**Первич элементы сыпи:** 1) пятно (maculla) - 1ый морфологич элемент, кот не возвыш-ся над окр кожей, не имеет пол-ти, не оставляет рубцов и представляет собой изм-е цвета кожи. Бывают: а) восполит –аллерг дерматит, сифилис, экзема (до ногтя мизинца- розеола, больше эритема); б)невосполит: пигментные(гипер-, гипо-, депигментированные), сос-е (гемарагич) точеч кровоизлияния – питехии, с ноготь мизинца – экхимоза, больше- пурпура. 2) папула (узелок) – 1ый морфол элем, возвыш-сянад уровнем кожи, не имеет пол-ти, не оставляет рубцов (псориаз, нейродермит, сифилис); размером с булавоч головку –милиарные, с чечевицу – лентикулярные, с монету – нумулярные, с бляшку –бляшковид. 3) Бугорок – 1ый морфол элем, возвыш-ся над кожей, не имеет пол-ти, оставл-ет рубцы и размером до горошины (туберкулёз, проказа). 4) Узел – опр-е как у бугорка, но размер больше горошины, распад-ся с обр-ем язвы (туберкулёз, лейшманиоз). 5)Пузырёк (vesicula) – 1ый морф Эл, возвыш-ся над кожей, имеет пол-ть, рубцов не оставл-ет, размеры до горошины (герпес, экзема).

6) пузырь – 1ый морф Эл, возвыш-ся над кожей, имеет пол-ть, оставл-ет рубцы, размеры больше горошины (пузырчатка) 7) гнойничок (pustulа) – 1ый морф Эл, возвыш-ся над кожей, имеет пол-ть с гноем, связан с волосяным фолликулом, может оставлять рубцы (пилодермиты). 8) волдырь – 1ый морф Эл, возв-ся над кожей, рубцов не оставл-ет, пол-ти нет, представл-ет местный отёк кожи (крапивница).

**Вторич элем сыпи:** 1)вторичное пятно – может остаться после любого 1го элем, в виде гипо- или гиперпигментации. 2) Чешуйка – физиологич отторжение отживших пластинок: мелко-, крупнопластинчатые, муковидные, ропии - твёрдые чешуйки. 3) корка – обр-ся при подсыхании сероз тк, кр, гноя и т.д. (пиодермиты, экзема). 4) экскориация –отторжение чешуйки пластами. 5)трешина – надрыв кожи линейной формы, при наруш эластич-ти кожи 6) эрозия- поверх дефект кожи в пределах эпидермиса (экзема, пилодермит, пузырчатка) 7)язва –дефект глубже баз мемб (фурункул, глубокие пустулы) 8) рубец – соед-тк обр-е: физиол, гипертрофич (возв-ся над кожей), атрофич (западают).9) вегетация – разрастания 10) лихенификация – обр-ся при воспол-и кожи, сопров-ся зудом → расчёс→ зуд, кожа утолщается, тяжело собир-ся в складку (нейродермит).

**Ф-ии:** защит (мех – растяжение, хим, биол),орган чувства, терморегул, секретор, дых-ая, резорбтивная (жиро-раствор-е вещ), обменная, иммунобиол (МФ, иммунокомпет. Кл), депо кр (глуб, поверх сплет), связь с внут органами.

**Дерматит-(Д)** воспол проц развив-ся из-за возд-я на неё агента внеш среды. Класс-я: 1) простой (контактный) – выз-ся облигат раздраж-ми-попад-е на кожу вызыв разв-е Д (↑ или ↓t, УФО, р-ры щелоч к-т, отморож-я, ожоги и т.д.) Клиника: покрас-е кожи, пузыри. 2) аллергич- при возд-и факультат факторов, у лиц с ↑ чувств-тью к лек пр-там, синтет тк, хрома, порошки, пластмас и др хим вещ. Клин: покрас-е кожи, папулёз, везикул, булёз элементы. Локализ-я выходит за пределы аллергена, интенсив зуд. Роль кож проб: выявление гиперчувс. к алергенам. Леч: смаз-т пит кремом, КС мазь, кефир, сметана; пуз- вскрыв, удал содерж-е, эрозии обраб анилин красками, оксиформ, антисепт, антибиот.

**Экзема-** аллер р-я замед типа, возн-я остро и приним-ая хр теч. Полиэтиологич забол: экзоген и эндоген причины, предрасполож-ть. П-з: протек на фоне наруш-я ЦНС, угнет-е Тл и ↑ Вл→ дисIgемия. Класс-я: по стадиям: 1) ст эритемы 2) ст мокнутия 3)ст воост-ия; По форме: 1)истинная- на кистях (часто контактир-т с аллергеном) покраснение кожи, мелкие, красные папулы→ везикулы → + инф-я пустула. Сильный зуд. Вскрываясь обр эрозии, выдел-е ээксудат, по мере стих-я проц обнар-ся шелуш-е; часть пузырьков не вскрыв-ся→ обр корочки, отторгаются→ N кожа. Все эти проц могут обнар-ся одновременно, т.е. полиморфизм, но часто какая-то стадия преобладает. 2) микроб- из-запиодермии, в качестве аллергенов- токсины м/о. Высып-я вокруг очага. Вскрыв-ся пустулы наз экзематоз-ми колодцами, отдел-ми каплями серозный экссудат. Очаг имеет чёткие границы. 3)детская-по типу истинной, легко присоед-ся 2ая инф-я. 4) профессион-я- при контакте с солями Ni,Cr горюче- смазочными материалами. 5) себорейная- вяло тек прц, в области грудины, м/у лопатками и т.д. бляшки с четко очер­ченными фестончатыми границами, разрешаясь в центре кольцевид фигура. Леч: антигистам пр-ты- 2 (1 пок + 2 пок); гипосенсибил-е терапия- тиосульфат Na, глюконат Ca; мочегон пр-ты; седатив пр-ты; КС горм-ы (в тяж случаях); вит С; гемодез. Местно: примочки- индифферентные (борные), антисептич-е (фурацилин-е), дубящие (отвар коры дуба); КС крем (адвантан). При хр экземе: сан кур леч, физиотерапия.

**Токсидермия -** гр забол представл-й собой аллергич р-ю на аллерген попад-ий в основном парентерально. Этиология: экзогенные (лек пр-ты, пищевые прд-ы, производ-е и быт хим вещ и т.д.) и эндогенные (аутоинтоксикации из-за нарушя ф-и ЖКТ, печени, почек). П-з за счёт сенсибилизации орган- ↑ чувст-ть опр-ся кол-вом аллергена и иммун-й реак-тью орган. Клин: появл-ся от нескол часов до 2-3 нед; розеолёзные пятна без субъективных ощущений; сопров-ся зудом; сыпь распр-ся по всему телу →папулёз высыпания, редко буллезные высыып-я, синдром Лейелла (↑ t, появление сыпи из гипремич-их пятен, ч/з несколько дней болез-я эритема, вскоре отслоение эпидермиса). На фоне приёма САП появл-ся очаг эритемы, сущ-т 5-7 дней→ превращ-ся в гиперпигментацию. Послед-е приёмы приводят локализ-и проц в том же месте и к большей пигментации. Бромистые угри – папулы размером до ногтя мезинца, обр-ся пустула- подсыхает с обр-ем гной корки. Токсич-я меланодермия – из-за хр контакта с углеводородами: сине-чёр пятна превращ-ся в синеватую пигментацию→ атрофия. Леч: отмена пр-та, щадящая диета, мочегон, слабит-е, восст-е ЖКТ, печени, почек, тиосульфат Nа, хлорид Са, антигистаминные пр-ты. Местно- лёгкие стеройды (гидрокортизон).

**Крапивница** - острое высыпание на различ участках кож покрова волдырей, появление кот предшествует ощущение зуда. Размеры от чечевицу до лодони. Круглые, овальные или крупнофестончатые Ч/з несколько часов и дней может исчезнуть. Этиол: экзоген и эндоген факторы→аллергич р-я немедл-го типа. Возник отёк из-за ↑ прониц-ти сос-в при возд-ина неё БАВ (гистамин). Выдел-т: острую (из-за↑ чувств-ти к пищевым(яйца, мясо, злаки) и лек пр-ам) и хр. (из-за забол наруш ф-и печени, почек, ЖКТ, глистные инвазии) крапивница. Разновид-ти: 1) псевдоаллергич – при непосред-ом возд-и вещ на туч кл- гистаминолибираторы антибиот, пр-ты содерж-е апиаты, алкоголь, некот прод-ты пит-я(тунец). 2)Физич-я (искусственная) – за счёт физич возд-я на кожу. 3) детская – в возрасте от 5-6 до 2-3лет папуловезикулы по всему кож покрову с булавоч головку, сильный зуд. Этиология: неправил или чрезмерное пит. Леч: Слабит-е (сульфат Nа – очистить кишечник), антигистаминные пр-ты (димедрол 0,05 х 3р), в/в 10% р-р СаСl2.

**Стафилодермия**. Этиология: 1) экзогенные- м/о, загрезнение кожи, микротравмы, переохложд-я; 2) эндогенные -↓ имм-та, гиповитаминозы, примен-е иммунодепрессантов,ГК гормоны. Остеофоликулит- пустула с булавоч головку в устье волос фолликула, локализ-ся на коже лица, шеи, предплечий, голени. Предраспол-е факторы: трение, бритьё, втирание мазей, ↑ потливость. Сопровож-ся лёгким зудом. На 4-5 день пустулы подсыхают с обр корочек заживают не оставляя следов. Иногда, разрастаясь переф-ки может достигать размеров круп горошины-стафилокок-е импетиго. Фолликулит- болезненные узелки красного цвета величиной от горошины до вишни, пронизанной волосом. Ч/з 1-2 дня они рассас-ся или нагнаив-ся превращаясь в небол-ой абсцесс и вскрыв-ся. Леч: обтирание пораж-х участков 2% салициловым спиртом, зелёнкой, вскрытие фолликула. Вульгарный сикоз- хр стафилококк пораж-е кожи, локализ-ся на коже лица, бороды, усов, возник из-за горм-х наруш-й . Харак-ся рецедив-им высыпанием остеофоликулярных пустул, кожа постепенно уплотняется и приобретает синюшный цвет, пустулы вскрыв-ся → гнойные корки. Клин: лёгкий зуд. Фурункул - острое гнойно-некротич воспол-е волос фолликула и окр его соед тк. Сначало остеофоликулит → ч/з 1-2 дня инфильтрат, быстро ↑ в размерах, багрово-красного цвета, нарастание болезн-ти → ч/з 3-4 дня в центре инфильтрата опр флюктуация. После размягчения фурункул вскрыв-ся и выдел-ся небол кол-во гноя, видна некротич тк→ ч/з2-3 дня вместе сгноем и кровью отходит стержень, обр глубокая язва, запол-ся грануляциями→ ч/з 2-3 дня полное заживление. Леч: местно- при созревании- ихтиол(для улучшения созревания); для улучш-я оттока гноя – повязку с гипертонич р-ром; 3 этап- мазь с антисептиками- Вишневского, эритромициновая, гентаминовая. При фурункулёзе - общее леч: антибиот, ↑ имм-та- аутогемотерапия, специф иммунотерапия – стафилококк анатоксин. Карбункул- сливание нескольких фурункулов. Клин: высокая t, ознобы, голов боль. Леч: + деинтоксикац-я терапия. Гидроаденит- гнойное воспол апокрин желёз, величиной с горошину→лесного ореха, болезнен лимфоузлы. Кожа богрово-красная. Плот узлы быстро размягч-ся и вскрыв-ся с ьол кол-ом гноя. Пол-ть запол-ся грануляциями→ рубец. Предраспол-е факторы: ↑ потливость, несоблюд. частоты тела, раздраж-е при бритье тупой бритвой. Леч как и при фурункулёзе.

**Стрептодермия**. Этиология: 1) экзогенные- м/о, загрезнение кожи, микротравмы, переохложд-я; 2) эндогенные -↓ имм-та, гиповитаминозы, примен-е иммунодепрессантов,ГК гормоны. Стрептококк импетиго- острое высыпание пузырей (фликтен), окруж-ым узким розовым венчиком, в теч нескольких часов вскрыв-ся, содерж-е засыхает, обр-я слоистые или бугристые медово-желтого цвета корки. Стрептококк заеда- в углу рта небол эрозия, окр-ая узким роговым воротничком, в центре небол трещина. Также корочки. Поверх-ый панариций – на ногтевом валике. Стрептококк опрелость- разв-ся на соприкосающихся поверх-х кож складках: бедренно-мошоноч, межъягодич, в подм впадинах, под молоч впадинами. Хаар-ся обр-ем сплошной эрозивной мокнущей поверх-ти ярко-розового цвета, резко отгранич от окр здор кожи узким эпидермал воротничком. Субъективно: жжение, зуд, боль. Предраспол-е факторы: ↑ потливость, сальность кожи. Эктима- начин-ся пузыря или глубокой эпидерм-й пустулы величиной с крупную горошину и более. Проник-ю способ-т микротравмы и расчёсы. На 3 сутки пустула подсыхает, обр-ся гнойно-кровянистая корка, после её удал-я – язва округлой или овальной формы, покрытымгряно-серым налётом и легко кровоточящим дном. Ч/з 2-3 нед язва медленно заживает с обр рубца. Локал-я их на коже голений, ягодиц, поясницы. Леч: общее- антибиот при тяж формах, местно- анилиновые краски, мази содеож-е антисептич ср-ва, дезинфицир-е мази (5% стрептоцидная), Здор кожу обтир 2% салициловым спиртом. Нельзя промывать корки → распростр-е проц.

**Нейродерматозы.**  Кож зуд- своеобр-е ощущ-е, вызыв-е потреб-ть почесаться. Это забол, единств-ым симптомом кот явл-ся кож зуд. Этиология: пораж-е анализаторов( центр, переф, проводни). Клин: зуд, расчёсы, полиров-е ногти. Атопич нейродермит. В детском возрасте, после приёма пищи появл-ся покраснение кожи (щёчки и ягодицы) – детский диатез. При дальнейшим разв-и разв-ся клиника детской экземы, проявл-ся до 4-6 лет, на коже туловища и конеч небол-е волдыри, в центре обр папуловезикула размером с балавочную головку. Сильный зуд → расчёсы→ кровянистые выдел-я. При леч-е стихает, но остаётся лехенификация. Локаз-я: сгибатели. Хар-но: осенне-зимние обострения и весенне-летние римиссии. Леч: исключить шоколад, яйца, рыба, орехи, ягоды, молоко. Можно- крупы(рис, кукуруза, гречка), капуста, отварное мясо, кабачки. Стабилизаторы туч Кл: кетотифен. Антигистаминные пр-ты, седат пр-ты. Местно: ГК (адвантан, эллоком), селективная фототерапия, ПУВА-терапия. Сан-кур леч.

**Красный плоский лишай** – хр заб-е, хар-ся мономорфными высыпаниями папул на коже и видимых слиз обол, особенно часто на слиз обол рта и красной кайме губ. Теории этиологии и патогенеза: нейрогенная, инфекционно-аллергическая, эндокринно-обменная, вирусная, наслед-я. Излюб лок-я: сгиб пов-ть предплечья, туловище, голени, половые органы, слиз обол пол рта. Эл-ты сыпи: папулы, чешуйки, бляшки, гиперпигментированные пятна. Гистология: неравномерный гранулез, акантоз, полосовидный инфильтрат в дерме. Диагн-е феномены: полигональные очертания, фиолетово-синюшный цв, восковой блеск, пупкообразные вдавливания, сетка Уикхема. Субъек ощущения: зуд, при лок-и во рту: боль, жжение (при эррозивно-язвенной форме). Стадии: прогресс-я, стац-я, регресс-я. Клин разн-ти: обычная, остроконечная (перифолликулярная); гипертрофическая (бородавчатая), кольцевидная; атрофич, склеротическая, зониформная; пемфигоидная (пузырчатая), эрозивно-язвенная. Дифдиагноз: псориаз (тенденция к периф росту папул и их слиянию с обр-ем крупных бляшек; преимущественная лок-я на разгиб пов-ях крупных суставов; папулы имеют округлые очертания; патогномоничная для псориаза триада феноменов: "стеаринового пятна", "терминальной пленки", "точечного кровоизлияния"), нейродермит (лихенизация, белый дермографизм), папулезный вторич сиф (темно-красный цв папул; увел-е периф-х л/у; «+»серореакции). Лечение: седат ср-ва, вит В1, В6, В12, С, РР,гипосенсибил-е пр-ты, антигист ср-ва, пр-ты хинолинового ряда, АБП, ГКС, физио- и сан-кур лечение.

**Псориаз** – хр рецид дерматоз, хар-ся высып на коже обильно шелушащихся папул. Этиология неизвестна, но им-т значение: вирусная теор, инфек-аллерг процесс (очаги фокальной инфекции, тонзиллит), нар-е обмена в-в, особенно липоидного, нейро-эндокринные расстр-ва, наслед заб-я. Патогенез: в норме кл-ки эпидермиса дел-ся с опр-й скор, а при П скор > в 10-20 раз. Клетки перех-т с базал слоя и они не успевают ороговевать (паракератоз). Протоонкогены ответ-ны за пролиф-ю, белки ингибиторы протоонкогены. Появ-ся чаще после травмы кожи, простуд забол, после стрессов. Перв проявл на вол части головы, коленях, локтях. Папула с булав головку растёт до бляшки ярко роз цв, верхушка корочки. При поскабливании симп стеарин пятна→псориат пленки→кровяной росы. Излюб лок-я разгиб ниж конеч. Стадии: 1. прогрессир-я (цв ярко-роз, шелушение обильное), 2. стац-я (синюш цв, роста нет), 3. регрессир (выздоровление, но ост-ся дежурные бляшки на локтях и коленях). Разл-т: экссудативный П (повыш выраб-ка промиелокортикоидов), артропатический (мелкие суставы кистей, стоп →деформация суставов). Псориатич-я эритродермия (при длит стрессе, тяж травмы, высып-я по всему кожн покрову. Кожа ярко-красная, повыш t, недомогание, увел-е л/у, выпадают волосы). Пустулезный псориаз (появл-ся пустулы, содер-е кот стерильно) Ладонно-подошвенный П. (истыканность ногтей (симп наперстка), симп масл-го пятна, разр-е ногтев-х пластинок). Дифдиаг с вторич сиф (темно-красный цвет папул; увел-е периф л/у; «+»серореакции). Лечение: УФ , ПУВА-тер, ретиноиды, пр-е вит D3, гемодез, эссенциале; местно – ГКС мази, кератопласт-е, солидоловая мазь, серодегтеарные мази.

**Себорея-** проявл-ся салоотдел-ем на участках кож покрова, наиб-ее богатыми сальными железами: на лице, волосистой части головы, верх части спины и груди. Хар-но обр-е угрей (вульгарные угри)– элемент кож сыпи, возник-х в рез-е воспал-я сальных желёз. Этиология: наруш-я эндокрин и нервной сис-мы, т.к. они регул ф-ю желёз. Различают клин разновид-ти угрей: 1) папулёз угри- поверх-е восполит-е узелки розового или синюшно-красного цвета величиной до мелкой горошины. 2) пустулёзные – папулёзные угри с пустулой в центре. 3)индурат-е – крупные, плотные, синюшные папулёзные или папулопустулёзные элементы; со временем они рассасыв-ся или размягч-ся и вскрыв-ся с выдел-ем слизисто-гнойной жид-ти, могут сливаться м/у собой глубокими ходами обр-я сливные угри. 4) флегмонозные – мягкие, уплощенные, ярко-красные болезненные образования диаметром до 1 см, после вскрытия выдел-ся бол кол-во гноя. В завис-ти от консистенции кож сала выдел-т: 1) жидкая – чаще у девочек, кожа лица тонкая, нередко слегка гепиримированная, блестящая. Устья вывод протоковсаль желёз и волосяных фолликулов расширены, из них легко выдавл-ся полупрозрач сальные нити. Папулёз или пустулёз угри, в более тяж случаях флегмоноз и сливные. К 20-22 годам кожа лица освобож-ся от угрей. 2) густая - чаще у мужчин. Кож сало более густое и смещиваясь с роговыми массами, обр в вывод протоках саль желёз пробки, выглядят в виде черных точек. Кожа менее саль-я, но грубая с грязно-серым оттенком. Хар-но: индурат, сливные угри, кисты сальных желёз – поверх-е (милиум – в виде белого полушаровид узелка величиной до булавоч головки) и глубокие (атеромы- величиной от крупной горошины до лесного ореха). Забол-е обычно заканч-ся к 26-28годам. 3) смешанная- переход форма от жид к густой. Леч: при жид назнач – пр-ты Са, бромкамфора, беллойд, гидротерапия (ванны, души, морские купания) – для нормализ-и ф-и ВНС. Местно- утром и вечером – обезжировающие и антибактериал спиртовые р-ры борной или салицил к-ты. При тяж теч женские горм и их синтетич аналоги. При густой – нормализация ЖКТ с искл-ем свиного и говяжьего жира, сала, жирных сортов колбас, ветчины, маргарина, сыров, томатов, шоколада и т.д. Чёрные точки выдавлив-т, но не повреждая окр-е тк, после обмывания кожи теплой водой с мылом и дезинф-и спиртовым р-ром. Салицил, серная, серно-дегтярная или кортикостеройдные мази. При флегмоноз угрях иммунотерапия стафилококк вакциной, гамма- глобулин, пирогенал, аутогематерапия. Смеш пиодермиты: 1)стрептостафилокок импетиго- местное леч + антибиот 2) язвенная пиодермия – глуб пустула, вскрыв-ся с длит-но не зажив язвой, антиб + иммуностимуляторы + р-р серебра 3) шанкриформная пиодермия – напомин сифилис, помог опр САП и пустула 4) ботриомикома – вегетации напомин-е опухоль 5) диф стрептостафилодермия – елементы как при фолликулите, фурункуле, хр теч, тяж поддаётся леч, без леч может разв-ся гангрена.

**Герпетиформ дерматоз Дьюринга-** хр рецедив забол (20-30 лет). Этиол- неизвестна, из-за синдрома мальабсорбции, обусловл-му ↑ чувст-тью к клейковине (злаки: рис, крупа, пшеница), непереносим-ть галогенов (F, Cl, Br, йод), восполит проц в ЖКТ, печени. Аутоиммунный процесс. Клин: незначит или ср интенсив-ти зуд, покраснение, появление пузырей, волдырей и папул. Бывает: крупнопузырчатая, мелкопузырчатая. Пузыри прозрачные или мутные, до грецкого ореха, распол-ся на эритематоз фоне, вскрыв-ся пузыри тяж, т.к. дно распол-ся на баз мемб. Обр эрозии, склонность к эпителизации. Никогда не бывают в пол-ти рта. Симптом Никольского “-“, в содержании пузыря – эозинофилы, “+”проба с йодистым К. Леч: искл-ть – злаки, прд-ты содерж-е йод ( морская рыба, сосиски). Пр-ты сульфонового ряда: диафенилсульфон 0,05-0,1 х 2р по 5-7дней + ГКС 30-50мг. Буллезный пемфигойд - на эритематоз фоне появл-ся пузыри, вскрыв-ся, быстро эпителизир-ся. Хр забол. Симптом Никол-го - , на баз мембр Ig G, иногда пораж-ся пол-ть рта, нет р-и на галогены, не помогают сульфоновые пр-ты. Этиол: неизвестна, на фоне злокач опухолей, лейкозов, лимфогрануломатоза. Аутоиммун проц.- эпидермолиз за счёт аутоАТ к баз мемб. Опр-е хлорида Nа в моче, ИФа Гистологич-е иссл-е(внутриэпидермал-е или субэпидермал-е располож-е пузыря, наличие или отсут-е акантолизиса). Леч: ГКС 50-100мг (иногда 200 мг), цитостатики: метотрексат, циклофосфан.

Местно: ванны с KMnO4, мази с а/бакт-ми преп., анилин краски, полоскания рта р-ми календулы, фурацилина, KMnO4

**Пузырчатка** – тяж хр забол с неблагоприят исходом. Этиол: неизвестна, ауто-имм-ая теор – разруш десмосом из-за аутоАТ→ Кл шиповатого слоя теряют связь м/у собой→ м/у ними скаплив-ся жид-ть и форм-ся пузырь (акантолиз). Формы: 1) вульгарная – начин-ся с пораж-я слиз обол пол-ти рта и зева, быстро вскрыв-ся, превращ-ся в болез-е ярко-красные или покрытые белесоватым налётом эрозии, окаймлёнными обрывками эпит-я – остатки покрышки пузыря. → в небол кол-ве на коже груди и спины, потом кол-во↑. Пузыри распол-ся на здор кожи, прозрач сероз содержимое, различ размеры. Ч/з 1-2 дня подсыхают с обр корок или вскрыв-ся → эрозия ярко-красного цвета. болез-ть, постеп-о сост-е ухудш-ся - слабость, субфебрил t, эрозии медленно эпителиз-ся. Без леч смерть из-за сердечно-лёгоч недостат-ти. 2) вегетир – сначало схожа с вульгарной, локализ-ся вокруг естессв-ых отверстий и кож складках. После вскрытия пузырей со дна эрозии растут вегетации – легко повреж-ся и ковоточат. ч/з некот время вегетации ссыхаются, уплот-ся, эрозии эпителиз-ся → на коже выраж-я пигментация. Субъективно: боль, жжение, зуд. 3) листовид – высып-е повер-х, плоских, вялых пузырей с тонкой, быстро разрывающейся и обнажающейся эрозией, под ней ещё один пузырь, спадается, под ним ещё один пузырь→ множество корок. 4) себорейная – на коже лица в виде бабочки, очаг пораж-я покрытого мягкими, легко удаляемыми желтоватого цвета чешуйками или коричневатыми корками, под ними эрозия. Затем появл-ся на коже спины и груди появл-ся различ величины пузыри. Симптом (Никольского) перефокальной отслойки эпителия + (сползание под давлением пальца здоровой на вид кожи верх слоёв эпидермиса).

При потягивании за обрывки покрышки пузыря обнаж-ся отслойка эпит-я далеко за пределы видимой эрозии (краевой симп Никол-го). При надавл. пальцем пузырь ↑ по S. Цитодиаг-ка: нахождение в мазках акантолитических клеток. Леч: бол-е дозы ГКС 2мг/ кг, удар доза 60-100мг, ↓ по ½ таб в 3 дня в теч длит времени до поддержив дозы 3-4 таб. анаболич гормоны, цитостатики (метотрексат, циклофосфан), препараты калия, кальция, витамины, антиб-ки. Местно: ванны с KMnO4, анилин краски, полоскания рта р-рами календулы или фурацилина , KMnO4.

**Вирусные дерматозы.** Вульгарные борадавки – плоские, гладкие, слегка возвыш-ся над уровнем кожи эпидермальные папулы округлых формы, величиной от булавочной головки до чечевицы. Локализ-ся на коже тыла кистей и тыл поверх-ей пальцев, на коже лица (лоб, подбородок). По цвету не отлич-ся от N кожи, м. б. желт.-коричневыми, на тыле кистей – цианотич-ми. Жалобы отсутст. Остроконечные бородавки – сосочковые разрастания в форме цветной капусты, имеющего суженное основание. Поверх-ть их или мацерирована и имеет белый цвет, или эрозивна и тогда представл-ся ярко-красной и легко кровоточащей. Локал-я преим-но на пол органах: у муж – венеч борозда и внут листок крайней плоти; у жен – преддверие влагалища или в области ануса. Могут достигать бол-х размеров. Отмеч-ся сильная болез-ть. Леч: хирур, криодиструкция, втирание 5% фторурациловой мази, конц-го р-ра Н2О2. Простой пузырьковый лишай (простой герпес) – острое высыпание на фоне огранич., слегка отёчного розового пятна группы везикул величиной с булавоч головку или мелкую горошину, наполненным прозрачным серозным, постепенно мутнеющим содержимым. Ч/з 3-4 дня пузырьки подсыхают с обр-ем рыхлых медово-жёлтых корочек или вскрыв-ся и обр-т ряд мелких, тесно сгруппированных эрозий. Постеп-но корочки отпадают, эрозии эпителиз-ся и на 7-10 день заживает. Субъективно: зуд, покалывание, боль. Локал-ся: окруж-ть рта, носа, реже – кожа щек, век, пол органах. Леч: ацикловир 1000мг/сутки в теч 10 дней. В везикулёз форме обрабат 2% спиртовым р-ром анилин красителей или йода. Опоясывающий лишай – остро возник-е по ходу отдельных нервов высыпания нерезко огранич-х розовых пятен различ величины→обр-ся гр тесно скученных везикул с прозрачным содержимым. Сопровож-ся покалыванием, зудом, неврологич-ми болями различ интенсив-ти. Ч/з несколько дней содержимое мутнеет, эритематоз фон бледнеет→ пузырьки распол-ся как бы на здор коже. На 6-8 день подсыхают, обр корочка, в конце 3 нед отпадают и остаётся лёгкая пигментация. Леч: ацикловир не меньше 1т. мг/сутки, анальгетики, НПВС, физиолеч.

**Забол с вероят инф-ой этиол.** Розовый лишай – высыпания мелких розовых пятен, быстро разраст-ся по переф-и до 2-3 копееч монеты. Локал-я на туловище, реже на конеч и голове. Пятна округлые или овальные, ч/з несколько дней в центре: бурый оттенок, роговой слой сморщивается и растрескивается на мелкие отрубевидные чешуйки. После отшелушивания чушуек остаётся узкий воротничёк рогового слоя. По переф пятен розовый цвет. У 50% за 5-12 дней до появления сыпи обр-ся материнское пятно – более крупные размеры и шелушится по всей поверх-ти. Отмеч-ся ↑ t и недомогание. Продолж-ть забол-я 4-8 нед. Леч: запретить во время высыпаний мытьё в бани (под душем, в ванне), тяж физ нагрузки в условиях высок t. При зудящем или раздраж-ом лишае: левомицетин 0,05 х 4р х 1-2нед, пантотенат Са, местно противозуд болтушки. Многоформная экссудат эритема – острое инф-е забол, преим-но весной и осенью. Высып-я небол розовых пятен или папул, быстро ↑ в размерах, сопровож-ся ощущением жжение, зуда.Ч/з 1-2 дня центр часть слегка западает, приобрет синюш оттенок, переф-я часть ярко-розовая. Центр часть атроф-ся или обр-ся возник пузыри, наполненные сероз содержимым. Ч/з 4-10 дней сыпь↓, пузыриподсыхают, незначит шелуш-ся и ч/з 7-12 дней исчезает, оставляя пигментацию. Локал-я: конеч, слиз, красная кайма губ, реже туловище. Сопровож-ся ↑ t, голов боли,чувство разбитости, боли в м и суставах. Леч: антиб широкого спектра + хингамин, в тяж случ КС. Местно при буллезной форме: проколоть, смазать 2% спирт р-ром анилин красителей, на корки антибак мазь. Узловатая эритема. В основном у жен. Локал-ся на голенях, преим-но на перед поверх-ти. Острая: ярко-розовые или слегка синюшные восполит пятна, возвыш-ся над уровнем кожи, размытые границы, переф рост (до 5см и более). Отмеч-ся сильные боли→ тяж ходить, ↑ t, недомогание, голов боль. Постеп-но кожа приобрет-т зеленоватый→ желтоватый→ бурый оттенок. Длит-ть 2нед. Леч: строгий постел режим, антибиот широкого спектра, хлорид и глюконат Са, антигистаминные пр-ты, вит Р,С. Хр: узлы плотные, четко ограниченны от окр тк, кожа синюшно-корич цвета, боли сменяются ощущением тяжести при ходьбе и длит стоянии на ногах. Узлы сохран-ся 2-3мес, забол-е длится несколько мес и лет. Леч: как и при остром, непомогло – 2%р-р йодида Nа, аутогемотерапия, УФО в слабых эритемных дозах.

**Микроспория** – вызыв-ся антропофильными (у чел) или зоофильными (у чел и жив) грибами: пушистый или ржавый микроспорум. Обр чехол из мелких спор вокруг волоса, распол-ся хаотично. При надавливании на покровное стекло чехол расподаются на отдел кучки спор. Внутри волоса обнаруж-ся небол-е скопления спор и ветвящиеся нити мицелия, располож-е по длине волоса. Болеют преим-но дети. Распространена повсеместно, заболеваемость преобладает в городских поселениях. Промежуточ хозяева: кошки и собаки. Путь передачи: контактный, бытовой. На волосистой части головы обр-ся 1-2 крупных очага. Д= до 5см и несколько мелких очагов Д=0,5-1см, округлой или овальной формы, чёткие границы, розового-синюшного цвета. Волосы обламыв-ся на расстоянии 5-7мм→ короткообстриженны. Кожа в очаге покрыта мелкими чешуйками, вид как будто посыпано мелом или пудрой. Нк гладкой коже очаги с фистончатыми краями. В центре очага розовая окраска, небол кол-во чешуек, по переф венчик сост-й из подсохших везикул и мелких чешуек. Диаг-ка с пом лампы Вуды- УФ лампа + спец фильтр пропускающий УФсвет. Интенсивное зеленоватое свечение. Леч: сист-е микотики в бол дозах (гризиофульвин 22мг/кг).

**Дерматофития** – грибковые забол, разв из-за внедрения в кожу патогенных микробов. Вне орган сохран свою жизнеспособ-ть долгое время. Класс-я: 1) кератомикозы – отрубевидный лишай; 2) дерматофитии: эпидермомикозы и трихомикозы; 3)кандидозы; 4)глубокие микозы; 5)псевдомикозы. Отрубевидный лишай – хар-ся пораж-ем рогового слоя эпидермиса, отсутс-ем восполения. Возб-ль – Pitisporum orbiculare et ovale. Встреч-ся в странах с жарким климатом.Локал-ся на туловище (груди, спине), реже на шее, наруж поверх-ти плеча. Предраспол-ие факторы: потливость, изм-е рНпота, кож сала. Появл-ся мелкие пятна, ↑ в размерах и сливаются м/у собой→ крупнее пятна с мелкофестончатыми очертаниями, едва заметное шелушение из-за разрыхления рогового слоя. Длится многие мес и годы. Под д-ем солнеч лучей пятна становится белыми – псевдолейкодерма. Диаг-ка: йодная проба – если пораж-й участок впитывает йод – р-я + на лишай. Леч: обработка по методу Демьяновичу (6% р-р хлористоводородной к-ты, 60% р-р тиосульфата Nа), анилиновые краски, йодные настойки, сернодёгтярные мази, противогрибковые пр-ты: котримаксазол, ламезил, низорал. После леч прокипятить бельё, ч/з 1мес повторить курслеч не зависимо от эффекта.

**Инфильтративно-нагноит-ая трихофития волос части головы.**  Трихофития- гр забол вызыв-ая грибами трихофитами. Болез-ый, плотный, резко огранич-й восполит инфильтрат на поверх-ти кот-й пустула и обломанные волосы. → инфильтрат размягчается, покрыв-ся гнойными корками. После их удаления выявл-ся мелкие фолликул-ые отверстия – медовые соты, ч/з кот выдел-ся густообраз гной (симптом медовых сот). Из-за переф роста может достигать размеров 6-8 см. ↑ t, недомогание, ↑ лимф узлов. После 2-3 мес может наступить самостоят-ое излечение. Паразит сикоз – в области усов и бороды, инфильтрат на его поверх-ти множественные папулы, чешуйки, пустулы. Нагноения бывают редко, остаются рубцы. Возб-ль – нитчатые септированные грибы рода Trichophyton: антропофильные и зоофильные (кошки, собаки, лошади, мыши) виды. Путь передачи – контактный. Чаще болеют дети 1-10 лет. Болезнь распростр-на повсеместно. В селе преоблад-т зоонозная форма. Инкуб период от 4-6дней до 7-8 нед. Леч: при инфильтрат форме – сист-е антимикотики (дифлюкам, гризиофульвин), местно – сернодёгтярные мази, настойки йода, анилин красители. При нагноит стадии – местно: удал-т гной, примочки с антисптиками (фурацилин), удал волосы. Профил-ка: соблюд-е регламентированных норм и правил общественной и личной гигиены в бассейнах, душевыз, парикмахерских, своевременное выявление и леч больных.

**Рубромикоз –** хр протек-й микоз с пораж-ем кожи, складок, ногтей. Возб-ль Trichphyton rubrum. Зараж происх при хождении босиком и обезличенной обуви, перчатки, маникурные манипуляции. Способ-т: потливость, тесная обувь, не сболюдение лич гигиены. Разновид-ти: 1) руброфития стоп и кистей; 2) складок и гладкой кожи; 3) генерализ-ая руброфития; 4) ногтей. Разв-ся гиперкератоз: грубая кожа лодоней и подошв, сухая, утолщённая, нередко омозоленности с болезненными трещинами, не яркий розовато-синюшный оттенок, мукойдное набухание. Пораж-е стопы сочет с межпальцевыми поражж-ями, незначит зуд. Генерализ-я руброфития на фоне иммунодефецита, сущ-их руброфитий. Пораж-я ногтей: нормотрофич тип- на всем протяж-и; гипертрофич – утолщение ногтя; гипотрофич – ногтевая пластинка ↓ в размере.Диаг-ка: микроскопич исслед-е (в чешуйках – нити ветвящегося мицелия), посев на пит среды. Леч: гризиофульвин, местно – ликвидация гиперкератоза, дёготь йода, пр-ты дицилин к-ты, удал-е ногтя. Низорал, ламизил, дифлюкам 1таб х нед, димексид 1:1 с йодом. Профил: не ходить босиком, не носить обезличенную обувь, перчатки, длит-ые рукопожатия.

**Трихофития** **поверхностная**- гр забол вызыв-ая грибами трихофитами. Возб-ль – нитчатые септированные грибы рода Trichophyton: антропофильные и зоофильные (кошки, собаки, лошади, мыши) виды. Путь передачи – контактный. Чаще болеют дети 1-10 лет. Болезнь распростр-на повсеместно. В селе преоблад-т зоонозная форма. Инкуб период от 4-6дней до 7-8 нед. Трихофития волосистой части головы – несколько мелких круглых плешинок из-за поредения волос, т.е. за счет их обламывания на различ уровнях: 2-3мм – вид пеньков, в областиволосяного фолликула – вид чёрных точек. Кожа слегка шелушится, забол-е начин в детском возрасте длится годами, плешинки медленно ↑ в размерах. Может самостоят-но излечиться при половом созревании, если не произошло то принимает хр теч. Леч: гризиофульвин, эпиляция волос. Трихофития гладкой кожи – гиперемич, слегка отёчного, шелушащегося пятна, на его фоне мелкие везикулы, подсыхающие в корочки. Облад переф ростом, разрешается в центре и принимает колцевидную форму. Внутри кольца новый очаг→кольцо в кольце. Леч: местно фунгицидные ср-ва; гризиофульвин 15мг/кг. Хр трихофития волос части в основном у жен, явл-ся продолж-ем не вылеченной трихофитии в детстве. Жалоб нет. выявл-ся черные точки, незначит-е шелушения. Леч: такое же. Хр трихофития глад кожи – обр-ся шелушащихся розовато-фиолетовых пятен с неправильными, размытыми границами. На их фоне могут появл-ся мелкие красные узелки, распол-ся группами или в виде кольцевидных фигур. Локал-я: голени, ягодицы, предплечья, разгиб-я поверх-ть колен и локтев суставов. Этиол: гиповитаминозы А,С, наруш кровообр-я. Леч: гризиофульвин, вит А,С, наруж фунгицид пр-ты, никотин к-та.

**Эпидермофития.** Паховая: локал-ся в паховых, межягодичных, межпальцевых складках. Зараж-е при испол-и загрязнённых предметов. Способ-т ↑ потоотделен. Возб-ль – Epidermophyton floccosum. Появл-ся покраснение, незначит зуд, очаг разраст-ся по переф-и выходит за пределы складок. Очаги м/б слегка отёчными, покрытыми мелкими везикулами и корачками. Сущ-т в теч нескольких мес. Леч: 1-2% йодная настойка, анилин красители, антигистаминные пр-ты, противогрибковые пр-ты, тридерм. Проф: не пользоваться загрезнёнными предметами, дезинф-я общих ванн, термометров, мочалок; содерж-е кож покрова в читоте. Эпидермофития стоп: возб-ль межпальцевой трихофитен. Формы: 1) сквамозная – на подошве появл-ся очаги не ярко- розового цвета, подсыхают, шелушение. Иногда в глубине складки обр-ся трещина. Незначит зуд. 2)интертригинозная – в межпальцевых складках, нередко из сквамозной. Гиперемия, мацерация рогового слоя в 3-4 складках. Отторж-я эпидермиса → эрозия, окаймлённая белым венчиком. Постепенно распр-ся на подошв-ую поверх-ть пальцев и прилегающую часть подошвы. Зуд, болез-ть затрудняющая ходьбу. 3) дисгидротич-я – на подошвах, своде стопы высыпания зудящих везикул величиной с горошину, с толстой покрышкой. Ссыхаются в корки или в вскрываются с обр-ем эрозии. При слиянии обр-ся сплошной эрозивный очаг на фоне гиперемии, чёткие фестончатые очертания. После заживления остаются явления сквамозной эпидермофитии, при её обострении вновь появл-ся дисгидротич форма. Леч: 1-2 гр сист-е антимикотики, ундициленовая к-та, антигистаминные пр-ты, пр-ты Са, после стих-я островосполит проц – КС + антимикотик: микозолон, травокорд, тридерм, випсогал. 3 форма- сист-е антимикотики, лаки (лоцерал, батрофен, микоспор), димексид 1:1 с йодом в теч нескольких дней. Проф та же.

**Кандидоз** – забол кожи, слиз обол, ногтей и внут органов, вызыв-ое дрожжеподоб-ми грибами рода Candida. Широко распр-ны, обнаруж-ся на фруктах, ягодах, молоч прод-ах, как сопрофиты на коже и слиз. Возб-ль Candida albicans. Кандидоз кожи: 1) кандидозная заеда – эрозия, окруж-ая воротничком набухшего рогового слоя. В глубине складки возник трещина. Способ-ет ↑ слюноотдел-ю. 2)Кандидоз складок – чаще в пахово-мошоночной области, межъягодич складке, реже в подм впадинах. Высыпания мелкие с булавочную головку, поверх-е пузырьки и пустулы, вскрыв-ся→ эрозия, быстро разраст-ся по переф и слив-ся м/у собой. В глубине складки – небол трещины и скопление белесоватой кашицеобразной массы.

Кандидоз слиз обол (молочница) - в пол-ти рта, реже во влагалище (кандидозный вульвовагинит). На фоне гиперемии появл-ся белый крошковатый налёт, напоминающая манную крупу.→ сплошная белая плёнка, сначало легко снимается, затем уплотняется, приобретает грязно-серый цвет и прочно удержив-ся на поверх-ти слиз обол, после её удал-я кровоточащая эрозия. Вульвовагинит сопровож-ся сильным зудом и крошковатыми выдел-ми. Могут передаваться половым путём→ кандидозный баланопостит. Леч: полоскания 2-3 р взвесью леворина или р-ром леворина Nа, нистатин, орунгал, дифлюкам.

**Чесотка –** заразное паразит-е забол-е, возник-е при занесении в кожу чесоточного клеща. Клещ овальной формы. Оплодотворённая самка попадая на кожу внедряется в роговой слой эпидермиса, прокладывает ║ поверх-ти кожи ходы,откладывая в них яйца, выходит на поверх-ть. Питаются чешуйками эпидермиса. Из яиц ч/з 3-4 дня обр-ся личинки, пройдя стадию нимфы превращ-ся в зрелую форму. Зараж-е при контакте с больнымчел или предметами, кот пользовался больной. Хар-но: зуд усиливающийся в ночное время, парные высыпания – мелкая папуловезикулярные элементы, быстро расчёсываемых с обр-ем точечных кровянистых корочек и линейных расчёсов. Ходы локал-ся: на коже кистей (особ-но на бок повер-ях пальцев), половом члене, в окруж-ти соска молоч железы, реже - живот, ягодицы, перед подм линии. Хаар-но появление гнойных корок на локте (синдром Горчаковского- Арди). Ослож-я: норвежская часотка – у детей с иммунодефицитом, разв-ся обшир-е пораж-я, кожа покрыв-ся сероз, серозно-гнойными корками, под ними несколько тысяч клещей. Чесотка интеллигентов – полное отсутст-е изм-й на коже, кроме зуда усилив-ся в ночное время.

Лаб-е исс-е ходов: всрывая пузырёк, путём поверх-го среза лезвием бритвы всего хода, глубокое выскаблив-е его (до крови) глазной ложечкой. Леч: 33% серная мазь – ежедневно втирать х 6 дней, на 7 день тщат-но искупаться, сменить бельё. Бензилбензоат: 1-2 всю кожу, 3 – отдыхают, 4 обтир, 5 меняют бельё (не пачкает, не пахнет). Метод Демьяновича -6% соляная к-та и 60% тиосульфат Nа → выдел сероводород, губит для клеща. Спрегаль – в види аэрозоли однократно брызгают на кожу, ч/з сутки мытьё, смена белья (преим-ва- однократ прим-е). Необходимо мазать всё тело, а не зудящие места. Проф: вовремя выявить и лечить. Изоляция больных, сан-просвет работа.

**Эритематоз** – восполит забол соед тк и сос с аутоиммунным п-зом (снсибилизация орган→ слож цепная аутоаллергич р-я). Этиол: фокальная (чаще стептокок инф-я), обморожение, ознобление, травма, лек пр-ты (сист-я крас волчанка). Класс-я: дискойдная (глубокая - верх часть туловища, плечи, голова; центробежная – лицо), диссеминированная. Появл-ся 1 или несколько розовых или ярко-розовых пятен. При дискойдной форме пятна постеп ↑ и превращ-ся инфильтрированные бляшки. На их поверх-ти с центра, разв-ся гиперкератоз, фолликулярный в форме небол шипиков→ разлитой. Постеп-но вся повер-ть бляшки покрыв-ся трудно удаляемыми чешуйками, лишь по переф остаётся свобод от роговых наслоений красная, слегка возвыш-ся кайма. Соскабливание чешуек → сильная боль. Локал-я на коже носа и щёк в виде бабочки. Постеп-о разрастаясь и сливаясь могут распр-ся на всю кожу лица. При диссеминир-ой форме пятна имеют небол тенденцию к переф росту до 5копеечной монеты. На повер-ти гиперкератоз в виде белых с трудом удаляемых чешуек, соскабливание их болезненно. Кол-во очагов различно, беспорядочно рассеяны на коже лица, иногда в ушных раковинах, коже верх части груди и спины. Ч/з длит промежуток времени начин-ся разрешение очагов от центре к переф и заканчив-ся обр-ем рубцовой тк. После разрешения остаётся рубцовая атрофия и стойкое облысение. Склонность к обострениям и рецедивам. Леч: антималярийные пр-ты хлорохинового ряда (делагил 0,25 х 2-3р в теч 7-10 дней, 2-3 курса с перерывами 3-5дня, резохин, плавенил, аминохинол), в начальном этапе в/в пр-ты Са, никотин к-та, седатит пр-ты. Наружно КС мази и кремы.

**Склеродермия** – забол соед тк, хар-ся уплотнением (склерозированием) кожи.Клинич формы: 1)генерализ-я: а)диффузная – начин остро или подостро с обр плотного отёка всего или почти всего кож покрова (отёчная стадия). Кожа напряжена, не собирается в складки. Цвет серо-жёлтый или пёстрый вид. Постеп-но разв-ся уплотнение кожи (индуративная стадия): плотная как дерево, неподвижна, тесно спаяна с подлежащими тканями. Поверх-ть гладкая, блестящая, цвет восковидный. Дв-я и дых затруднено, лицо маскообразно, ротовое отверстие сужается. Из-за атрофии ПЖК и м кожа как бы натянута на кости скелета. Пораж-е внут органов: пищевода, кишечника, лёгких, почек, сердца. Б) атеросклероз – начал симптомы напомин болезнь Рейно – похолодание пальцев, чувство покалывания и ползания мурашек, иногда боли; кожа цианотична.Иногда из-за спазма сос пальцы белеют, нечувствит-ые. Постеп-но ↑ плотный отёк как дерево, цвет восковидный, пальцы не подвижны.Нередко небол трофич язвы. Проц распр-ся на кожу пястья→ запястья→ предплечья и т.д. Ч/з 2-3 г вовлек-ся лицо→ маскообразное (клин такая же). Может далее приобрести диф хар-р или остановиться. Чаще у жен. 2) огранич-ая: а) бляшечная – 1 или несколько фиолетово-розовых пятна (5-10см и более) округлой или овальной формы. В центре склерозир-ся: уплотняется, желтоватая, восковидная окраска. Поверх-ть сглажив-ся, блестит, волосы выпадают. Ч/з длит время (жалоб нет) склерозир-й очаг становится мягче, атрофир-ся, появл-ся корич пятна, постеп сливающееся в сплошное, центр часть слегка западает ниже уровня Здор кожи. Локал-ся чаще на коже туловища, реже на конечностях. Б) лентовидная – в виде полос, вдоль конеч-й или посередине лба. В) болезнь белых пятен – на коже лапаточ, подлопаточ областей, груди иногда на коже половых органов. Хаар-ся мелкими (несколько мм), снежно-белые слегка плотноватые элементы округлой формы, в центре роговая пробочка, могут сливаться. Есть узкая фиолетово-розовая каёмка. Ч/з мес или годы на месте пятен обр-ся поверх атрофия кожи. Леч: пр-ты гиалуронидазы (лидаза, ронидаза); пр-ты улуч переф кровообр-е: ганглиоблок-ры (пахикарпин 0,05 х 2-3р в теч 1- 1,5 мес), в/в никот к-та, АТФ, вит Е, В; в ст уплотнения тепловые процедуры: ванны, грязелеч, УФО, ультразвук, радон ванны.

**Гонорея** – инф заб-е гонококком Нейсера – парный кокк, напом-й кофейное зерно. При делении перетяжки не разр-ся и сохр-ся в паре до след деления. Длина 1,25-1,5мкм, ширина 0,8мкм. Грам «-« м/о, окр-ся анил краси, хор растут на пит средах в присут челов белка. Отдел штаммы способны вырабатывать пеницилиназу, быстро погибают при нагр >56, высуш, прям сол лучи, антисептики. При влаж и тём сохр некот вр. Патогенез: паразит-т на цилиндр эпит (на переход участках, выстил естест отверст-я), кот имеют реснички. Цилинд эпит у муж в уретре, переход эпит прям кишка. Возб-ль попад-т в подслиз слой→делит-ся и выз-т восп-ю реак-ю. инк пер 3-7 дн. Иммунитета к Г. не сущ-т. В подслиз слое возб-ль встр-ся с нейтрофилами→неполный фагоцитоз→сохр-т жизнеспос-ть в нейтр-х и даже м делится. Классиф: свежая (острая, подострая, торпидная, gn-носительство (при микро- и посеве есть gn. Не более 2х мес), хроническая(>2мес), латентная (нет клиники, gn не высеваются, но больные заразны). Острый передний уретрит. гнойные обильные выделения из уретры, свободно стекают. Губки уретры красные и припухлые. Боль при пипи (сильнее вначале), недомогание. Восп. может переходить на зад. часть уретры. Хрон. гонор. уретрит. рез-т плохого лечения свежей или нелечения. Изм-я в эпи-телии и подэпит. ткани→ мягкие инфильтраты → замещ. соед. тканью→стриктура (моча тонкой и прерыв. струей). Обычно возникает восп. ж-з Литтре и крипт Морганьи (протоки зияют, выделяется гной). Жалобы на жжение и зуб в уретре, на скудное отделяемое, склеивание наруж. отв. уретры по утрам. Если пораж. задней части - то боли в конце пипи, часто хочется. Диагностика микроскопия с окраской по граму, посев на среды, 2стак проба, инструментальная (бужир-е, уретроскопия). Провокация: пищевая (пиво), физическая (баня), химич (инстилляция AgNO3), биол (вакцина).

**Свежая, торпидная гонорея мужчин.** До 2х мес. Этиол: гонококк Нейсера, парный, в форме кофейного зерна, т.к. во время деления перетяжки не разрыв-ся, а остаются вместе. Грам – м/о, хорошо окраш-сяанилин красками, растут на пит средах, некот штаммы выраб пеницилиназу, вне чел быстро погиб-ют, ↑ t 56, высушивании, солнеч лучях. П-з: попадая на слиз обол-у (реснитцатый эпит) внедряется в подслиз, делится, вызыв восполит р-ю и выходит на повер-ть, эпителий замещ-ся на многослойный плоский. По теч: 1) острый – выделения гнойные, зеленовато-желтого цвета, обильные, свободно стекают из уретры, оставляя пятна на белье. Губки наруж отверстия уретры краснеют и припухают. При пальпации висячая часть уретры уплотнена и болезненна. Жалобы на режущую боль при мочеиспускании, болезненные эрекции. 2) подострое – симптомы нарастают медленнее. Жалобы: не сильные режущие боли в начале мочеиспускания 3) торпидное (вялое) – восполит изм-й нет или незначит влаж-ть губок и склеивание их по утрам, выделения скудные, слизисто-гнойные или слиз-е. Леч: антибиотики- спектиномицин 2гр в/м, руцефин, азитромицин 250мг. Местно: инстоляции уретры р-ром серебра, колоргол, проторгол, р-р марганцовки.

**Осложнения при гонорее**: балянопостит, фимоз, парафимоз, пор-е суставов, парауретральный абсцесс, кавернит, везикулит, эпидидимит (возн вслед проник-я гонококков в придаток яичка из предстат части уретры ч/з семявынос проток или, минуя его, ч/з лимф сосуды. Разв-ся остро, боль в обл придатка яичка и пах обл, ↑t до 40, озноб, гол боль, слабость; кожа мошонки напряжена, гиперемир-на; придаток яичка увеличен, охватывает яичко сверху, сзади и снизу, плотный и болезненный), куперит, простатит (разл катарал-й (пораж. выводных протоков, клиника заднего уретрита, запоры, ↓пипи), фолликул-й(только в отдель. дольках. Нечто среднее), паренхиматозный (боль, уплотнение, увелич., при пальпации - сок из уретры, очень мало включений) Мб. общая симптоматика. Хронич. катаральный, клиники нет, в секрете ↑лейко-), фолликул (болез. огранич. узлы), паренх. (плот., болезн., боли в rectum, наруш. секса, ↑лейко)), стриктура уретры (медл-е опорожнение моч пузыря). Диагностика: бактериоскопия (окраш метил син), бактериологич иссл, 2-хстак проба, уретроскопия, РСК. Лечение: при свеж –АБП: спектиномицин2,0 в/м однократ; азитромицин 250мг однокр; местно - инстиляция уретры р-ми солей Ag, ляпис, протаргол; пром-е слаб р-ром марганцовки. При стриктурах массаж уретры на буже. УВЧ. Гонок вакцина.

**Хр гонорея.** Развив-ся при неизлечен-ти свежего уретрита. После 2х мес. Воспол-е очагового хар-ра, но более выражены изм-я в перед части уретры. В подэпит тк обр-ся восполит инфильтрат в виде отдельных гнёзд, кот постеп-но замещ-ся соед тк. → форм-ся сужение уретры. Протекает вяло с период-ми обострениями клиника напомин острый или подострый уретрит. Обострения наблюд-ся после полового возб-я, употреб-я алкоголя. Жалобы ощущение жжения и зуда в уретре, скудные слизисто-гнойные выделения, склеивание наруж отверстия уретры. При пораж-и зад уретры возник учащённые позывы. Иногда растр-во половой ф-и. Методы провокации: 1)мех – массаж уретры на буже, 2) хим – введ-е солей серебра, 3) иммунобиол-е – введ-е гонок вакцины 500млн микробных тел, 4) алиментарный.

**Клиника опоясывающего лишая при СПИДе**: рецидивирует, остро возник-е по ходу отд-х нервов высыпания нерезко огранич-х розовых пятен различ величины → обр-ся гр тесно скученных везикул, наполненных прозрач содержимым. Сопровож-ся покалыванием, зудом, неврологич-ми болями различ интенсив-ти. Ч/з несколько дней содержимое мутнеет, эритематоз фон бледнеет→ пузырьки распол-ся как бы на здор коже. На 6-8 день подсыхают, обр корочка, в конце 3 нед отпадают и остаётся лёгкая пигментация. Пузырьки вскрываются и обр-ся язва. Бородавки: наблюдается повышенная склонность к появлению обычных бородавок, чаще на лице, во рту. У гомосексуалистов появляется большое количество обычных бородавок и остроконечных кондилом в области заднего прохода и на гениталиях. Контагиозный моллюск: Поражение чаще всего локализуется в области щек, переходит на все лицо и волосистую часть головы. Имеет тенденцию к быстрому распространению на другие участки, слиянию элементов. Саркома Капоши: на коже голени н/3 пятна темно-синюшнего цв, кот затем разраст-ся до горошены→вовлекается кост тк→метастазы (классич теч).

**Сигнальные симп ВИЧ-инфекции:** Клинические симптомы появляются по мере того, как вирус разрушает клетки крови, обеспечивающие иммунитет. Вследствие прогрессирующего нар-я им ф-и развиваются оппортунист инф и опухоли, и в конечном итоге возникает полная картина СПИДа. В процессе болезни оппорт заб-я мт регрессировать, появляться вновь, сменяться одно др, давая самые разнообразные сочетания, м приобретать злокач теч и со временем приводит к самым тяжелым последствиям. Кожные   заб-я   при   СПИДе   отличает   необычная   лок-я, распр-ть, тяж течение, атипичность, торпидность к проводимой терапии. Клас-я оппортунистических инфекций: 1 облигатные:кандидоз слиз, криптокакоз внелегочной, криптоспоридиоз, генер-я цитомегаловир-я, вир простого герпеса, саркома Капоши, лимфома мозга, дессим-я инф-я вызв-я микобак, пневмоцист-я пневмония, токсиплазмоз ГМ, лейкоз. 2. факультативные: бак инф, диссем-е кокцидиоидомикоз, ВИЧ энцефалопатия, гистоплазмоз, изоспороз, саркома Капоши огран-я, первич лимфома ГМ, внелегоч туберкулёз, ВИЧ-дистрофии. 3. др заб-я: пиодермиты, отрубевид-й лишай, микоз стоп, себорей дерматит, угревая бол, остроконечные кандиломы.

**Трихомониаз** возб-ль влагалищ трихомонада, класс простейших, облад жгутиками, пит различ м/о, быстро передв-ся, антибиот не д-ют (лишь пораж-ся флора→ им нечего есть и пораж-т эпит). Путь передачи: половой, бытовой. Инкубац период 3 и более дней. Класс-я свежая, хр. Клин: у муж – симптомы уретрита- ощущ-е зуда,выделения небол кол-ва, прозрач вида; у жен – выделяемое пенистого вида. Леч: метронидазол (трихопол) 250мг х 3р в теч 7дней. Хламидиоз – неподв-е, коккоподобные, грам - , близки к бакт (наличие Кл стенки, РНК, ДНК), не способны синтез-ть АТФ→ облигат внутрикл паразиты. Передаются в виде зрелой формы(алиментарные тельца) внедр-ся в Кл цилиндич эпит, подключ к Е центрам Кл, быстро ↑ в размерах, превращ-ся в ретикулярные тельца, кот делятся и обр микроколонии, трансформация в алиментарные тельца → Кл разруш-ся и тельца выходят из внедряясь вновую Кл. Цикл 48ч. У муж клиника перед уретрита, без лечения зад уретрита, сексуальные проблемы, постепенно импотенция и бесплодие. Леч: ровамицин, азитромицин, кларитромицин, эритромицин. Бакт уретрит – вызыв-ся стрептококк, стафилокок, кишеч палочка и т.д.

**СИФИЛИС**

**Теч и клин хар-ка 1го сиифисиса.**  Длится 6-7нед: серонегат 3-4нед; серопазитив 3-4нед. Появл-ся твёрдый шанкр (1я сифилома) – эрозия (дефект в пределах эпидермиса) или язва (в пределах дермы). Размеры с ноготь мизинца, просяное зерно (карликовые), с 5копеечную монету (гигантские). Цвет свежеразрезанного мясо. Дно покрыто небол кол-ом сероз отделяемого → блестящий вид. Ч/з несколько дней дно его из-за 2й инф-и покрыв-ся налётом → цвет испорченного мяса. Края округлые или овальные.При локал-и в складках – щелевидная форма; на дёснах – полулунная или подковообразная форма. Конфигурация – блюдцеобразное. В основании пальпир-ся плотный хрящевидный инфильтрат – 1я р-я орган на внедрение. Острых восполит явлений нет. Локал-я: на месте внедрения – генитальная, аннагенитальная, красная кайма губ (как подсохшие герпетич обр-я) и пол-ть рта, соски молоч желёз, кожа живота, ногтевые фаланги, кисти (медики). Кол-во шанкров: единичные, множественные. Атипич формы: 1) шанкр- амигдалит – одностороннее ↑ миндалины без обр-я язвы или эрозии, болезненна. Плотная, эластич-я консистенция, затруднение глотания. 2)шанкр панариций – колбообраз-е вздутие ногтевой фаланги, дёргающие боли, язва с трудноотделяемым. 3) индурат отёк – (уплотнение) препятст-т лимфооттоку → резкое ↑ органа (мошонки, пол члена), при пальпации безболезн-й, медленно рассас-ся. Ослож-я: 1) воспол-е (из-за 2й инф-и) – баланид (восп головки), баланопастит (крайней плоти), вульвит,вульвовагинит. 2) отёк крайней плоти- фемоз (голов в припурциальн мешке), парафемоз. 3) гангренизация (некроз стенок и дна) и фагеденизм (распр-е некроза за пределы твёр шанкра). Диф диаг-ка: Генит герпес – пузырьки вскрыв-ся→ эрозия, при пальпации мягкие, края фестончатые, лёгкий зуд. Язва Чапина – у девочек в подрост возрасте не живших пол жизнью болезн-е язвы (из-за палочки Дыдерлейна). Шанкриформная пиодермия – пустула вскрыв-ся→ язва похожая на твёр шанкр, леч САП. Мягкий шанкр (шанкройд) – множеств-е язвы с гнойным налётом, встреч-ся в тропич странах, леч САП.

**Скрытый сифилис** – теч забол, где единств-ым проявлением явл-ся + серологич р-и. Бывает: скрытый ранний – зараж-е до 2х лет, эпидемиологич-ки более опасен, т.к. можно ожидать очередной рецедив 2го сифилиса с появлением заражных пораж-й на коже и слиз обол-х; скрытый поздний – более 2х лет, эпидемиологич-ки менее опасен, т.к. активизация проц выраж-ся в пораж-и внут органов и нерв сис-мы, или в малозаразных 3ых сифилидах кожи и слиз; неуточнённый скрытый сифилис. Диаг-ка: RW- сыворотка кр (АТ) + (АГ) + комплемент + эритроциты барана→ 1)р-я + если нет гемолиза 2)при гемолизе – р-я. Микроскопия на стекле – р-я преципитации сыворотка + кардиолипид АГ, лецетин, холестерин. Оценив-т по осадку, на его основании Ds невыставл-ся, явл-ся основ-ем для обслед-я больного. РИФ – живая трепонема + сыворотка кр + люминистир-я сыворотка. УФ лампой освещают поле под микроскопом, + при ярком свечении. РИБТ – трепонема из яичка кролика + сыворотка + комплемент→ оценив дв-е трепонем и скоько обездвижено: - до 20% обездвижено; слабо + 20-50; + более 50%. Леч: при раннем: пенициллин 400т МЕ х 8р в теч 28 дней или ретарпен 2,4млн х 1р в нед в теч 3 нед или бицилин1 2,4 х 1р в 5 дней 6инъекций. При позднем: водораст-е пенецилины 400т МЕ х 8р в теч 28дней, после перерыва повтор курс леч в теч 14 дней.

**Общее теч сифилиса**. Стадии:1) инкубационный период 3-4 нед, серодиаг-ка - , заразны в половом отношении; 2) первичный 6-7 нед: а) серонегатив 3-4 нед; б) серопозитив 3-4 нед; Обр-ся твёрдый шанкр, лимфангиит, регионар склеродермит, пилиаденит; 3) вторичный сифилис – сифилитич розеолы, папулёз или пустулёз высыпания, сифилитич лейкодерма и облысение, пораж-е внут органов. Длится 2-3 года и более (9-10). 4) третичный период – тяж пораж-е, проявл-ся сис-ми забол, приводит к смерти, длится пожизненно. Диаг-ка: RW- сыворотка кр (АТ) + (АГ) + комплемент + эритроциты барана→ 1)р-я + если нет гемолиза 2)при гемолизе – р-я. Микроскопия на стекле – р-я преципитации сыворотка + кардиолипид АГ, лецетин, холестерин. Оценив-т по осадку, на его основании Ds невыставл-ся, явл-ся основ-ем для обслед-я больного. РИФ – живая трепонема + сыворотка кр + люминистир-я сыворотка. УФ лампой освещают поле под микроскопом, + при ярком свечении. РИБТ – трепонема из яичка кролика + сыворотка + комплемент→ оценив дв-е трепонем и скоько обездвижено: - до 20% обездвижено; слабо + 20-50; + более 50%. Класс-я: 1) 1ый серонегат; 2) 1ый серопозитив; 3) 1ый скрытый; 4) 2ый свежий; 5) 2ый рецидивный (нелеч-ый); 6) 2ый рецидивный (ранее леч-й) 7) 2ый скрытый; 8)серорецедивный; 9) скрытый серорезистентный; 10) 3й активный; 11)3й скрытый; 12) скрытый ранний; 13) скрытый поздний; 14) скрытый неуточнённый; 15) ранний врождённый; 16)поздний врож-й;17) скрытый врож.

**Пораж-е слиз при 1ом и 2ом периоде сиф.** При 1ом: появл-ся твёрдый шанкр (1я сифилома) – эрозия (дефект в пределах эпидермиса) или язва (в пределах дермы). Размеры с ноготь мизинца, просяное зерно (карликовые), с 5копеечную монету (гигантские). Цвет свежеразрезанного мясо. Дно покрыто небол кол-ом сероз отделяемого → блестящий вид. Ч/з несколько дней дно его из-за 2й инф-и покрыв-ся налётом → цвет испорченного мяса. Края округлые или овальные.При локал-и в складках – щелевидная форма; на дёснах – полулунная или подковообразная форма. Конфигурация – блюдцеобразное. В основании пальпир-ся плотный хрящевидный инфильтрат – 1я р-я орган на внедрение. Острых восполит явлений нет. При 2ом, формы пораж-я: 1) Пятнистый сифилид – в области зева и мягкого нёба, чётко огранич пятна синюшно-красного цвета, иногда сливаясь обр разлитое покраснение, жалоб нет. 2) эрозивный сифилид – немногочислен мелких эрозий круглых или овальных очертаний красного или серовато-белого цвета, безболез-ны, мягкие на ощупь. 3) папулёзный сифилид - величиной с чечевицу, тёмно-красного цвета, плоские, резко огранич-е, незначит-но возвыш-ся над кожей, плотные. Постеп-но ↑ в размере, сливаются в более крупные бляшки. Ч/з длит время папула разрешается или обр-ся эрозия или язва. Часто локал-ся папулы на миндалинах, мягком нёбе ( папулёзная сифилитич ангина), губах, реже на дёснах, на языке – по его краю (из-за посьоянного раздраж-я зубами изъязвляются, гипертрофир-ся, плотные) или около корня (принимают вегетир-й хар-р).

**Возбудитель сифилиса** – бледная трепонема (спирохета), спиралевидная форма, 4-12 завитков. Стр-ра: 3хслойная мемб, протоплазматич цилиндр + нуклеотид, слож АГ стр-ра: белковый термолабильный, полисахаридный термостабильный, 2 липойдных – 1 из них аналогичен кардиолипину. Не красится основными красками, не растёт на пит средах, подвижна – 3 вида дв-я: вращат-но поступат-е, волнообразное, маятникообразное. Дв-я плавные, способна обр-ть Lформы и цисты, факультатив анаероб. Малоустойчива во внеш среде, погиб при t 42, высыхании, д-ии прямых солнеч лучей,УФО, д-ем дез ср-в, моющих ср-в. Устойчива к спирту. Диаг-ка: обнаруж-е трепонемы на тёмном поле: принцип основан на феномене Тендаля.Пути передачи: половой, бытовой, врождённый, гематранфузионный, профессиональный. Иммунитет: истинного нет, лишь инф-й (т.е. АТ есть при наличии возб-ля) не стерильный (т.е. АТ не оказ-т эффекта). Реинф-я – люди излеченные от сифилиса могут заражаться им снова. Суперинф-я – чел от сифилиса ещё не вылечился, а при опред-х условиях произошло новое зараж-е с обр-ем твёрдого шанкра.

**Клинич хар-ка пустулёз сифилидов.** Различ виды: 1) угревид сифилид – возник как 1ое генерализ-оевысыпание вторичного периода. Если появл-ся сразу в большом кол-ве, то сопровож-ся лихорадкой. Если высыпания происх послед-ми вспышками, то сост-е не изм-ся.Элементы сыпи сначала ярко-розовые, слега конуссовид-е, подсых-т в корочку, восполит инфильтрат – буровато-красный и резко ограниченный. При постепен высыпании элементы находятся на разных стадиях. От вульгарных угрей отлич-ся – отсутс-ем явлениний себорее, локализацией по всему кож покрову, наличие папулёз инфильтрата в основании элементов. 2) оспенновидный сифилид – сопровож-ся лихорадкой и недомоганием, полушаровидные пустулы до 0,5 см, окруж-ых тёмно-ккрасным венчиком. Ч/з несколько дней центр часть пустулы засыхает, образ-еся корочка западает, венчик превращ-ся в багрово красный инфильтрированный валик. Число элементов постоянно ↑. Оспа хар-ся острым и тяж теч, начал локализ-я на лице, нет вокруг пустул валика инфильтрата. 3)Сифелитич импетиго – локализ-ся на волосис части головы, лице (область бороды, усов). Нумулярные высып-я в центре кот пустула, быстро засыхающая в корочку. От вульгар импетиго отлич-ся: нет переф роста и слияния, вокруг корок резко огранич-й инфильтрат буровато- красного цвета, безболезненны. 4) Сифилитич эктима – высыпания на фоне лихорадки, интоксикации. 15-25 элементов на перед поверх-ти голеней, реже на коже лица, туловища. Начин-ся с темно-красного пятна или инфильтрата, в центре глубокая пустула с чечевицу, подсых в серовато-бурую плотную корку, вокруг валик медно-красного инфильтрата. Наклон-ть к переф росту до3-5 см и юолее При удалении корки – глубокая язва, отделяющая кровянисто-гнойную жид-ть. Болезненна. После заживления рубуц От вульгарной эктимы отлич-ся: нет разлитого покраснения кожи и наличие вокруг язвы узкого инфильтрированного валика.

**Клин хар-ка гуммозного сифилида.** Локал-ся голени, голове, паренхиматоз органы.Медленно появл-ся безболез-ый инфильтрат, без субъективных ощущений, растёт до гусиного яйца, кожа не изменена, потом становится багрово-синюшной, наблюд-ся флюктуация. → в центре очага кожа истончается, появл-ся отверстие, ч/з кот выдел-ся небол кол-во клейкообраз жид-ти. → отверстие расшир-ся, обр-ся язва, сначало отвесные края, потом кратерообразные края. На дне – некротич тк жёлто-зелёного цвета (гуммозный стержень), постеп-о отторгается, язва рубцуется, форм-ся втянутый рубец. Цикл около 1года. Диф диаг-ка: злокач-ое новообраз-е – плотные края, нередко вывораченными, часто бывают подрытыми, выраж-ой болезнен-ть, легко кровоточащее дно, уплот-ие у основания → серологич р-и, биопсия. Скрофулодерма (туберкулёз кожи)- круп узлы шейные, подчелюстные, могут создавать грозди винограда, мягкой консистенции, язвы зажив-т с обр-ем рубца в виде перемычек.

**Пораж-е костей при 3ом сифилисе.** В завис-ти от локал-и: 1)огранич-й гуммозный остеопериостит – обр-е на кости плотной, ясно огранич-ой, значит-но выступ-ей припухлости, сопровож-ся долями, обостряющимися по ночам. → замещ-ся соед тк, на его месте возник костная мазоль или гуммоз инфильтрат распадается, спаивается с кожей и вскрыв-ся с обр-ем глубокой гуммоз язвы, окруж-ой валиком. 2)Диффуз гуммоз остеопериостит – локал на перед повер-ти большеберц кости, где появл-ся припухлость с неровными, расплывчатыми границами. Кожа не изм-на, ночные боли, проц заканч-ся оссификацией и обр-ем разлитой костной мазоли. 3)Гуммозный остеомиелит – из-за разв-я в кости огранич-х гуммозных узлов → оссифицир-ся или обр-ся секвестр, окр-ый зоной остеосклероза. Распадающаяся гумма может разрушить корк слой кости и надкостницу, вскрыться ч/з кожу.

**Пути передачи инф-и при врож-ом сифилесе:** при плацент кровообр-и ч/з кровеносные сос-ы, лимф-е сос, микроповреж-я плаценты. Класс-я: 1) ранний (сифилис плода, груд возраста до 1года, раннего детс возраста 1-4лет. 2) поздний 4-12 лет. Плацента ↑ вV, отёк, пролиферация, пораж-е сос-в, соот-е плода и плаценты 1:3-4 (N 1:5-6), рыхлая много кровоизлияний, после родов остаётся в матке. Длод недоношенный, отсут-т ПЖК → сморщенный, старческий вид, дефекты, уродства, при вскрытии – параж-е паренхиматоз органов: печени – кремневая печень; лёгких – белая пневмония – гиперплазия и слущивание альвеоляр эпит. Признаки: 1) диф папулёз инфильтрация Гохчингера – ближе к складкам и естеств отверстиям, кожа плотная, блестит; 2)сифилитич пузырчатка – по всему кож покрову до горошины на инфильтратив основании; 3) сифилитич ринит: 1ст – отёчная- дышит с трудом, плохо сосёт грудь, 2ст секретор – выдел-ся из носа слизь 3ст диструктивная – разруш-ся носовая перегородка и обр-ся седловид нос. 1-4 года не имеет признаков, напомин-т 2й рецедивный сифилис: розеола, папулёз сифилит (широкие кандиломы на красной кайме губ). Поздний врож: 1) достоверные признаки – триада Гихчинсона: зубы Гихчинсона – пораж-ся верх перед резцы, нарежущей поверх-ти полулунная вырезка, м/б шипики; паренхиматоз кератит – слёзотеч, светобоязнь, прораст-е сос из роговицы в сетчатку; сифилитич лабиринтит - лабиринтная глухота. 2) вероятные – седловид нос, саблевид голени, ягодицеобраз череп 3) дистрофия (стигмы)- утолш-е гр конца ключицы, отсутс-е мечевид отростка грудины, высокийлоб, рыбий клык, волчья пасть, узкий дегенерат лоб, корот мизинец Дюбуа, полидактилия.

**Вторич рецедив сифилис** – 6-7рецедивов, сыпи меньше, чем при свежем, размеры крупнее, цвет ярче, тенденция к слиянию. Розеола может распол-ся по всему кож покрову. Виды: возвышающаяся, уртикарная, сливная (фигурная- вокруг естес отверстий), фолликулярная (вокруг Пушковых волос), геморагич. Сифилитич облысение: мелкоочаг – множество мелких, величиной с 1-2копеечную монету плешин, кожа не изм-на; диф-е поредение волос (мех побитой моли). Лейкодерма- локал-ся на коже шеи, реже на туловище. Появл-ся гиперпигментация кожи, на его фоне возник белесоватые, гипопигментир-е пятна, округлые очертания, различ величины. Псевдолейкодерма локал-ся на коже груди и спины, при возд-и солнца светлые пятна пиобрет-т разнообраз величину и чёткие границы.

**Серологич р-и при сифилисе:** RW- сыворотка кр (АТ) + (АГ) + комплемент + эритроциты барана→ 1)р-я + если нет гемолиза 2)при гемолизе – р-я. Микроскопия на стекле – р-я преципитации сыворотка + кардиолипид АГ, лецетин, холестерин. Оценив-т по осадку, на его основании Ds невыставл-ся, явл-ся основ-ем для обслед-я больного. РИФ – живая трепонема + сыворотка кр + люминистир-я сыворотка. УФ лампой освещают поле под микроскопом, + при ярком свечении. РИБТ – трепонема из яичка кролика + сыворотка + комплемент→ оценив дв-е трепонем и скоько обездвижено: - до 20% обездвижено; слабо + 20-50; + более 50%.

ИФА – АГ на поверх-ти лунки + сыворотку + пероксидаза→ при + изм-е цвета. РПГА - эритроц барана + сыворотку +АГ трепонемы → при + агглютинация. Если больше 1года р-и + наз серорезистент-ть.

**Клиническая хар-ка розеолёзной сыпи при сифилисе**: Распр-ся на коже туловища. Чаще при свежем 2-сиф. Бледно-роз, округл, не сливающиеся, при рецидиве группируются в кольца, дуги. При надавл. появ-ся вновь, если несвежая розеола→приобретает желто-бур.цв., нет субъект.ощущ, ч-з 1мес.исчезает. Р-ция Яриша-Лукашевича на пеницилин (ярче сыпь и там, где не было). Розеолы не м/у собой и в проц лечения или без него исчазает. При втор рецидив сиф – формы розеолы: возвышающая или уртикаркарная (отёч-е пятна); сливная (сгруппир-ся в естеств отверст-х, складках и слив-ся); фолликулярная (мелкие с булав головку распол-ся в пушков обл); геморрагич; типичная. Диф диагн: токсикодермия (яркий цв, шелуш, зуд, периф.рост, отр серол р-ции); розовый лишай (вероятноинф-е заб-е, не рецидив-т, проходит самостоятельно, анамнез – появл матер-го пятна, клинич – симп папиросн-й пятна); отрубевидный лишай (проба Бальцера с 2%-йодом→сыпь ярче); краснуха, корь, тиф (м/м возн-я такой же – токсико-аллергич, но при перечисл заб-х ↑t и симп интоксикации).

**Клиническая хар-ка папулёзной сыпи при сифилисе:** По размерам: милиарные (с булавоч головку), лентикулярные (с чечевицу, розово-синюш цв, м б покрыта чешуйками по периф – воротничок Биета), нумулярные (до монеты), бляшковидные (с круп мон). **При свежем сиф.** папулы симм, беспорядочны, **при рецидиве** папулы малочисленны, группы в виде колец, дуг, лок-ция в гениталиях, анусе, слиз.рта, ладони и подош. Псориазеформный сифилит (шелушение в центре, а по периф венчик роста). себорейный сифилит (на волос части головы, кожи лба, желтов-е – корона Венеры), Широк. кондиломы - из нумулярных, пов-ть бугристая, мацерация → серый цв. Отличить от остроконеч.кондилом - широк. основ, плот. инфильтрат, от гемор. шишек - плот, бугрист. и не кровоточат, от вегетир. пузырчатки - плот, инфильтрат, нет свеж. пузырей. Эрозивные папулы (на пол орг, пол рта, в складках, м вегетировать (напом-т петушиный гребень)). Кольцевидные. Папула не возв-ся, напом-т пятна, при пальпации инфильтрат. симп Ядосона – надавл-е тупым зондом → боль). дифдиагностика: псориаз (наличие кожного зуда, тенденция к периферическому росту папул и их слиянию с образованием крупных бляшек; поверхностное расположение папул; выраженное шелушение; псориатическая триада феноменов); красный плоский лишай (есть зуд, хар-е папулы - пупкообразное вдавление в центре папул); остроконечные кондиломы(цвет капуста).

**Атипичные формы и осложнения твёрдого шанкра:** 1. шанкр Амигдалин – одностор увел-е миндалин без обр-я язвы или эрозии. Миндалина плотной консистенции. Субыективно: м б болезненность, чувство припятствия при приёме пищи. 2. шанкр панариций – колбообразное вздутие ногтевой фаланги, дергающие боли, язва с гнойным отделяемым. 3. индуративный отёк – когда шанкр препят-т лимфоотоку, резкое увел-е пораж-го органа, он плотный. Медленно рассасывается отек. Осложнения твёрдого шанкра: 1. воспаление из-за присоед-я вторичной инфекции; 2. баланит (восп-е головки пол. Члена), баланопастит (восп-е головки полового члена и крайней плоти); 3. вульвит, вульвовагинит у жен; 4. Фимоз и парафимоз (венеч.борозда или отек край.плоти). Помощь – вправление головки, примочки с холодным физ р-ром, проколы крайней плоти, хир операции – обрезания. 5. Гангренизация – некроз стенок и дна шанкра. 6. Фагеденизм - гангрена распр-ся не только вглубь, но и по периферии за пределы шанкра.

**Клиническая хар-ка позднего врождённого сифилиса**: многочисленные проявления – 3 группы: 1. достоверные признаки – триада Гетченсона: а) зубы Г. (пор-ся верх перед резцы, кот им-т бочкообразную форму, на их режущих поверхностях полулунная вырезка, на вырезке м б шипики, кот стираются при еде); б) паренхиматозный кератит (начин со слёзотечения и светобоязни, симп метёлки (пророст сосудов), → в прц вовл-ся сетчатка и зрит нерв →полная необр слепота); в) сифил-й лабиринтит (шум в ушах). 2. вероятные признаки: седловидный нос, радиальные рубцы Робинзона-Фуренье, саблевидные голени(ББК искревлена в сагитт напр), ложные – гипертрофирован гребень ББК, ягодицеобразный череп (след-е перенес гидроцефалии) – выбухание теменных бугров, а м/у ними ложбинка. 3. Дистрофии (стигмы): утолщение грудного конца ключицы, отсут-е мечевидного отростка грудины, высокий башенный сократовский лоб, высокое стояние неба, зубные дистрофии (пятый жеват бугорок на первом маляре, рыбий или щучий клык, широкое расстояние м/у перед верх резцами (симп Диастена-гаше)), рост зубов во 2-м ряду, волчья пасть, узкий дегенеративный лоб, низкая граница оволосения лба, укор мизинец Дюбуа, полидактилия, синдактилия.

**Течение и общ признаки вторич сифилиса:** появл-ся ч/з 2-3мес после зараж-я или 7-10дн после появл ТВ шанкра. Нет субъек ощущ, нет периф роста (кроме кандилом), не ярко восп-я окраска, синюшний-красный не яркий цв, в основании пальпируется инфильтрат (кроме розеолы), доброкач-е теч-е, «+» серол р-ции, прод-ся 2-3года и > (до 10лет). Разл-т: **свежий сиф.** Сифилиды более мелкие, яркие, симм-но, на теле, нет периф.роста и группировки, не шелуш, остатки тв.шанкра и полиаденит, 60% мономорф. розеолез.сыпь. Розеолы роз.цв, округлые, до 1см, появ-ся в теч. 7-10 дн, после надавливания ее нет, потом появ-ся. Распол-ся сим-но и фокусно, беспорядочно, м.б. на слиз. (эритематоз.или папулез. ангина на мяг.небе, миндалинах) - в сочетании с розеолами и папулами на коже и полиаденитом. На слиз.об. м.б. опаловые папулы (не возвыш, сер.налет) - очень заразны. **Рецид. сиф.** Сыпь менее обильна и ярка, на отдель.участках кожи, нередко сгруппированы в кольца, дуги, число сыпи↓ с каж.рецидивом, цианотич. оттенок. М.б.розеолы, чаще папулы (лентикуляр, милиар, нумуляр, бляшковид), папулы ладоней и подошв, пустулы - редко (угревид, оспенновид, импетиго, эктима, рупия), алопеция (мелкоочаг, диффуз, рубцовая), лейкодерма, пораж. внут.органов и костей."+"р-ции. **Латентный сиф.**

**Течение третичного сифилиса:** появл-ся ч/з 3-5 и > лет после зараж-я, проявл-ся без лечения, рпи туберкулёзе, ревматизме, способ-т разв-ю тяж травмы, хр интоксикации, у ВИЧ-инф-х. зак-ти: сифилиты склонны к распаду и обр-ю рубцов; лок-ся огр-но и единично; в очагах пор-я блед треп не обн-ся (малозаразны); хар-но пор-е внутр орг-в, двиг сист, ЦНС; нет субъек ощущ; RW «+» 50-70%;разв-ся медл без остро-восп-х явлений; теч-е длит-е (мес и даже год); быстро разр-ся под д-ем спец лечения. Бугорковый сифилид – разм с горошину, застойно-синюш цв, плотноэласт консист, незначит возв-ся над окр тк, м лок-ся на любом участке кожи и слиз, кол-во бугорков 10-ки, цикл разв-я 3 и> мес. Б м б равномер рассеян по всему телу, м лок-ся на к-л отдел участке. Хар-но толчкообр подсыпание свежих эл-в. В остр пер: активный, латентный. Регресс бугорков сухим путём, ост-ся рубчик,намом-й мозайку с гиперпигм по периф. Виды: 1. сгруппированные (выстрел дробью), 2. площадкой (смык-ся обр-я бляшку). 3. серпигинир-й (ползущий – появл свеж бугорков по периф очага). 4. карликовый (третич-я папула). 5. на слиз пол рта (с обр-ем язвы, кот им-т глуб форму и отвесные края). Дифдиаг: туберкулёзная волчанка (в дет возр, протек медл, эл-ты сыпи бугорки (люкомы) – мягкие при надавл тупым зондом (симп провал-я зонда), свежие люкомы появл-ся на рубцах, м появ-ся на дне язвы (зерна Трелла), симп яблоч желе), лейшманиоз (желтовато-роз цв Бугорков, тестоватой или умер-о плотной консистенцией, налич-е лимфангиита в виде плот тяжа по периф очагов), лепра (в очагах исчаз-т чувств-ть).

**Общие принципы лечения сифилиса:** обязательное,начатое не < чем ч/з сутки после ост-я DS, регламентировано спец инструкциями, бесплатное. 1. неспецифическое лечение: а) превентивное (пров-ся больным наход-ся в полов или быт контакте, но клиники нет – в сроке до 3-х мес), б) профилактическое (берем-м с 20 нед (1 млн в сут в теч 10 дн) ранее болевшим сиф, с момента негативации серол р-ции<1года и их детям), в)пробное (если есть подозрение на сиф, но не не подтверж клин и сер р-ями); 2. специф: преп-ты выбора: пенициллин (в дозе 2,4 млн), бициллины-1 (ретарпен, Экстенцилин) пр-ты резерва: эритромицин, тетрациклин, оксациклин, доксициклин, азитромицин, роцифин. Методы лечения сиф: хрон перемежающийся м/д (длительный исп-ся для скрытого, третич и позд врож сиф – 6 курсов); непрерывный (пермаментный) - для леч перич и вторич. Сероконтроль: превентив леч-3мес, первич сегонег -6 мес, первич серопозит и вторич свежий – 1год, втор рецид и скрытый 3 года, при серорезистентности 5 лет. Критерии излеченности: отсут клин проявл, «-« сер р-ции, полноценнопровед-е леч согл-но инструкции. Документы: форма 089У - экстренное извещение, «предупр-е вен заб-я», повестка, амбул карта или стац-я карта, где лист половых контактов

**Ранний врождённый сифмлис:** С.плода (плод недоношенный, отсут-т ПЖК, им-т старческий вид, м б дефекты, уродства, при вскрытии пор-е паренх орг-в (фиброз печени - кремневая, гиперплазия и слущ-е альвеол эпитетелия – белая пневмания); 1. С. груд возр (до 1г, диффузная папул-я инфил-я Гохзингера: отёчность кожи, плотная, блестит, часто появл-ся трещины, м появ-ся в пер дни жизни; сиф-я пузырчатка: по всему кожн покрову пузыри до горошины, на инфил основании, отделяемое серозное или гнойное (в отл от эпидемич-й лок-я хар-на на подошве); Сиф-й ринит: 1ст – отёчная (затрудн дых-е, плохо сосет грудь), 2ст – секр-я (сероз жид-ть), 3ст – деструктивная и обр-ся седловид нос. При сиф груд возр м б розеолы и папул-е сифилиты яркие, множ-е, рассеянные. Хар-но пор-е кост сист (остеохондриты, периоститы, остеопериоститы, внутриметафизар-й перелом плеча (псевдо паралич Фарло)). М раз-ся сиф-е менингиты и гидроцефалии. 2. С. раннего детского возр: напом-т по теч вторич рецидив сиф (розеола, папулы (часто широкие кандиломы на кайме губ). Повр-е внутр органов напом-е ранний висцер сиф.

**Пор-е костн и нерв сист при врож сифилисе:** С плода: остеопериостит, остеохондрит. Ранния врождённый С: остеохондрит, периостит, остеопериостит, внутриметафизар-й перелом плеча (псевдо паралич Фарло), седловитый нос. Поздний врождённый С: остеопериостит, синовит. Зубы Гетченсона (пор-ся верх перед резцы, кот им-т бочкообразную форму, на их режущих поверхностях полулунная вырезка, на вырезке м б шипики, кот стираются при еде); седловидный нос, саблевидные голени (ББК искривлена в сагитт напр), ложные – гипертрофирован гребень ББК, ягодицеобразный череп. Дистрофии (стигмы): утолщение грудного конца ключицы, отсут-е мечевидного отростка грудины, высокий башенный сократовский лоб, высокое стояние неба, зубные дистрофии (пятый жеват бугорок на первом маляре, рыбий или щучий клык, широкое расстояние м/у перед верх резцами (симп Диастена-Гаше)), рост зубов во 2-м ряду, волчья пасть, узкий дегенеративный лоб, укор мизинец Дюбуа, полидактилия, синдактилия. Пор-е нервной сист: ранний врож сиф: менингит, менингоэнцефалит, гидроцефалия. Поздний врож сиф: джексоновская эпилепсия, слабоумие, гемипарезы, гемиплегии, расстройства речи, головная боль, сухотка спин мозга, прогрессивный паралич.

**Пор-е слизистых при третич сиф:** язвенно-бугорковый сифилит на слиз пол рта (язвы глубокой формы с отвесными краями) и гуммы (чаще твердое и мягкое небо, небные занавески, ушки, язычок, а также язык). Т.к. на твердом небе слизистая очень тонкая, деструкции начинает подвергаться костная ткань в результате чего наступают прободения и деструкции с сообщением ротовой и носовой полостей, нарушением фонации, затруднением приема пищи, вследствие заброса содержимого из ротовой полости в носовую. Встречаются явления гуммозного глоссита: 1. Истинно гуммозный глосит (узловой) - патологический процесс характеризуется образованием гумм- языка. 2. Диффузная гуммозная инфильтрация. Вначале язык увеличивается в размерах, затем появляется скротальная складчатость, в дальнейшем наблюдается атрофия сосочков, язык медленно уменьшается в размерах и приобретает деревянистую консистенцию, в результате этого затрудняется речь.