Реферат:

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ

**История развития дерматологии. Диагностика кожных заболеваний. Морфологические элементы. Этика и деонтология в практике врача дерматовенеролога**

Кожные и венерические болезни, иначе эта специальность называется дермато-венерология. Она состоит из 2-х частей. Первая – дерматология (derma – кожа, logos – слово, наука) – учение о болезнях кожи, а вторая часть – венерология – учение о венерических болезнях.

Кожные и венерические болезни в клиническом плане многосимптомны. На различных стадиях заболевания они могут симулировать терапевтические, нервные, урологические, гинекологические и др. болезни. Из практики известно, что значительная часть больных вначале обращается за медпомощью не к дерматовенерологу, а к врачам других специальностей. В таких случаях от своевременной постановки правильного диагноза и проведения в полном объеме противоэпидемических мероприятий зависит предотвращение дальнейшего распространения заразных кожных и венерических заболеваний.

Из сказанного следует, что знание основ дерматовенерологии является обязательным для врачей различных специальностей.

**История развития дерматологии**

В развитии дерматологии различают 3 периода:

I – Эмпирический период – от доисторических времен до середины 16 века. В этот период кожные болезни носили описательный характер.

II – Морфологический период – с середины 16 века до середины 19в. Отсюда начинается отсчет современной дерматологии. В этот период предпринимаются первые попытки создания классификации болезней кожи. Во 2-ой половине 18 века дерматология выделяется как самостоятельная наука, обладающая собственными методами исследования кожных процессов.

III – Этиопатогенетический – от середины 19в. до настоящего времени.

В начале 19 века формируются 4 основные дерматологические школы: английская, французская, немецкая и русская.

1. Английская школа. Она имела морфологическое направление. Основатель школы Виллан (1757 – 1812). Он предложил классификацию кожных болезней, основанную на чисто морфологических признаках сыпи. Это положительное. Отрицательное – Виллан не учитывал зависимость возникновения дерматозов от общего состояния организма, внутренних органов и нервной системы. Представителями этой школы были Бейтман, Гетчинсон.
2. Французская школа. Она имела гуморальное направление. Основатель – Алибер (1766 – 1837). Он предложил оригинальную систематику кожных болезней в форме «дерева дерматозов», ствол которого представляла кожа, разветвления – роды болезней, ветви – их виды и веточки – разновидности. Алибер считал, что большинство кожных заболеваний своим возникновением обязано общим расстройством организма, порчи «соков», диатезу. Французская школа сыграла большую роль в развитии учения о сифилисе. Представителями этой школы были: Базен, Жибер, Видаль.
3. Немецкая школа. Она имела патологоанатомическое направление. Основателем является Гебра (1816 – 1880). Он предложил новую патологоанатомическую классификацию кожных болезней. Впервые начали использовать гистологическое и микроскопическое исследование при болезнях кожи – положительное. Отрицательное. Отклонили учение о конституции, недооценивали значение питания, патологии внутренних органов и нервной системы в развитии заболеваний кожи и рассматривали последние только как местные поражения кожи. Учеником Гебры был венгр Капоши.
4. Русская дерматологическая школа. Она имела патогенетическое направление. Основоположником ее является А.Г. Полотебнов. Он впервые успешно применил зеленую плесень для лечения пиогенных и сифилитических язв; этим он как бы превосхитил открытие пенициллина.

Основными особенностями русской дерматологической школы являются: клиническое, физиологическое, функциональное и профилактическое направление, а также комплексная терапия. Дерматология в России основывалась на учебниках Гебры.

К числу выдающихся отечественных дерматологов следует отнести: чл.-корр. АМН РФ С.Т. Павлова, академика О.Н. Подвысоцкую, чл.-корр. АМН РФ П.В.Кожевникова, проф. П.В.Никольского, проф. А.И.Поспелова и др.

Кафедра кожных и венерических болезней ОГМА организована в 1921г. Первым организатором и руководителем ее является проф. Е.С. Сорокин. Он был прекрасным клиницистом и педагогом. Сорокин руководил кафедрой до 1954г., а с 1954г. по 1960г. кафедрой заведовал проф. Кондратьев Г.Г. В этот период (1921 – 1960гг.) кафедра имела дерматологическое направление. Изучались патогенез, клиника, лечение и профилактика кожных заболеваний, уделялось внимание проф. заболеваниям кожи.

С 1960г. по 1979г. кафедрой руководил проф. Б.А. Теохаров. Направление кафедры стало иным, изучались венерические болезни. Проф. Б.А. Теохаров впервые в нашей стране доказал, что мочеполовой трихомониаз передается половым путем, отвергая факт передачи инфекции через водоемы. Им впервые в стране описаны влагалищная гарднерелла, остроконечные кондилломы, как венерическая форма неполовой инфекции. Впервые на нашей кафедре начали изучать урогенитальный хламидиоз. С 1979г. по 1986г. кафедрой заведовал доц. Н.В.Титов, а с 1986г. проф. А.И.Новиков. Кафедра в настоящее время имеет дерматологическое направление и занимается изучением эфферентных методов терапии в дерматологии. Нами впервые в стране применена ксеноспленосорбция при лечении хронических рецидивирующих дерматозов.

**Диагностика кожных заболеваний**

**Диагностика кожных болезней** состоит из выяснения жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни и объективного обследования больного.

Выяснение жалоб: 1) со стороны общего состояния (слабость, быстрая утомляемость и др.), 2) со стороны кожи (ощущение жара, жжения, зуда и др.), 3) со стороны др. систем и органов.

Анамнез заболевания (anamnesis morbi) – время начала и особенности развития данного заболевания, что предшествовало возникновению дерматоза, сезонность, источник заражения и контакты для больных заразными заболеваниями кожи и др.

Анамнез жизни (anamnesis vitae) – развитие в детстве, трудовая деятельность, профессия, жилищно-бытовые условия, перенесенные болезни, аллергологический анамнез, наследственность.

Методика объективного обследования больного:

1. исследование общего состояния больного, состояние различных систем и органов с целью выявления сопутствующих заболеваний, играющих роль в патогенезе дерматозов.
2. Осмотр всего кожного покрова. Обращаем внимание на общую окраску кожи, рисунок и эластичность кожи, состояние кожных фолликулов, ногтей, сало- и потоотделения, на следы перенесенных заболеваний. Акцентируем внимание на 2 рефлексах – сосудодвигательный (дермографизм) и мышечно-волосковый.
3. Осмотр патологического процесса. Обращаем внимание на его распространенность, локализацию, симметричность поражения, на характер высыпаний (мономорфный, полиморфный). Необходимо определить из каких элементов состоит сыпь, провести ее осмотр, пальпацию, прокол иглой, поскабливание, диаскопию, биопсию.

**Морфологические элементы**

Они делятся на первичные и вторичные. Первичные в свою очередь на бесполостные и полостные. К бесполостным первичным морфологическим элементам относятся:

1. Пятно (macula) – ограниченное изменение окраски кожи или слизистой оболочки. Пятна бывают различных размеров и очертаний, их поверхность, как правило, не возвышается над уровнем окружающей кожи. По механизму вознивновения различаются: пятна сосудистые, геморрагические, пигментные и артифициальные (искусственные).

Сосудистые пятна в свою очередь подразделяются на воспалительные и невоспалительные. Воспалительные пятна возникают вследствие расширения сосудов, различают розеолу и эритему. При надавливани они исчезают. Невоспалительные сосудистые пятна образуются в результате нервно-рефлекторного расширения сосудов, например, эмоциональные пятна, телеангиэктазии, родимое пятно.

Геморрагические сосудистые пятна возникают либо в результате повышения проницаемости сосудов, к ним относятся петехии, пурпура, либо при разрыве крупных сосудов – экхимоз, более крупные – гематома.

Пигментированные пятна бывают гиперпигментированными – при увеличении содержания в коже пигмента, например, веснушки, лентиго, хлоазмы. Гиперпродукция меланина может быть обусловлена заболеванием печени, надпочечников, щитовидной железы. Депигментированные пятна возникают в результате полного исчезновения пигмента, например, альбинизм, витилиго.

Артифициальные (искусственные) пятна, которые наносятся на кожу искусственно, например, татуировка, лекарственные пятна, укусы вшей.

2. Папула (papula). Элемент, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в эпидермисе или сосочковом слое дермы. Она возвышается над уровнем кожи, плотная на ощупь, разрешается без следов. По форме различают папулы плоские, полушаровидные, остроконечные. По очертаниям папулы могут быть полигональные, округлые, неправильные. По величине их разделяют на милиарные (с просяное зерно), лентикулярные (с чечевицу), нумулярные (монетовидные) и бляшки (слившиеся между собой папулы). Они могут быть эпидермальные (пл. бородавки), эпидермально-дермальные (нейродермит, красный плоский лишай, псориаз), дермальные (вторичный сифилис).

3. Бугорок (tuberculum). Элемент, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в сетчатом слое дермы. Бугорок возвышается над поверхностью кожи, плотной или тестоватой консистенции; разрешается с образованием рубца или рубцовой атрофии. Бугорок характерен для туберкулезной волчанки, третичного сифилиса, лепры.

4. Узел (nodus). Элемент, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в подкожной жировой клетчатке. Он может проходить бесследно или с образованием рубца или рубцовой атрофии. Консистенция узла варьирует от мягкой при туберкулезе до плотно-эластической у больных с третичным сифилисом, лепрой. Узлы чаще имеют красно-бурую или красно-синюшную окраску.

5. Волдырь (urtica). Элемент, возникающий за счет острого ограниченного отека сосочкового слоя дермы. Волдырь разрешается быстро и без следа, встречается при крапивнице, укусах насекомых.

Полостные первичные морфологические элементы.

1. Пузырек (vesicula). Элемент, содержащий полость, заполненную серозной жидкостью, размером до горошины. Образуется за счет межклеточного и внутриклеточного отека – при экземе, дерматите. Пузырек располагается в эпидермисе, разрешается бесследно.

2. Пузырь (bulla). Элемент, содержащий полость, заполненную серозным или геморрагическим экссудатом. Величина пузыря может быть до ладони и более. Встречается при пузырчатке, дерматите Дюринга и др., проходит бесследно.

3. Гнойничок (pustula). Элемент, содержащий полость, заполненную гнойной жидкостью. Разновидности: импетиго – поверхностный гнойничок, эктима – глубокий гнойничок, залегает в дерме или подкожно-жировой клетчатке, при разрешении образует рубец. Фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула. Акне (угри) – гнойное воспаление сальной железы. Встречается при пиодермитах.

Вторичные морфологические элементы. К ним относятся:

1. Чешуйка (squama). Разрыхленные, отторгнувшиеся пластинки, потерявшие связь с эпидермисом. Отделение чешуек называется шелушением (desquamatio). В зависимости от величины чешуек различают муковидное и пластинчатое шелушение.

2. Корка (crusta) – представляет собой ссохшийся экссудат. По внешнему виду они бывают серозные (желтые), геморрагические, гнойные (желто-зеленоватые).

3. Эрозия (erosio) – дефект в пределах эпидермиса. Заживает бесследно.

4. Язва (ulcus) – дефект в пределах дермы и подкожно-жировой клетчатки. Заживает оставляя рубец. Язва имеет дно, края.

5. Трещина (fissura) – линейный дефект кожи. Возникает при длительной воспалительной инфильтрации, сухости, потере эластичности кожи. Поверхностная трещина располагается в эпидермисе и не оставляет рубца, а глубокие – в дерме, заживают рубцом.

6. Экскориация (excoriatio) – повреждение кожи, главным образом, за счет расчесов при зудящих дерматозах.

7. Рубец (cicatrix) – замещение дефекта соединительной тканью. Различают гипертрофические (келлоидные) рубцы (при скрофулодерме) и атрофические.

8. Рубцовая атрофия характеризуется отсутствием изъязвлений о образуется путем замещения инфильтрата нежной волокнистой субстанцией. При этом рисунок кожи исчезает (эритематоз, лепра и др.).

9. Лихенификация (lichenificatio) – очаг усиленного рисунка кожи, сопровождается утолщением ее, гиперпигментацией и сухостью. Возникает при нейродермите, экземе.

10. Вегетация (vegetatio) – разрастание сосочков дермы и эпидермиса и возникновение папилломатозных образований на коже.

11. Пигментация (pigmentatio) - возникает в результате изменения содержания пигмента на месте первичных морфологических элементов (папулы, бугорка, узла, пузыря).

**Этика и деонтология в работе дерматовенеролога**

Врачебная этика – наука о нравственных началах в деятельности врача. Ее предметом является нравственная психоэмоциональная сторона деятельности врача и его отношение с больным, обществом, коллегами.

Деонтология – это сплав нравственных и профессиональных знаний и умений врача. Одной из важнейших особенностей врачебной этики в деятельности дерматовенеролога является врачебная тайна. Она имеет 2 аспекта: 1) врач не должен разглашать в обществе сведения о больном, которые получил в процессе обследования и лечения, 2) врач не должен сообщать больному сведения, которые могут вызывать ятрогенные последствия.

Дерматовенеролог учитывает интересы не только больного, но и общества, которые порой бывают противоречивы. Во всех случаях, когда это не противоречит интересам общества, венеролог обязан соблюдать врачебную тайну и за ее разглашение несет ответственность по всей строгости закона. Иногда с целью защиты других лиц от возможного заражения (полового или бытового) дермато-венерологу приходится открывать истинный характер заболевания. Такая мера по отношению к больному с заразной формой сифилиса или гонореей вполне допустима и оправдана.

Дерматовенерологу следует быть осмотрительным при сообщении больному диагноза, особенно сифилиса. У больных могут возникнуть депрессия, отчаяние, известны даже случаи самоубийства - cифилофобии

**Литература:**

1. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и беременность // Акуш. и гинек. -1996. -№6. -С 3-5.

2. Анкирская А. Е. Бактериальный вагиноз // Акуш. и гинек. - 1995. -№6. - С. 13-16.

3. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экспериментальных состояниях в гинекологии. -СПб: Гиппократ. - 1992. -С.176.

4. Баранов А.Н. // Журн. акушерства и женских болезней. - Спец.выпуск. - 1995. -С. 14.

5. Безруков В.М., Назаренко Е.Г., Доронина Е.П., Екимов А.Н., Файзуллин Л.З. Сухих Г.Т., Говорун В.М. Клиническое значение определения биоваров Ureaplasma urealyticum с использованием ПЦР-диагностики // Тезисы на II Всеросийской конференции "Полимеразная цепная реакция в диагностике и контроле лечения инфекционных болезней", Москва, 1998, стр. 31-34.

6. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дис. докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 1995. 40с.

7. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз // Акуш. и гин. - 1990, 8. - С. 10-13.

8. Кира Е.Ф. Клиника и диагностика бактериального вагиноза // Акуш. и гинекол. - 1994. -№2. -С. 32-35.

9. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А., Саркисов С.Э. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах, Москва. - 1999. - 80с.

10. Коршунов В.М., Кафарская Л.И., Багирова М. Ш. и др. Изучение влияния "Солкотриховата" на вагинальную микрофлору у больных с папилломавирусной инфекцией в ассоциации с цервикальной интраэпителиальной неоплазией // ЖМЭИ. - 1994. - №5, С. 13-17.

11. Кубанова А.А., Аковбян В.А., Федоров С.М., Бакалова Л.А., Халатов А.О. Состояние проблемы бактериального вагиноза // Вестн. дермат. и венерол. - 1996. -№3. - С.22-26.

12. Ларсен Б. Микрофлора родовых путей в норме. Репродуктивное здоровье. Перев. с англ. // Общие инфекции Т. 1. - М.: Медицина. - 1988. - С. 17-45.

13. Ленцер А.А., Ленцер Х. П. Актуальные проблемы микроэкологии человека // В кн.: Аутофлора человека в норме и патологии и ее коррекция. Горький, 1988.-С. 10-14.

14. Летучих А.А. Лечение и профилактика кольпита // Акуш. гинек.. -1995. -№7. -С. 65-68.

15. Мавзютов А.Р., Габидуллин З.Г., Ахунов Э.Д., Туйгунов М.М. и др. Бактериальный вагиноз - принципиальные вопросы этиологии, диагностики и лечения.

16. Мартикайнен З.Н. Коринебактерии, обнаруженные при кольпитах и пуерперальных осложнениях // Клин. лаб. диагн. - 1995. -№4. - С. 45-48.

17. Муравьева В. В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста // Дисс. Канд. мед. наук, Москва, - 1997.

18. Назарова Е.К., Гиммельфарб Е.И., Созаева Л.Г. Дисбактериозы влагалища: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика. М. -2000. - 7с.

19. Никонов А.П., Анкирская А.С., Нисилевич В.Ф. //Акушерство и гинекология. -1993. - №3. - С.20-23.

20. Пинегин Б. В., Коршунов В.М., Шкарупета М.М., Мальцева Н.Н. Индигенные микроорганизмы как иммуномодуляторы // В сборнике "Иммуномодуляторы", Москва. - 1987. - С. 149-156.

21. Савичева А. М., Башмакова М. А. Микробиоценозы влагалища и их регуляция // Тез. докл. научн. конф. "Дисбактериозы и эубиотики". - М., 1996. - С. 33.

22. Соловьева И. В. Характеристика микрофлоры влагалища в норме и патологии // Дисс. Канд. мед. наук., Москва, - 1987.

23. Сорока А. Е., Акопиан Т.А., Тараскина А.М., Савичева А.М., Говорун В.М. Аллельный полиморфизм tetM детерминанты в клинических изолятах M. hominis, устойчивых к тетрациклину // Тезисы Международной конференции "Антибиотики и антибиотикорезистентность на пороге XXI века", Москва, 2000.