Бантама (Bantam)

В основе синдрома — эндокринные нарушения (гипопаратиреоидная дисфункция).

Общие проявления:

1. **Тетания, конвульсии.**
2. **Круглое лицо** (из-за отложения жира в подкожной клетчатке).
3. **Гипокальциемия.**
4. **Увеличение уровня фосфора** в крови.

Кожа:

1. **Пальцы рук отечные, ногти истончены.**
2. **Гипертрихоз лица.**
3. **Поредение волос на всем теле.**
4. **Зрительная птеригия, себорейный дерматит.** Псориазиформные высыпания.

Синдром Бека (Book)

Наследственная эктодермальная дисплазия. Наследование — ауто-сомно-доминантное.

Общие проявления:

Гиподентия в сочетании с аплазией премоляров.

Кожа:

1. **Преждевременное поседение волос.**
2. **Гипергидроз.**
3. **Ладонно-подошвенный кератоз.**

Синдром Бергмана (Bergman)

В основе синдрома — эндокринные нарушения.

Общие проявления:

1. Гипогликемия.
2. Олигурия.
3. Ангидроз.
4. Позднее половое созревание.

Кожа:

1. **Выраженная пигментация кожи.**
2. **Склеродермоподобные изменения.**
3. **Поредение волос на голове** (до полного облысения), на лобке, в подмышечных впадинах.

Синдром Берлина (Berlin)

Обусловлен эктодермальной дисплазией.

Общие проявления:

1. Маленький рост.
2. Умственная отсталость.
3. Стопы в виде «птичьих лапок».
4. Гипогонадизм.
5. Позднее прорезывание зубов, гиподентия.

Кожа:

1. **Скудное оволосение.**
2. **Ладонно-подошвенный гиперкератоз.**
3. **Ускоренное старение кожи, глубокие морщины** («кожа леопарда»).
4. **Гипергидроз ладоней и подошв.**

Синдром Бехчета

(син.: *трехсимптомный синдром; офтальмо-стомато-генитальный синдром*)

Поражаются полость рта, слизистые половых органов и глаз.

Полость рта:

1. Молочница.
2. Эрозивно-язвенные афты.
3. Резко ограниченные высыпания, имеющие тенденцию к слиянию.

Слизистая оболочка глаз:

1. Конъюнктивит.
2. Кератит.
3. Ирит.
4. Иридоциклит.
5. Геморрагический ретинит.
6. Прогрессирующая потеря зрения.

Половые органы:

1. На малых и больших половых губах глубокие болезненные язвы (с серовато-желтым дифтерийным налетом) — острая язва вульвы Липшютца—Чапина.
2. На слизистой оболочке половых органов — эрозивно-язвенные высыпания.

На коже туловища и конечностей — высыпания, сходные с таковыми при экссудативной и узловатой эритеме.

Общие проявления:

1. Высокая температура.
2. Гематурия.
3. Острые суставные боли.
4. Лейкопения.
5. Часто встречаются пирамидные расстройства и поражения черепных нервов.

Синдром Блегвада—Хакстхаусена (Blegvad—Haxthausen)

Заболевание наследственное, семейное.

Основные симптомы:

1. Истончение склер.
2. Патология остеогенеза.

Общие проявления:

Облысение, помутнение роговицы, нарушение процессов окостенения, гипогонадизм, дизэнцефальный синдром, дебильность, психические расстройства и другие аномалии.

Кожа и ее придатки:

Онихогрифоз, подногтевой кератоз, паронихии. Ладонно-подошвенный гиперкератоз (иногда с образованием пузырей), **фолликулярный кератоз кожи локтевых и коленных суставов. Очаговый лейкокератоз** слизистых оболочек полости рта, гортани, носа.

Некоторые показатели медицинской нормы

I. Гематологические исследования

1. Периферическая кровь

Скорость оседания эритроцитов	мужчины: 1–10 мм/ч; женщины: 2–15 мм/ч
Гемоглобин	мужчины: 130–160 г/л; женщины: 120–140 г/л
Цветовой показатель	0,86–1,05
Количество эритроцитов	мужчины: $4–5,1 \times 10^{12}/л$; женщины: $3,7–4,7 \times 10^{12}/л$
Количество лейкоцитов	$4–8,8 \times 10^9/л$
Лейкоцитарная формула	
миелоциты	отсутствуют
метамиелоциты	отсутствуют
палочкоядерные	1–6% ($0,040–0,300 \times 10^9/л$)
сегментоядерные	47–72% ($2,0–5,5 \times 10^9/л$)
эозинофилы	0,5–5% ($0,2–0,3 \times 10^9/л$)
базофилы	0–1% ($0–0,065 \times 10^9/л$)
лимфоциты	19–37% ($1,2–3,0 \times 10^9/л$)
моноциты	3–11% ($0,09–0,6 \times 10^9/л$)
плазматические клетки	отсутствуют
Диаметр эритроцита по эритроцитометрической кривой Прайс-Джонса	
нормоциты	$68 \pm 0,4\%$
микроциты	$15,3 \pm 0,42\%$
макроциты	$16,9 \pm 0,47\%$
Гематокрит	мужчины: 40–48%; женщины: 36–42%

Индексы эритроцита	
среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	24–33 пг/клетка
средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	300–380 г/л
средний объем эритроцита (MCV)	75–95 мкм ³
Средний диаметр эритроцита	7,55 ± 0,009 мкм
Осмотическая резистентность эритроцитов	Начало гемолиза при концентрации хлористого натрия 0,5–0,45%, полный гемолиз 0,4–0,35%
Морфозитрограмма:	
Всего измененных эритроцитов	3%
Из них:	
стоматоциты	0,5%
акантоциты	0,5%
эхиноциты	0,7%
дакриоциты	0,01%
дегенеративно-измененные эритроциты	0,01%
деформированные эритроциты	0,02%
Количество тромбоцитов	180–320 × 10 ⁹ /л
Количество ретикулоцитов	0,2–1,2%
Тромбоцитограмма	
юных	0–0,8%
зрелых	90,3–95,1%
старых	2,2–5,6%
дегенеративных	0–0,2%
форм раздражения	0,8–2,3%
Время кровотечения (метод Дьюка)	2–5 мин
Резистентность капилляров	Число петехий не более 10, их диаметр не более 1 мм
Ретенция (адгезивность) тромбоцитов	20–55%
Агрегация тромбоцитов	10–60 с
Ретракция сгустка крови	
качественный метод	30–60 мин
количественный метод	40–95%

Частота случаев среди практически здоровых людей с показателями, выходящими за пределы нормы

Показатель	Пол	Число случаев с показателями, %		Показатель	Пол	Число случаев с показателями, %	
		ниже нормы	выше нормы			ниже нормы	выше нормы
Гемоглобин	М	3,6	4,3	Лейкоциты	*	2,2	6,7
	Ж	8,9	4,4				
Эритроциты	М	4,0	5,6	Тромбоциты	*	2,2	5,2
	Ж	5,1	3,9				

* Показатель не имеет половых различий.

Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь в практике дерматовенеролога

Анафилактический шок

Неотложная помощь:

1. Прекращение введения лекарств или других аллергенов, наложение жгута проксимальнее места введения аллергена.
2. Уложить больного и зафиксировать язык для предупреждения асфиксии.
3. Ввести 0,5 мл 0,1% раствора адреналина подкожно в место введения аллергена и внутривенно капельно 1 мл 0,1% раствора адреналина. Если давление не повышается, через 10–15 минут введение адреналина следует повторить.
4. Преднизолон в вену в дозе 75–150 мг и более; дексаметазон — 4–25 мг; гидрокортизон — 150–300 мг; при невозможности ввести в вену — вводят внутримышечно.
5. Антигистаминные препараты: пипольфен — 1–4 мл 2,5% раствора подкожно, супрастин — 2–4 мл 2% раствора или димедрол — 5 мл 1% раствора.
6. При асфиксии — 10–20 мл 2,4% раствора эуфиллина внутривенно. Алулент — 1–2 мл 0,05% раствора; изадрин — 2 мл 0,5% раствора подкожно.
7. При сердечной недостаточности — коргликон — 1 мл 0,06% раствора в изотоническом растворе хлорида натрия, фуросемид (Лазикс) — 40–60 мг внутривенно струйно, быстро в изотоническом растворе хлорида натрия.

8. Если реакция развилась на введение пенициллина, ввести 1 000 000 ЕД пенициллиназы в 2 мл изотонического раствора хлорида натрия.
9. Введение гидрокарбоната натрия — 200 мл 4% раствора и противошоковых жидкостей.
10. При необходимости закрытый массаж сердца, искусственное дыхание, трахеостомия, интубация бронхов.

Приступ бронхиальной астмы

Неотложная помощь:

1. Прекращение контакта с аллергеном.
2. Введение симпатомиметиков: адреналин — 0,2–0,3 мл 0,1% раствора подкожно; эфедрин — 1 мл 5% раствора подкожно.
3. Ингаляционное введение симпатомиметика: беротек, алулент, сальбутамол (Вентолин).
4. Введение ксантиновых препаратов: 10 мл 2,4% раствора эуфиллина внутривенно или 1–2 мл 24% раствора эуфиллина внутримышечно.
5. При отсутствии эффекта вводить глюкокортикоиды внутривенно: 125–250 мг гидрокортизона или 60–90 мг преднизолона.

Астматическое состояние

Неотложная помощь:

При первой стадии

1. Глюкокортикоиды: преднизолон — 90–120 мг внутривенно или гидрокортизон — 125–250 мг либо дексаметазон — 8–16 мг струйно или капельно в изотоническом растворе хлорида натрия.
2. Инфузионная терапия.
3. Бронхолитические средства (эуфиллин по 10–20 мл 2,4% раствора внутривенно повторно через 1–2 ч).
4. Отхаркивающие средства.
5. Ингаляция кислорода.
6. Теплые ингаляции изотонического раствора хлорида натрия.
7. Массаж грудной клетки.

- При необходимости вспомогательная искусственная вентиляция легких.

При второй стадии

- Глюкокортикоиды и инфузионная терапия.
- Гепарин внутривенно 5 000–10 000–20 000 ЕД.
- Бронхоскопический лаваж.
- При необходимости перевод на искусственную вентиляцию легких.

При третьей стадии

Перевод на искусственную вентиляцию легких.

Отек Квинке

Неотложная помощь:

- Адреналин — 0,3–0,5 мл 0,1% раствора подкожно.
- Пипольфен — 2 мл 2,5% раствора внутримышечно; супрастин — 2 мл 2% раствора внутримышечно или димедрол — 2 мл 5% раствора.
- Преднизолон — 60–90 мг внутримышечно или внутривенно.
- Сальбутамол, алуpent — ингаляции.
- Горячие ножные ванны.
- Лазикс — 2–4 мл 1% раствора внутривенно струйно в изотоническом растворе хлорида натрия.
- Аминокапроновая кислота 100–200 мл 5% раствора внутривенно.
- Апротинин (Контрикал, Трасилол) 30 000 ЕД внутривенно в 300 мл изотонического раствора хлорида натрия.
- При наследственном отеке Квинке показано переливание свежей крови, свежезамороженной плазмы.

Крапивница

Неотложная помощь:

- Антигистаминные препараты (пипольфен, супрастин, димедрол, телфаст и др.).
- Необходимо вывести аллерген из организма.
- При холинэргической крапивнице показан атропин.
- В тяжелых случаях эффективны курсы глюкокортикоидов (преднизолон — 20–30 мг в течение 5–7 дней и др.).

- Гемосорбция, плазмаферез.
- В дальнейшем неспецифическая десенсибилизация (гистаглобулин, гистамин, серотерапия).

Сывороточная болезнь

Неотложная помощь:

- При легком течении внутривенно вводят 10 мл 10% раствора глюконата или хлорида кальция.
- Внутрь назначают димедрол, пипольфен, кларитин, телфаст или др.
- При тяжелом течении обязательно введение глюкокортикоидов (преднизолон в дозе 20–30 мг/сут) с постепенным снижением дозы по мере стихания клинических проявлений и полной отменой их в течение 2–3 недель.
- Патогенетическим средством лечения является гепарин (внутривенно 10 000–20 000 ЕД/сут).
- Госпитализация обязательна!

Аллерготоксикодермия

Неотложная помощь:

- В легких случаях применяются димедрол, пипольфен, супрастин, кларитин, телфаст или хлорид кальция.
- В более тяжелых случаях обязательно глюкокортикоиды в достаточных дозах — 60–90 мг преднизолона внутривенно и 20–30 мг внутрь до стихания клинических проявлений.
- В тяжелых случаях проводят гидратацию, дезинтоксикацию, коррекцию водно-солевого обмена.

Поллиноз

Неотложная помощь:

- Прерывание контакта с аллергеном.
- Антигистаминные препараты (пипольфен, димедрол, супрастин, тавегил, телфаст).
- Интраназальные и глазные капли с адреналином и эфедрином.
- Антигистаминные препараты следует чередовать каждые 10 дней.

Краткий русско-английский словарь дерматовенеролога

Общие вопросы к пациенту

Вы говорите на английском языке?	Do you speak English?
Фамилия, имя? Напишите, пожалуйста	What is your full name? Will you write it, please
Сколько вам лет? Ваш возраст? Напишите цифрой	How old are you? Your age? Put down the figures
Ваша национальность?	(What's) your nationality?
Вы холост (не замужем), женаты (замужем)?	Are you single, married?
Образование?	(What's) your education?
Кто вы по профессии?	What do you do? What is your occupation?
Где вы работаете?	Where do you work?
Чем вы занимаетесь?	What work are you engaged on?
Вы на пенсии?	Are you on a pension?
Вы на пенсии по возрасту или по состоянию здоровья?	Are you on a pension because of your age or your health?
Вы инвалид?	Are you an invalid?
Вы инвалид какой группы?	What type of invalid are you?
Ваш домашний адрес?	Your home address, please?
Адрес вашей работы?	Your business address?
Дата рождения?	What's your date of birth?
Место рождения?	(Your) place of birth?
Ваш домашний (рабочий) телефон?	Your home (business) telephone number?
На что жалуетесь?	What is your complaint?
Что случилось с вами?	What is the matter?
Что (еще) беспокоит?	What (else) is wrong with you?
Что вас привело в больницу?	What's brought you to the hospital?
Как вы себя чувствуете?	How do you feel?

Есть еще какие-нибудь жалобы?	Any other problems?
Жалоб нет? Никаких жалоб?	No complaints whatever? No complaints?
Когда появились первые признаки заболевания?	When did the first symptoms appear?
Как давно вы болеете?	How long have you been ill?
Где вы лечились по поводу своей болезни?	Where were you treated for your illness?
В чем состояло лечение?	What was the treatment?
Какими болезнями вы болели в прошлом?	What diseases have you had in the past?
Какие болезни вы перенесли в детстве?	What diseases did you have as a child?
Какими детскими болезнями вы болели?	What childhood diseases did you have?
Вы болели скарлатиной (корью, ветряной оспой, краснухой, коклюшем, инфекционным паротитом)?	Have you ever had scarlet fever (measles, chickenpox, rubella, whooping cough, mumps)?
Вы болели венерическими заболеваниями (малярией, сахарным диабетом)?	Have you ever had venereal diseases (malaria, diabetes mellitus)?
У вас не было инфекционных заболеваний (туберкулеза, сифилиса, сердечных приступов, припадков)?	Have you ever had an infections disease (tuberculosis, syphilis, heart attacks, fits)?
Вы лежали когда-нибудь в больнице, если да, то по поводу чего?	Have you ever been in hospital, if yes, for what reason?
У вас есть повышенная чувствительность к каким-нибудь лекарствам?	Are you allergic to any drugs?
У вас была (есть) необычная реакция на лекарства, сыворотки?	Have you had (have you) any unusual reaction to any drug, serum?
Кожно-венерологический диспансер	Dermatovenerologic dispensary
Госпитализация для лечения	Admission for treatment
Госпитализировать	To admit smb. to a hospital; to place a patient in a hospital
Регистратура	Registration office
Смотровой кабинет	Room for seeing patients; patients examination
Дерматовенеролог	Dermatovenerologist (dermatologist, skin specialist)