

Володимир Савчак, Мар'яна Ковальчук

МЕДСЕСТРИНСТВО У ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ

*Рекомендовано Центральним методичним кабінетом
з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний підручник
для студентів вищих медичних навчальних закладів
I-II рівнів акредитації*

Тернопіль
“Укрмедкнига”

2003

ББК 55.81/.83я723
С 13
УДК 616.5/.97(075.3)

Рецензенти: головний лікар Тернопільського облшкірвендиспансеру,
заслужений лікар України, к.мед.н. *О.І. Хара*
директор Кременецького медичного училища
ім. А. Річинського *П.Є. Мазур*

Савчак В., Ковальчук М.

С 13 Медсестринство у дерматовенерології. – Тернопіль:
Укрмедкнига, 2003. – 170 с.
ISBN 966-673-020-0

У підручнику стисло, згідно з програмою, викладені відомості про основні етапи розвитку дерматовенерології як науки, організацію дерматовенерологічної служби в Україні, функціональні обов'язки медичної сестри дерматовенерологічного кабінету і стаціонару, питання деонтології. Подано основні положення про морфологію та фізіологію шкіри, елементи висипки, принципи лікування хвороб шкіри; описано основні захворювання шкіри та хвороби, що передаються статевим шляхом, діагностичні та лікувальні практичні навички, питання дезінфекції.

ББК 55.81/.83я723
УДК 616.5/.97(075.3)

ISBN 966-673-020-0

© В. Савчак, М. Ковальчук, 2003.

Передмова

Провідною фігурою у наданні спеціалізованої дерматовенерологічної медичної допомоги є лікар. Він організовує і забезпечує виконання основних завдань цієї допомоги. Проте основним помічником лікаря є молодший медичний спеціаліст, у функціональні обов'язки якого входить забезпечення практичного виконання настанов, призначень, вказівок лікаря. Тільки у такому поєднанні можливе повне, своєчасне та якісне надання населенню спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги.

Виходячи із цього, молодший медичний спеціаліст повинен бути обізнаний з основами дерматовенерологічної патології. А саме: з етіологією хвороб, що трапляються часто, їх клінічними проявами, контагіозністю (заразливістю), перебігом, впливом на загальний стан хворого, основними підходами до лікування, прогнозом тощо. Тоді він свідомо, зі знанням справи, виконуватиме свої професійні обов'язки, працюючи в системі дерматовенерологічної служби чи навіть в інших галузях медицини.

Окрім цього, молодший медичний спеціаліст зобов'язаний володіти цілою низкою практичних навичок, які забезпечать виконання його функціональних обов'язків.

Знання основ дерматовенерології необхідне усім медичним фахівцям не тільки для всебічного розвитку в галузі медицини, а й для оцінки змін на шкірі, можливого зв'язку цих змін із внутрішньою патологією, оскільки діагностика в дерматовенерології на 90 % ґрунтується на візуальному компоненті. Іноді зміни на шкірі є вирішальними в попередній діагностиці цілої низки хвороб (системного червоного вовчака, сифілісу тощо).

Молодший медичний спеціаліст повинен орієнтуватись у питаннях надання невідкладної допомоги, володіти основами деонтології стосовно дерматологічної патології та хвороб, що передаються статевим шляхом, проведенні профілактичних заходів.

Із вищевідзначеного випливають основні завдання студентів у вивченні дерматовенерології.

1. Засвоїти теоретичний курс дерматовенерології.
2. Оволодіти практичними навичками.
3. Ознайомитись із принципами організації спеціалізованої дерматовенерологічної допомоги, деонтології, санітарно-просвітньої роботи.

Розділ I

Дерматовенерологія як галузь медицини

Дерматовенерологія – це наука, яка вивчає хвороби шкіри та захворювання, що передаються статевим шляхом, а також можливі зміни на шкірі у хворих на загальну патологію.

Мета і завдання дерматовенерології – вивчення причин, симптоматики, методів діагностики, лікування та профілактики означеної патології.

Зв'язок дерматовенерології з іншими дисциплінами визначається тим, що в окремих випадках загальної патології (хвороб внутрішніх органів, ендокринної системи, нервової системи, обміну речовин) спостерігаються зміни на шкірі, при правильній оцінці цих змін можна припустити наявність основної внутрішньої патології і відповідно визначити тактику лікування та профілактики.

Основні етапи розвитку дерматовенерології

Оскільки зміни на шкірі доступні візуальному спостереженню, то ще стародавні лікарі Китаю, Індії, Греції описали низку хвороб шкіри та запропонували методи їх лікування. Це був перший етап розвитку науки про шкірні захворювання. Другий період дерматології пов'язаний із діяльністю відомого лікаря середньовіччя Авіценни, який зробив спробу класифікувати хвороби шкіри. Третій етап почався з другої половини XVI ст., коли в Італії був виданий підручник із дерматології. Тоді вивчали захворювання шкіри французький лікар Паре, англійські лікарі Пленк, Уїлен, Байтмен. До початку XVIII ст. розвиток дерматології ґрунтувався на засадах спостереження та узагальнення.

У XVIII ст. сформувалися національні дерматологічні школи: **німецька** (Гебра, Капоші, Кебнер, Ядассон та інші), представники якої досліджували психологічні аспекти захворювань шкіри, вплив зовнішніх чинників на розвиток цих хвороб, описували окремі захворювання, узагальнювали свій досвід; **французька** (Алібер, Базен,

Жибер та інші) школа дерматологів вивчала роль гуморальних (пов'язаних із рідинами організму) чинників у розвитку хвороб шкіри; **російська школа** (Полотебнов, Тарновський, Нікольський, Григор'єв, Шеклаков, Скрипкін та інші), представники якої вивчали функціональні чинники в розвитку хвороб шкіри, вроджений сифіліс тощо.

Українську дерматологічну школу започаткував доцент Горецький, який у Києві вперше читав для студентів курс хвороб шкіри. Згодом у Києві працювали професори Терebinський, Тижненко, Стуковенков, Картамишев, Кузнець, Потоцький, які вивчали гістологічні зміни при захворюваннях шкіри, роль функціональних зрушень у розвитку цих хвороб, окремі хвороби, видали низку підручників. Другим організаційним центром із питань дерматовенерології в Україні був Харків, де у 1924 р. організовано перший республіканський шкірно-венерологічний інститут. Тут працювали професори Кричевський, П'ятикоп, а нині Український науково-дослідний інститут дерматології та венерології очолює фахівець у галузі вивчення хвороб, що передаються статевим шляхом, професор І. Мавров. Значний вклад у розвиток дерматовенерологічної науки в Україні зробили професори М. Торсуєв, Б. Глухенький, В. Федотов, В. Коляденко, Л. Калюжна та інші.

Організація дерматовенерологічної служби в Україні

1. При Міністерстві охорони здоров'я України є посада головного дерматовенеролога, який організовує і контролює роботу обласних шкірно-венерологічних диспансерів, проводить аналіз захворюваності в країні, готує відповідні рекомендації для міністерства.

2. Український науково-дослідний інститут Академії медичних наук України – науковий центр, що проводить науково-дослідну роботу та координує наукові дослідження у цій галузі, є методичним центром і знаходиться у м. Харкові.

3. Обласні, районні, міжрайонні шкірно-венерологічні диспансери здійснюють лікування амбулаторних та стаціонарних хворих, проводять аналіз захворюваності, організовують профілактичні огляди певних груп населення (працівників дитячих закладів, закладів громадського харчування тощо), розробляють плани роботи та профі-

лактичних заходів, проводять санітарно-освітню роботу та роботу з підвищення кваліфікації лікарів і молодших медичних працівників.

В основі діяльності диспансерів – диспансерне спостереження за хворими, які пройшли курс лікування, з метою остаточного з'ясування їх одужання (заразні шкірні хвороби, хвороби, що передаються статевим шляхом); систематичний нагляд за хворими із хронічною патологією (екземою, псоріазом, червоним вовчаком, склеродермією) з метою попередження рецидивів; визначення ступеня втрати працездатності тощо.

Ефективність диспансеризації: зниження захворюваності, зменшення кількості днів втрати працездатності, зменшення професійної патології тощо.

4. У районних центрах, де немає диспансерів, організовано спеціалізовані шкірно-венерологічні кабінети, в яких лікарі проводять амбулаторний прийом хворих, здійснюють диспансеризацію, організовують проведення профілактичних заходів та санітарно-просвітню роботу.

Основні функціональні обов'язки медичної сестри дерматовенерологічного кабінету

1. Основними завданнями медсестри дерматовенерологічного кабінету є надання допомоги лікареві-дерматовенерологу під час прийняття хворих, виконання лікарських призначень, підготовка робочого місця лікаря і медичної сестри, ведення встановленої документації.
2. Медсестра дає настанови і контролює роботу санітарки кабінету.
3. Підготує інструменти, стерильний столик, перев'язувальний матеріал і робочі місця для амбулаторного прийняття хворих.
4. Проводить такі маніпуляції та процедури:
 - а) забір крові для постановки реакції Вассермана та інших серологічних реакцій;
 - б) взяття мазків для дослідження на наявність гонококів, трихомонад, хламідій тощо;
 - в) перев'язки;
 - г) ін'єкції біцилінів, екстенциліну, ретапену, гоновакцини та інші;

- д) виконує інші призначення лікаря.
5. Оформлення медичної документації: направлень, довідок, диспансерних карток, форми 30, статистичних талонів, журналу обліку хворих, результатів аналізів тощо.
 6. Здійснює виклики і контролює явку диспансерних хворих на чергові огляди лікаря.
 7. Постійно підвищує ділову кваліфікацію, відвідує і виступає на медсестринських конференціях.
 8. Комплектує ліки та перев'язувальний матеріал у кабінеті, шафу невідкладної допомоги, контролює її стан, а також терміни зберігання ліків.
 9. Слідкує за виконанням санітарно-протиепідемічного режиму в кабінеті.
 10. Несе відповідальність за неякісне виконання призначень лікаря, ведення документації, недотримання санітарно-протиепідемічного режиму в кабінеті, погане зберігання ліків, інструментів, устаткування тощо.

Основні функціональні обов'язки палатної медичної сестри дерматовенерологічного стаціонару

1. Приймати і розміщувати хворих у стаціонарі, контролювати якість санітарної обробки в приймальному відділенні і доповідати лікареві.
2. Знайомити хворих із правилами внутрішнього розпорядку.
3. Своєчасно і якісно виконувати призначення лікаря, а в разі невиконання повідомляти про це.
4. Спостерігати за станом хворих і доповідати лікареві в разі потреби, а про раптові погіршення стану пацієнтів негайно інформувати лікаря, завідділенням, чергового лікаря.
5. Організовувати і здійснювати індивідуальний догляд і санітарно-гігієнічне обслуговування тяжких хворих, профілактику пролежнів; наглядати за чистотою в палатах, своєчасним проведенням гігієнічних ванн, зміною натільної і постільної білизни.
6. Супроводжувати хворих у діагностичні чи лікувальні кабінети, в разі необхідності транспортувати їх за вказівкою лікаря, достав-

ляти історії хвороб консультантам, відправляти біологічні матеріали для дослідження в лабораторії, підготовляти хворих для діагностичних досліджень.

7. Готувати стерильні інструменти, перев'язувальний матеріал, допомагати лікареві при виконанні ним маніпуляцій.
8. Приймати і здавати чергування згідно з чинними правилами.
9. Контролювати дотримання хворими лікарняного режиму.
10. Забезпечувати поповнення, облік та зберігання ліків, перев'язувального матеріалу, інструментів; контролювати стан шафи невідкладної допомоги, терміни зберігання ліків.
11. Роздавати хворим ліки за призначенням лікаря, контролювати їх прийом.
12. Дотримуватись принципів медичної деонтології.
13. Контролювати роботу молодшого медичного персоналу, зберігати лікарську таємницю.
14. Проводити санітарно-освітню роботу серед хворих.
15. Оформляти встановлену документацію (журнал прийняття і вибуття хворих, листки призначень лікарів тощо).
16. Слідкувати за дотриманням санітарно-протиепідемічного режиму; готувати дезінфекційні розчини та контролювати їхній стан, своєчасну заміну.

Функціональні обов'язки патронажної медсестри

1. За дорученням лікаря патронажна медсестра проводить медичні огляди організованих колективів (працівників дитячих садочків, шкіл, санаторіїв, лазень, перукарень, басейнів, закладів громадського харчування, транспорту тощо).
2. Викликає у диспансер для обстеження осіб, що були в контакті із заразними дерматологічними хворими та хворими з хворобами, що передаються статевим шляхом, контролює процес обстеження цих осіб, веде відповідну документацію.
3. Здійснює огляд осіб, які контактували із заразними шкірними хворими та хворими на хвороби, що передаються статевим шляхом, і залучення їх до лікування в разі потреби.
4. Виконує призначення лікаря (ін'єкції, перев'язки тощо) на дому.
5. Виконує інші доручення лікаря, залежно від певної ситуації.

Деонтологія у дерматовенерології

У процесі діагностики, лікування та диспансерного спостереження за хворими на хвороби шкіри та захворювання, що передаються статевим шляхом, слід дотримуватись певних етико-психологічних засад, метою яких є популярне, доступне, делікатне інформування хворих про точні чи можливі причини їхніх хвороб, вплив на загальний стан, можливі наслідки (на запити хворих), про необхідність точного дотримання настанов і порад лікаря щодо лікування та профілактики, що забезпечить успіх.

Особливість у тому, що хвороби шкіри завжди на поверхні, їх помічають оточуючі, особливо при локалізації на обличчі, і це пригнічує хворих, створює для них особливу атмосферу, оскільки оточуючі сприймають ці хвороби у більшості випадків як заразні. А звідси необхідність вкрай тактовної поведінки з боку медичного персоналу. Ні в якому разі не слід створювати ситуацій, які б свідчили, що персонал боїться заразитись від пацієнтів. Особливо чутливими є діти і люди похилого віку, тому до них треба виявити особливу увагу, їх необхідно заспокоювати, стримано реагувати на їхні іноді різкі висловлювання щодо різних питань надання їм медичної допомоги.

Бесіди із хворими можуть мати інформативний, роз'яснювальний характер, заспокоювати. До хворих із різними хворобами повинен бути свій підхід.

1. Хвороби із легким перебігом, що виліковуються (короста, імпетиго, гострі дерматити): хворих рішуче запевняють, що, за умов виконання всіх настанов лікаря, хвороба цілком виліковується і не буде мати в майбутньому ніяких наслідків для здоров'я.

2. Хвороби, що не спричиняють загальних розладів, а є лишень косметичними дефектами (звичайні вугри, вітиліго): хворих інформують про доброякісний характер хвороби, незважаючи на труднощі у лікуванні; про те, що тривала терапія дає хороші результати.

3. Хронічні, рецидивні (тобто такі, що неодноразово повторюються) хвороби (екзема, псоріаз, дискоїдний червоний вовчак тощо): наголошують на тому, що при виконанні всіх порад лікаря, проведенні протирецидивних заходів можна сподіватись на тривалі ремісії (тобто стани, коли захворювання не проявляється або не прогресує).

4. Тяжкі, невиліковні хвороби (пемфігус, системний склероз, системний червоний вовчак тощо): інформують про те, що під впливом раціональної терапії настають тривалі ремісії і хворий навіть зможе повернутися на попереднє місце роботи, делікатно пояснюють хворим про можливі ускладнення кортикостероїдної терапії, необхідність своєчасного звернення до лікаря в разі загострення хвороби.

5. Злоякісні хвороби шкіри (рак, лімфоми): родичам слід повідомляти про серйозність хвороби, а самого хворого підтримувати, вселяти надію на сприятливий результат лікування.

6. Спадкові хвороби (іхтіоз): наголошують, що при систематичному спостереженні, лікуванні можна зберігати працездатність.

Відомості стосовно хворих, із хворобами, що передаються статевим шляхом, є **лікарською таємницею** і не підлягають розголошенню. За розголошення цієї таємниці медичних працівників притягають до відповідальності згідно з чинним законодавством. Нині в Україні створена мережа анонімних платних кабінетів для лікування цієї категорії хворих. Документація ведеться під особливими кодами. “Розкодовують” хворих у разі виявлення ВІЛ-інфікованих, такі хворі підлягають кількаразовому лабораторному обстеженню з метою підтвердження чи заперечення їхньої інфікованості вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ).

Бесіди з такими хворими стосовно виявлення джерел зараження необхідно проводити в спокійній обстановці віч-на-віч. Хворим треба пояснювати необхідність обстеження статевих партнерів, щоб уникнути повторного зараження та розповсюдження хвороби. Роз’яснюють необхідність утримання від статевих контактів у період обстеження, лікування та диспансерного нагляду, оскільки при повторних зараженнях неможливо буде з’ясувати ефективність лікування. У делікатній формі хворим повідомляють про можливі ускладнення хвороби в разі відмови від лікування чи проведення самолікування, про необхідність точного виконання настанов лікаря. Інформують також про утримання від вживання спиртних напоїв, які загострюють запальні процеси, знижують ефективність лікування, збільшують шанси на розвиток ускладнень, про необхідність диспансерного спостереження після закінчення курсу лікування з метою остаточно з’ясування питання про їхнє повне одужання.

Отже, врахування психологічного стану хворих та дотримання деонтологічної тактики створюють сприятливе підґрунтя для одужання хворих.

Морфологія (будова) та фізіологія (функції) шкіри людини

Морфологія шкіри

Шкіра утворює зовнішній покрив людського тіла і має складну будову. Її загальна площа – 1,5-2 м², вага – у середньому 4 кг, що становить 4-9 % від загальної маси тіла. Товщина шкіри різна на різних ділянках і коливається в межах 0,5-4 мм. Під мікроскопом розрізняють три шари шкіри: епідерміс, дерму (власне шкіру), підшкірну жирову клітковину (рис. 1).

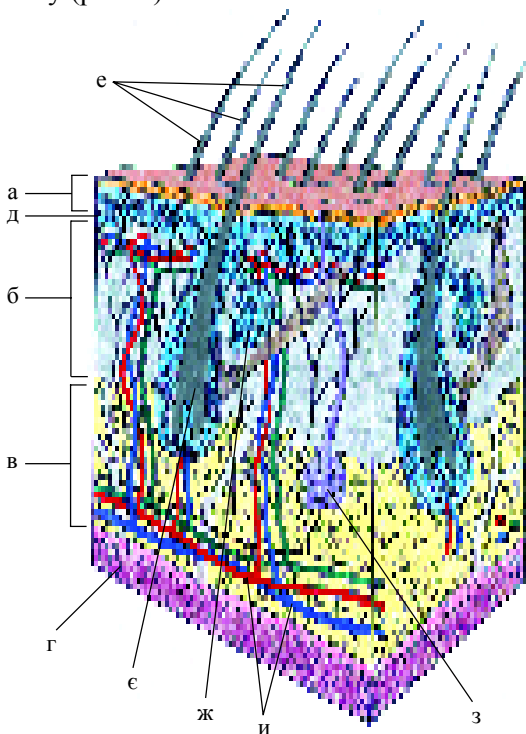


Рис. 1. Будова шкіри:

- а – епідерміс;
- б – дерма;
- в – підшкірна жирова клітковина;
- г – м'язи;
- д – базальна мембрана;
- е – волосини;
- є – волосяна цибулина;
- ж – сальна залоза;
- з – потова залоза;
- и – судини шкіри.

Епідерміс – це зовнішній епітеліальний шар шкіри, що складається з базального (зародкового), остеоподібного, зернистого, блискучого і рогового шарів. Він постійно оновлюється і замінюється впродовж 60 днів. В епідермісі є меланоцити, які виробляють коричневий пігмент меланін, що в основному зумовлює колір шкіри. Під впливом ультрафіолетового проміння кількість меланіну збільшується і виникає засмага (посилена пігментація). Тут також є клітини Лангерганса, що беруть участь в імунологічних процесах.

Дерма (власне шкіра) складається з волокнистої субстанції, зумовленої наявністю колагенових, еластичних та ретикулярних волокон, основної аморфної речовини та клітинних елементів. Дерму умовно поділяють на сосочковий шар, що знаходиться безпосередньо під епідермісом і утворений заглибленими в епідерміс сосочками дерми, і сітчастий шар, основу якого складають переплетені еластичні та колагенові волокна, що проникають у підшкірну клітковину.

Підшкірна жирова клітковина складається із волокнистої сполучної тканини, скупчення жирових клітин, кровоносних судин, нервових стовбурів та волокон, цибулин волосся і клубочків потових залоз. Розрізняють поверхневу судинну сітку в межах сосочкового шару дерми, і глибоку. У підшкірній жировій клітковині нерви утворюють глибоке сплетення, від якого нервові волокна простягаються в сосочковий шар дерми, утворюючи поверхнєве сплетення, що іннервує судини та додатки шкіри. Тут є нервові шкірні рецептори, що сприймають відчуття дотику, болю, холоду і тепла.

Додатки шкіри: потові та сальні залози, волосся, нігті.

Потові залози знаходяться майже на всіх ділянках шкіри. Це прості трубчасті залози, які складаються з тіла у вигляді клубочка і вивідної протоки. За способом секреції (виділення поту) розрізняють мерокринові потові залози, у яких секреція відбувається без втрати секреторних елементів, і апокринові, у яких під час секреції руйнується частина клітин. Останні знаходяться в шкірі статевих органів, мошонки, лобка, молочних залоз, ануса, пахвових складок і починають функціонувати в період статевої зрілості.

Сальні залози знаходяться на всіх ділянках тіла, крім долонь і підшав. Вивідні протоки одних відкриваються у волосяні фолікули, інших – просто на поверхні шкіри. Вони мають часточкову будо-

ву, клітини наповнюються крапельками жиру, руйнуються і виділяються на поверхню шкіри у вигляді шкірного сала, що змашує шкіру, запобігаючи її сухості.

Волосся є кількох видів: довге, щетинисте, пушкове. Довге – на голові, бороді, у пахвових ямках; щетинисте – брови, повіки, у носі та вухах; пушкове на всій іншій поверхні шкіри. Немає волосся на долонях, підошвах, слизових оболонках. Волосся складається із стрижня, що виступає над поверхнею шкіри, і кореня, що знаходиться в шкірі і закінчується потовщенням – волосяною цибулиною, з якої відбувається ріст волосся. Стрижень волосини складається з мозкової і кіркової речовини. Корінь волосини знаходиться у волосяному мішечку (фолікулі), який відкривається на поверхні шкіри вічком, біля якого також відкриваються протоки сальних залоз. Ріст волосся відбувається циклічно: стадія росту (у ній знаходиться 80-90 % волосся), перехідна стадія (5 %), стадія спокою (10-15 %).

Нігті складаються з тіла, кореня, вільного і двох бічних країв. Це рогові утворення, що захищають кінчики пальців від травмування. Нігтьова пластинка обмежена нігтьовим ложем, звідки і росте ніготь. Відновлення нігтів залежить від віку людини і відбувається впродовж 110-170 днів.

Фізіологія шкіри

Шкіра як орган людського організму виконує цілу низку функцій.

1. Захисна функція: від впливу надмірного ультрафіолетового опромінення завдяки наявності в шкірі пігменту меланіну; від фізичних впливів внаслідок механічної міцності та еластичності шкіри; від впливу хімічних чинників завдяки наявності шкірного сала; від інфекційних агентів (мікробів) завдяки щільності рогового шару епідермісу.

2. Видільна (секреторна) функція зумовлена наявністю в шкірі близько 2 млн потових залоз, що впродовж доби виділяють 0,5-1,0 л поту, який на 99 % складається з води; функціонуванням сальних залоз, які виділяють щодоби до 20 г складного за хімічним складом напіврідкого шкірного сала, що має бактерицидні властивості (згубно діє на мікроби).

3. Обмінна функція зумовлена участю шкіри у водному, мінеральному, вітамінному, вуглеводному, жировому та інших видах обміну речовин.

4. Терморегуляторна функція полягає в підтриманні сталої температури тіла шляхом тепловипромінювання, теплопровідності та випаровування води з поверхні шкіри.

5. Резорбтивна (всмоктувальна) функція полягає в тому, що через шкіру можуть всмоктуватись різні хімічні речовини та ліки, що може спричинити навіть отруєння (високі концентрації саліцилової кислоти 5-10 %). Зволоження шкіри може посилювати її всмоктувальну функцію у 10-100 разів.

6. Імунологічна функція зумовлена участю шкіри в імунологічних реакціях.

7. Чутлива функція забезпечується наявністю в шкірі нервових рецепторів, які зумовлюють три види шкірної чутливості: тактильну (дотикову), температурну, больову. Виявлення порушень цієї функції має діагностичне значення (лепра, сириномієлія).

Етіологія (причини) та патогенез (механізми розвитку) хвороб шкіри

Ще не всі причини хвороб шкіри відомі, тому всі ці захворювання можна класифікувати таким чином.

I. Хвороби шкіри (дерматози), причина яких достеменно відома:

– гноячкові хвороби (піодермії): імпетиго, фурункул, карбункул, ектима (збудниками яких переважно є стрептококи і стафілококи);

– паразитарні хвороби: короста (збудник – коростяний кліщ), вошивість, або педикульоз (воші голови, одежні, лобкові);

– грибкові хвороби (мікози): дерматофітії, кандидози, різнокольоровий пітиріаз (збудники – мікроскопічні грибки);

– вірусні хвороби: герпеси, бородавки, контагіозний моллюск (збудниками яких є віруси);

– бактерійні хвороби: туберкульоз шкіри (збудники – мікобактерії туберкульозу), лепра (збудники – мікобактерії лепри);

II. Хвороби шкіри, причини або точні механізми розвитку (патогенез) яких невідомі:

- алергійні: дерматити, екзема, кропив'янка, ангіоневротичний набряк;
 - автоімунні: пемфігус;
 - хвороби зі системним ураженням сполучної тканини: системний червоний вовчак, системний склероз;
 - хвороби, у розвитку яких певну роль відіграють спадкові чинники: псоріаз, звичайні вугри, атопічний дерматит;
 - спадкові хвороби: іхтіоз;
 - злоякісні хвороби: рак шкіри, меланома;
 - інші хвороби: червоний плоский лишай, алопеції, вітиліго.
- Така проста і практична класифікація хвороб шкіри дозволяє орієнтуватись у великій кількості дерматологічної патології.

Контрольні питання

1. Основні завдання дерматовенерології як науки.
2. Організаційна структура дерматовенерологічної служби в Україні.
3. Основні функціональні обов'язки медичної сестри дерматовенерологічного кабінету.
4. Основні функціональні обов'язки палатної медичної сестри дерматовенерологічного стаціонару.
5. Що таке лікарська тасмниця?
6. Назвати три основні шари шкіри.
7. Які є додатки шкіри?
8. Назвати основні функції шкіри.
9. Яка з функцій шкіри має важливе значення для зовнішньої (місцевої) терапії?
10. На які дві великі групи залежно від причин і механізму розвитку можна поділити всі хвороби шкіри?

Ситуаційні задачі

1. Під час амбулаторного прийому в лікарському кабінеті і введення пеніциліну у хворого розвинувся анафілактичний шок. До якого комплекту в кабінеті слід негайно звернутись?
 - А. До стерильного столика.
 - Б. До перев'язувального комплекту.

- В. До шафи невідкладної допомоги.
2. У робочий час у стаціонарі хворому раптово стало погано. Дії чергової медсестри.
- А. Самій надавати допомогу.
 - Б. негайно повідомити лікареві.
3. На стаціонарному лікуванні знаходиться хворий на сифіліс. У вечірній час за відсутності лікаря до чергової медсестри звернулись знайомі хворого із запитанням, яка у нього хвороба. Яка тактика медсестри?
- А. Повідомити знайомим хворого на сифіліс, яка у нього хвороба.
 - Б. Порадити звернутись до лікуючого лікаря.
4. До чергової медсестри звернулись родичі хворого на гонококову інфекцію з вимогою показати їм історію хвороби. Яка тактика медсестри?
- А. Показати історію хвороби.
 - Б. Відмовити.
5. У хворого, що лікується анонімно, виявлено позитивний тест на ВІЛ (інфікування вірусом імунодефіциту людини). Чи має право медсестра розголошувати ці відомості?
- А. Так.
 - Б. Ні.
6. Під мікроскопом чітко виділяють окремі шари шкіри. Скільки їх?
- А. Два.
 - Б. Чотири.
 - В. Три.
 - Г. Шість.
 - Д. Десять.
7. Загальна площа шкіри, в середньому, складає:
- А. 5 м².
 - Б. 2 м².

- В. 8 м².
- Г. 0,5 м².
- Д. 10 м².

8. Які потові залози починають функціонувати в період статевої зрілості?

- А. Мерокринові.
- Б. Апокринові.

9. На яких ділянках шкіри відсутні сальні залози?

- А. Голові.
- Б. Долонях і підшвах.
- В. Складках.
- Г. Кінцівках.
- Д. Статевих органах.

10. Завдяки якій функції шкіри можливе проникнення ліків у кров при їх місцевому (зовнішньому) застосуванні?

- А. Захисній.
- Б. Видільній.
- В. Обмінній.
- Г. Чутливій.
- Д. Резорбтивній.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – В (шафи невідкладної допомоги).

2 – Б (негайно повідомити лікаря).

3 – Б (порадити звернутись до лікуючого лікаря).

4 – Б (відмовити).

5 – Б (ні).

6 – В (три).

7 – Б (2 м²).

8 – Б (апокринові).

9 – Б (долонях та підшвах).

10 – Д (резорбтивній).

Розділ II

Методи обстеження дерматологічних хворих

I. **Паспортна частина** історії хвороби.

II. **Скарги** дерматологічних хворих в основному дві: наявність висипки на шкірі та суб'єктивні відчуття (свербіж, біль, сухість, мокнення тощо), якими вона супроводжується.

III. **Історія хвороби.**

1. Можливі причини: вплив фізичних, хімічних (у тому числі ліків) чинників, емоційних стресів, зараження тощо.

2. Тривалість хвороби: гостра (до 2 міс.), хронічна.

3. Попереднє лікування та його ефект.

4. Перебіг хвороби, які чинники провокують загострення (ліки, харчові алергени, алкоголь тощо).

5. Наявність подібних хвороб у сім'ї вказує на можливу заразність хвороби чи її спадковий характер.

IV. **Історія життя:** перенесені раніше захворювання, наявні супровідні хвороби, вплив професійних чинників, сприйняття організмом хворого ліків і харчових продуктів, шкідливі звички.

V. **Об'єктивний стан:** наявність гарячки, порушення загального стану. **Огляд** шкіри проводять при денному світлі і з'ясовують стан шкіри (колір) неуражених ділянок. **Пальпація** дозволяє з'ясувати еластичність, вологість шкіри, стан підшкірної жирової клітковини та периферійних лімфовузлів.

VI. Для **опису дерматологічного статусу** використовують такі методи дослідження: **огляд, пальпацію, зішкрябування** (лусочок), **діаскопію** (натискування на елемент висипки предметним склом). При огляді з'ясовують рельєф уражених ділянок, колір, поверхню, розповсюдженість (локальний чи розсіяний, розповсюджений характер) висипки, характеризують величину, площу, краї, форму, поверхню, схильність до периферійного росту, симетричність, згрупованість, розміщення по ходу нервів тощо.

Очі – основний інструмент дерматолога. Найважливішою у діагностиці є оцінка **елементів висипки**. Вони бувають первинні і вторинні.

Елементи висипки

Первинні елементи висипки, що не мають порожнини

Пляма – зміна кольору шкіри. Плями є запальні (рис. 2) (бліднуть при діаскопії) і незапальні: гіпопігментовані (зменшення кількості пігменту меланіну), гіперпігментовані (збільшення меланіну), крововиливи (крапкові – петехії, пурпура – до 1-2 см діаметром та інші). Незапальні плями не змінюють кольору при діаскопії.

Уртикарний елемент (від слова уртика – кропива) – це обмежений набряк сосочків шкіри, швидко з'являється, недовго існує і безслідно зникає, супроводжується сверблячкою, печінням (рис. 3).

Папула (вузлик) – це утвір, що виступає над поверхнею шкіри, щільний, при розсмоктуванні не залишає рубців (рис. 4).

Горбик – це утвір, що підвищується над рівнем шкіри; може розпадатись з утворенням виразок, рубців (рис. 5).

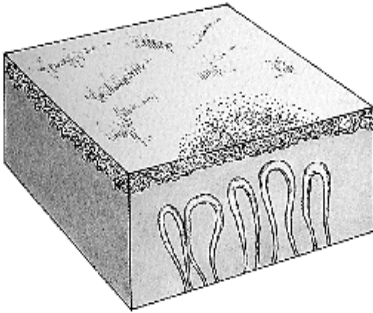


Рис. 2. Запальна пляма.

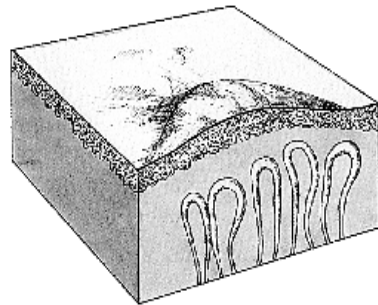


Рис. 3. Уртикарний елемент.

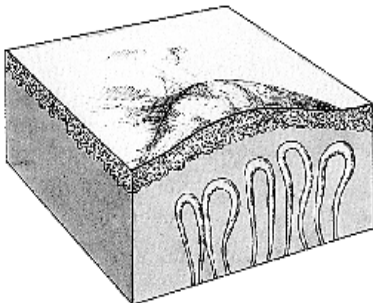


Рис. 4. Папула.

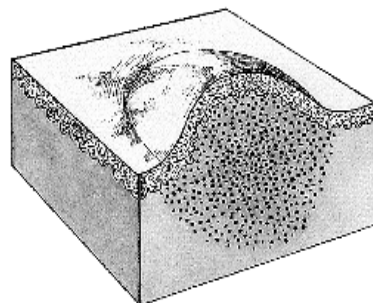


Рис. 5. Горбик.

Вузол – щільне утворення, що залягає в глибоких шарах дерми і підшкірній жировій клітковині; може розпадатись з утворенням виразки.

Первинні елементи, що мають порожнину

Везикула – невелике порожнисте утворення, що містить серозну прозору рідину і розміщується в епідермісі; при руйнуванні покришки утворюється поверхневий дефект епідермісу – ерозія; не залишає рубців (рис. 6).

Пузир – порожнистий елемент значної величини, не залишає рубців (рис. 7).

Пустула – порожнистий елемент, який містить гній, при його руйнуванні утворюється ерозія (рис. 8).

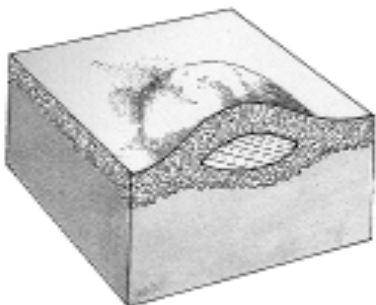


Рис. 6. Везикула однокамерна.

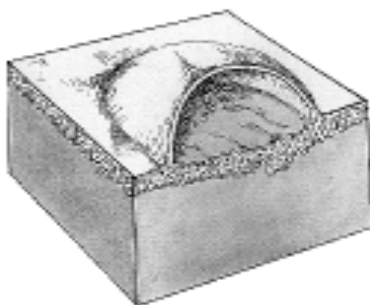


Рис. 7. Пузир підроговий.

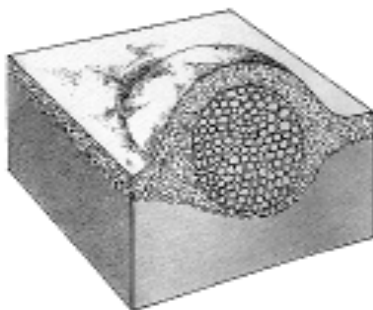


Рис. 8. Пустула.

Вторинні елементи висипки

Вони розвиваються внаслідок розвитку первинних елементів.

Вторинні плями – гіпо- чи гіперпигментовані.

Лусочки – нагромадження клітин рогового шару епідермісу, що відпадають (злущуються) (рис. 9).

Кірочка – засохлий ексудат (серозний, гнійний, кров'янистий).

Ерозія – поверхневий дефект епідермісу на місці зруйнованого порожнистого елемента, загоюється без рубця (рис. 10).

Виразка – глибокий дефект шкіри, що загоюється з утворенням рубця.

Рубець – сполучнотканинне розростання на місці глибоких дефектів (виразок).

Веgetації – сосочкоподібні розростання шкіри.

Ліхеніфікація – потовщення шкіри і посилення шкірного малюнка (рис. 11).

Тріщина – щілиноподібний дефект шкіри, поверхневий чи глибокий (рис. 12).

Садно (екскоріація) – дефект шкіри внаслідок механічних впливів (розчухів) (рис. 10).

Окрім зазначених вище клінічних методів дослідження, в дерматовенерології використовують **додаткові методи**: біопсію (дослідження кусочка зміненої шкіри під мікроскопом), серологічні дослідження (виявлення антитіл при сифілісі, хламідіозі тощо), аналізи лусочок, волосся, нігтів на наявність грибків, імунологічні дослідження тощо.

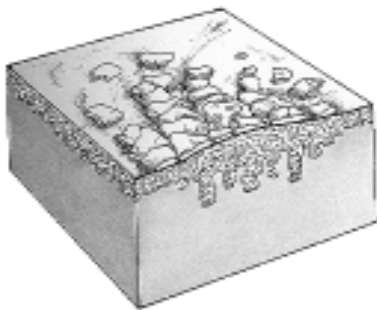


Рис. 9. Лусочки.

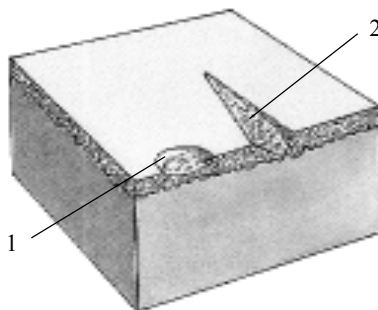


Рис. 10. Поверхневі дефекти епідермісу:
1 – ерозія; 2 – екскоріація.

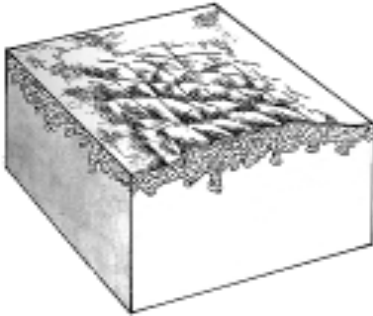


Рис. 11. Ліхеніфікація.

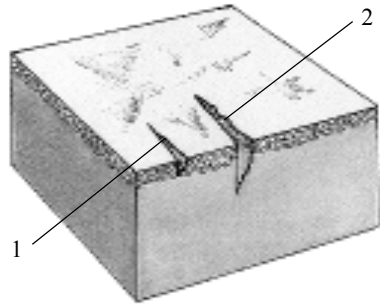


Рис. 12. Тріщини:
1 – поверхнева; 2 – глибока.

Принципи лікування хвороб шкіри

Розрізняють **загальну і місцеву** терапію хвороб шкіри. **Загальна терапія** передбачає призначення ліків всередину, внутрішньом'язово, внутрішньовенно. Загальна терапія буває:

- етіотропною, спрямованою на знищення збудників хвороб;
- патогенетичною, що передбачає вплив на механізми розвитку хвороби з метою їх корекції;
- симптоматичною, спрямованою на усунення або зменшення певних симптомів.

Загальна етіотропна терапія передбачає призначення **антибіотиків** (пеніциліну, доксицикліну, цефазоліну, офлоксацину та ін.) чи **сульфаніламідів** (сульфадиметоксину, бісептолу тощо) з метою знищення збудників при гноячкових хворобах (імпетиго, фурункулі, карбункулі), сифілісі, гонококовій та хламідійній інфекціях; **противірусних препаратів** (ацикловіру, герпевіру, валацикловіру, фамцикловіру) у випадках вірусних хвороб (герпесів); **протигрибкових препаратів** (грізеофульвіну, кетоконазолу (нізоралу), фруконазолу (дифлюкану), інтраконазолу (орунгалу), тербінафіну (ламзілилу) у випадках дерматофітій, кандидозів, тобто грибкових хвороб шкіри і слизових оболонок.

Загальна патогенетична терапія передбачає застосування **глюкокортикостероїдів** (преднізолону, триамцінолону, дексаметазону), які мають протизапальну, судинозвужувальну, протиалергій-

ну, протисвербїжну дію, а також **антигістамінних препаратів** (димедролу, дипразину, діазоліну, астемізолу, супрастину, тавегілу, фенкаролу та ін.), які усувають або зменшують свербїж – невід’ємний симптом алергїйних хвороб шкіри. Окрім цього, використовують гіпосенсибілізуючі препарати (натрію тіосульфат, кальцію хлорид чи кальцію глюконат), заспокійливі (діазепам), вітаміни, сечогінні препарати (фуросемід) з метою зменшення набряків та інші.

Місцева терапія хвороб шкіри. У багатьох випадках, особливо обмежених за площею ураженнях шкіри, місцева терапія може бути єдиною і основною.

Лікарські форми препаратів для місцевої терапії:

1. Мазі – лікарські форми, основу яких складають жири і жироподібні речовини, використовують їх найчастіше у вигляді офіційних (готових) форм. Вони найглибше проникають у шкіру, тому їх використовують при підгострих та хронічних процесах, коли шкіра суха, потовщена, лущиться.

2. Креми теж містять жири або жироподібні речовини, які змішуючись із водою, утворюють напіврідку масу; їх використовують при сухості шкіри, зниженні її еластичності при підгострих процесах.

3. Емульсії мають сметаноподібну консистенцію і показані при гострих та підгострих процесах.

4. Пасти – жири та порошки у рівних кількостях, густої консистенції, довго утримуються на шкірі, мають протизапальну, захисну і підсушувальну дію. Є офіційні пасти: цинкова паста, цинк-саліцилова паста (індиферентні), паста Теймурова (складної композиції) для лікування посиленого потіння.

5. Аерозолі діють поверхнево, не всмоктуються, зручні в застосуванні на значній за розмірами поверхні (спрегаль – для лікування корости; пара-плюс, спрей-пакс для лікування педикульозу (вошівості); дезодоранти для нейтралізації неприємного запаху поту).

6. Збовтувальні суміші (бовтанки) складаються на 30 % із порошоків (оксиду цинку, тальку, крохмалю) і 70 % рідини (води, спирту, гліцерину). Перед застосуванням їх добре збовтують, вони діють поверхнево, підсушують, мають протизапальну дію, показані у випадках розповсюджених поверхневих процесів (рожевого пітиріазу), протипоказані на вологих поверхнях.

7. Розчини для примочок різних лікарських засобів у воді, випаровуючись, вони охолоджують шкіру, звужують судини, зменшують ексудацію (виділення серозної рідини на поверхні шкіри), мають підсушувальну і в'язучу дію (2 % водний розчин борної кислоти, 0,2 % розчин етакридину лактату, 5-10 % розчин іхтіолу та інші).

8. Присипки складаються з одного або кількох порошоків, підсушують шкіру, зменшують запалення та суб'єктивні відчуття, діють поверхнево. Офіційні присипки: дитяча, гальманін (проти потіння). Дезінфікувальні присипки стрептоциду, дерматолу також сприяють загоєнню виразок.

Групи препаратів для місцевої етіотропної терапії для лікування:

1. Гноячкових хвороб:

- а) мазі: 10 % стрептоцидова, 0,5 % мірамістинова, офлокаїнова;
- б) лініменти: 5-10 % синтоміцину, 5 % стрептоциду;
- в) розчини: 0,25 % спиртовий розчин левоміцетину, йодидцерин (йод + димексид + гліцерин);

2. Грибкових хвороб (дерматофітій, кандидозів):

- а) мазі, креми, гелі: 1 % клотримазолу, 1 % еконазолу, 1 % біфоназолу, 2 % міконазолу, 2 % нізоралуу, 2 % ламізилу та інші;
- б) лаки: батрафен, лоцерил.

3. Вірусних хвороб:

- а) мазі і креми, які містять ацикловір (герпевір, віролекс, зовіракс, лізавір, ловір та інші) – герпесів;
- б) розчини: ферезол, кондилін, солкодерм – бородавок.

4. Корости: 25 % крем бензилбензоату, проста сірчана мазь, аерозоль “Спрегаль”.

5. Педикульозу (вошивості):

- а) аерозолі: пара-плюс, спреї-пакс;
- б) розчини: нітифор, педилін, перметрин;
- в) суспензії: 20 % суспензія бензилбензоату.

Групи препаратів для симптоматичної місцевої терапії:

1. Глюкокортикостероїдні препарати у вигляді мазей, кремів, гелів, лосьйонів, аерозолів мають виражену протизапальну, судинозвужувальну, протисвербіжну дію. Ці препарати за вираженістю протизапальної дії поділяють на 4 групи:

1) слабка протизапальна дія: 1 % гідрокортизонова, 0,5 % преднізолонова мазі;

2) помірна протизапальна дія: синафлан 0,025 %;

3) сильна протизапальна дія: бетаметазону валерат 0,1 %, елоком 0,1 %;

4) дуже сильна протизапальна дія: дермовеїт 0,05 %.

Глюкокортикостероїдні мазі показані для лікування дерматитів, екзем, псоріазу, простого хронічного лишая та інших.

Протипоказання: гноячкові, вірусні, грибкові хвороби, сифіліс, туберкульоз, злоякісні пухлини.

Ускладнення при тривалому нераціональному застосуванні кортикостероїдних мазей: гноячкові хвороби (фолікуліти), атрофія (стоншення шкіри), телеангіектазії (розширені судини), крововиливи та інші.

2. Кератолітичні мазі вживають для розм'якшення і усунення нашарування зроговілих мас (гіперкератозів):

а) 5, 10, 20, 50 % мазі із саліциловою кислотою;

б) преднікарб (преднізолон + 10 % сечовини);

в) карбодерм (5 і 10 % сечовини).

Вони показані при гіперкератозах (посиленому зроговінні), іхтіозі, псоріазі.

3. Барвник фулорцин (фуксин, борна кислота, фенол, ацетон, резорцин) має дезінфікувальну, підсушуючу, протисвербіжну, частково протигрибкову дію.

Показаний при екземах, дерматофітіях, кандидозі.

Перехресна сенсibiлізація до ліків:

Пеніциліну і напівсинтетичних пеніцилінів (ампіциліну, оксациліну, карбеніциліну, ампіоксу та ін.), біцилінів, цефалоспоринів (кефзолу, цефалексину, цефамезину, клафорану та ін.).

Сульфаніламідів і новокаїну, тримекаїну, лідокаїну, анестезину, прокаїну, новокаїнаміду, беластезину, бісептолу, гросептолу, бактриму, альма-гелю А, гіпотіазиду, фуросеміду, тріампуру, бутаміду, букарбану, орбету та інших.

Тетрацикліну і метацикліну (рондоцикліну), глікоцикліну, олететрину, олеандоміцину.

Амідопірину і анальгіну, бутадіону, реопірину (пірабутолу), антипірину, аспірину, бруфену, баралгіну та інших.

Дипразину (піпольфену) і аміназину, пропазину, френолону, етаперазину, тіоридазину, тералену та інших.

Фенобарбіталу і теофедрину, антасману, валокордину, пенталгіну (до складу цих препаратів входить фенобарбітал).

Йоду і розчину Люголя, солютану, антиструміну, йодовмісних контрастних препаратів (білітрасту, кардіотрасту, білігносту та ін.), сайодину, тріомбрину, міодилу та інших.

Фурациліну і фурадоніну, фуразолідону, фурагіну.

Дермозолону і мексази, 5-НОК, інтестопану.

Вітаміну В₁ і кокарбоксилази.

Циннаризину (стугерону) і піперазину.

Еуфіліну і супрастину.

Стрептоміцину і мономіцину, гентаміцину, канаміцину.

Левоміцетину і синтоміцину.

Медикаментозний анафілактичний шок

Анафілактичний шок розвивається раптово, характеризується тяжким перебігом і загрозливими для життя наслідками. Вид алергену, шляхи його введення в організм не впливають на клінічну картину і тяжкість перебігу анафілактичного шоку. Чим менше часу минуло від того моменту, коли в організм потрапив алерген, тим тяжчий перебіг шоку. Найчастіше (до 90 %) летальний наслідок настає у перші 3-10 хв після введення ліків-алергенів в організм за відсутності адекватної допомоги. Після перенесеного анафілактичного шоку впродовж 2-3 тижнів розвивається так званий рефрактерний період: зникають або зменшуються прояви алергії. Але в подальшому сенсibiliзація організму посилюється, а повторні випадки анафілактичного шоку мають дуже тяжкий перебіг. Він може починатись із продромальних проявів, які відсутні у випадках блискавичного розвитку шоку. Блискавичний шок характеризується раптовим розвитком тяжкого колапсу з непритомністю, корчами і часто закінчується летально.

Продромальний період: відчуття жару, збудження або апатія, депресія, неспокій, страх смерті, шум і дзвін у вухах, стискуючий біль за грудниною, свербіж шкіри, пульсуючий головний біль, спасичний сухий кашель, гіперемія обличчя і склер, сльозотеча, рино-

рея, кропив'янка, ангіоневротичні набряки. Ці симптоми трапляються в різних комбінаціях. Через кілька хвилин (до 1 год) після цього розвиваються симптоми шоку. У тяжких випадках шкірні прояви відсутні або можуть виникнути через 30-40 хв у завершальній стадії шоку.

Клініка.

1. Зниження артеріального тиску (гіпотонія) аж до розвитку непритомності впродовж 1 год і більше, блідість, холодний піт, іноді виділення піни з рота, тахікардія, ниткоподібний пульс, тони серця глухі, можливі корчі, парези, паралічі, мимовільні дефекація і сечовипускання, а також розвиток 2-3 нападів різкої гіпотонії.

2. Спазми гладенької мускулатури:

- бронхоспазм: кашель, задишка;
- спазми мускулатури шлунково-кишкового каналу: біль у животі, нудота, блювання, діарея;
- спазми матки у жінок: біль внизу живота, кров'яністі виділення з піхви.

Набряки:

- гортані з явищами асфіксії;
- стравоходу з розвитком дисфагії;
- серця з появою болю, тахікардії.

Перебіг. У зв'язку з можливим розвитком 2-3 нападів різкої гіпотонії хворих госпіталізують. У період регресу ознак шоку можливий ще розвиток таких симптомів: сильного ознобу, гарячки, вираженої слабості, задишки, серцевого болю.

Диференціювати медикаментозний анафілактичний шок потрібно з гострою серцево-судинною недостатністю, інфарктом міокарда, епілептичним нападом, позаматковою вагітністю (розривом труби).

Лікування.

Медичну допомогу слід надавати негайно, швидко і послідовно:

1. Припинити введення ліків-алергенів, забезпечити доступ свіжого повітря. Хворому надати положення із закинutoю головою (щоб не западав язик), зігрівати його і дати вдихати кисень.

2. Вище місця ін'єкції, якщо це можливо, накласти джгут.

3. Місце введення ліків обколоти 0,3-0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну.

4. Внутрішньом'язово ввести ще 0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну.
5. Якщо стан хворого не поліпшується, то адреналін вводять внутрішньом'язово по 0,5 мл кожні 10-15 хв до виведення хворого із стану колапсу.
6. У разі необхідності вводять внутрішньовенно струминно 0,5 мл адреналіну у 10-20 мл 40 % розчину глюкози або ізотонічного розчину.
7. При потребі внутрішньовенно краплинно вводять 60-90 мг преднізолону чи еквівалентну дозу інших стероїдів.
8. У випадках розвитку набряку легень внутрішньовенно вводять 2 мл 1 % розчину фуросеміду (лазиксу) у 10 мл 40 % глюкози чи фізрозчину.
9. З метою усунення бронхоспазму, якщо він розвинувся, після застосування адреналіну внутрішньовенно вводять 10 мл 2,4 % розчину еуфіліну в 10 мл 40 % розчину глюкози або ізотонічного розчину.
10. Антигістамінні препарати вводять внутрішньом'язово або внутрішньовенно в основному з метою усунення шкірних проявів і тільки після нормалізації показників гемодинаміки (по 2 мл 1 % розчину димедролу, 2,5 % розчину дипразину (піпольфену), 2 % розчину супрастину).
11. У випадках вираженого судомного синдрому (корчів) із сильним збудженням показано введення внутрішньовенно 1-2 мл (2,5-5 мг) дроперидолу.
12. Хворі в стані анафілактичного шоку підлягають госпіталізації на 7-8 днів.

Прогноз залежить від своєчасної інтенсивної та адекватної терапії.

Про сприятливий наслідок можна говорити лише через 5-7 діб після ліквідації усіх життєво небезпечних симптомів. У 2-5 % хворих можуть виникнути пізні алергійні реакції з розвитком ускладнень із боку життєво важливих органів і систем.

Профілактика.

1. Ретельно збирати алергологічний анамнез, зокрема щодо переносимості організмом хворого ліків: чи спостерігалась коли-небудь алергійна гарячка, висипка на шкірі чи свербіж шкіри, ринорея, бронхоспазм тощо.

2. Уникати поліпрагмазії (одночасного призначення багатьох ліків), слід пам'ятати про можливі перехресні реакції в межах певних груп ліків.

3. У кожному медичному кабінеті повинна бути так звана “шокова” аптечка з набором усіх необхідних ліків.

4. Увесь медперсонал повинен знати, як надавати невідкладну допомогу у випадках анафілактичного шоку.

Харчова алергія та харчові алергени

Харчова алергія – це підвищена чутливість організму до певних харчових продуктів, яка найчастіше виражається сверблячою висипкою на шкірі або загостренням хвороби внутрішніх органів (проносом, кашлем тощо). Клінічні симптоми в типових випадках виникають впродовж короткого часу після вживання відповідних харчових алергенів (від 5-10 хв до 3-4 год). Однак у випадках замаскованих форм хвороби клінічні прояви можуть розвиватись і в пізніші строки – через добу і навіть 10-12 днів. Тривалість алергійної реакції на вживання харчових алергенів коливається від 2-3 год до 7-10 днів.

Найчастіші харчові алергени:

1. Коров'яче молоко – найчастіший харчовий алерген у дітей. Частим проявом алергії до нього є немовляткова стадія atopічного дерматиту (дитяча екзема), у старших дітей – кропив'янка.

2. Риба. Одні хворі мають підвищену чутливість до всіх сортів риби, інші – до окремих. Іноді є виражена алергійна реакція до самої риби, в інших випадках – до рибних супів, екстрактів, маринадів, соусів, ікри, риб'ячого жиру. Краби і раки теж можуть спричинити алергію.

3. Курячі яйця, особливо білок, який міститься в багатьох продуктах (тортах, бісквітах, морозиві тощо).

4. Інші харчові алергени: шоколад, какао, кава, мед, цитрусові (особливо апельсини), гриби, суниці, полуниці, злаки (соя, пшениця, гречка), горіхи, арахіс, дріжджі, банани та інші.

Швидкий розвиток загальних алергійних симптомів (сверблячої висипки, гарячки, погіршення загального стану) відразу після вживання їжі поряд із шлунково-кишковими розладами (блюванням, болем у животі, проносом) вказують на можливий розвиток харчової алергії.

Для **гострої харчової алергії характерні**: раптовий початок після вживання харчового алергену, розвиток загальних алергійних реакцій (гарячки, загальної слабості, ознобу, свербежу шкіри, кропив'янки, ангіоневротичного набряку Квінке, бронхоспазму (кашлю, задишки), головного болю, болю в суглобах та ін.), зниження артеріального тиску, сприятливий перебіг процесу впродовж 1-2 днів.

Функції медсестри: 1) надання невідкладної допомоги, введення адреналіну, глюкокортикостероїдів, антигістамінних препаратів (при цьому спостерігається швидкий ефект такої терапії);

2) порада хворому вилучити з дієти відповідний харчовий алерген і в подальшому його не вживати;

3) якщо з моменту вживання харчового алергену минуло не більше 30-60 хв – промивання шлунка, очисна клізма з метою видалення залишків харчового алергену;

4) призначення ентеросорбентів (ентеросгель, карболонг тощо);

5) комплектування, збереження, контроль за терміном придатності ліків у шафі невідкладної допомоги.

Контрольні питання

1. Який метод дослідження у дерматології є основним, тобто дає найбільше інформації?
2. Назвати первинні елементи висипки, що не мають порожнини.
3. Назвати первинні елементи висипки, що мають порожнину.
4. Назвати вторинні елементи висипки.
5. Назвати лікарські форми препаратів, що використовують для місцевої терапії.
6. Назвати кортикостероїдні мазі слабкої і помірної протизапальних дій.
7. Назвати кортикостероїдні мазі сильної і дуже сильної протизапальних дій.
8. Назвати протипоказання для застосування кортикостероїдних мазей.
9. Назвати можливі місцеві ускладнення при тривалому, нераціональному застосуванні кортикостероїдних мазей.
10. Назвати основні харчові алергени.

Ситуаційні задачі

1. У хворого на шкірі ерозії (поверхневий дефект епідермісу). Який елемент висипки передував утворенню ерозій?

- А. Вузлики.
- Б. Горбик.
- В. Уртикарний елемент.
- Г. Везикула.
- Д. Пляма.

2. Для якого елемента висипки характерні раптовий початок, нетривале існування, безслідне зникнення, свербіж?

- А. Плями.
- Б. Вузлика.
- В. Везикули.
- Г. Уртикарного елемента.
- Д. Вузла.

3. Який вторинний елемент висипки після загоєння залишає рубець?

- А. Кірочка.
- Б. Ліхеніфікація.
- В. Виразка.
- Г. Ерозія.
- Д. Вегетація.

4. У хворого на шкірі обмежена мокнуча ділянка (екзема). Яка лікарська форма показана для місцевої терапії?

- А. Паста.
- Б. Мазь.
- В. Примочка.
- Г. Крем.
- Д. Збовтувана суміш.

5. У хворого на шкірі ділянка ліхеніфікації (ущільнена і потовщена – простий хронічний лишай). Яка лікарська форма показана для місцевої терапії?

- А. Присипка.
- Б. Аерозоль.
- В. Мазь.
- Г. Примочка.
- Д. Збовтувана суміш.

6. Який із названих препаратів використовують для етіотропної терапії ?

- А. Доксидиклін.
- Б. Димедрол.
- В. Діазолін.
- Г. Фуросемід.
- Д. Преднізолон.

7. Який із названих препаратів має протигрибкову дію?

- А. Супрастин.
- Б. Кальцію глюконат.
- В. Триамцинолон.
- Г. Грізеофульвін.
- Д. Ацикловір.

8. Який із названих препаратів відноситься до антигістамінних?

- А. Бетаметазон.
- Б. Сульфадиметоксин.
- В. Ламізил.
- Г. Герпевір.
- Д. Фенкарол.

9. Яка із названих мазей має кератолітичну дію?

- А. Карбодерм.
- Б. Мірамістинова.
- В. Стрептоцидова.
- Г. Клотримазол.
- Д. Бензилбензоату.

10. Яка із названих мазей має протівірусну дію?

- А. Преднізолонова.
- Б. Стрептоцидова.
- В. Герпевір.
- Г. Міконазолова.
- Д. Мірамістинова.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

- Номер задачі: 1 – Г (везикула)
2 – Г (уртикарного елемента)
3 – В (виразка)
4 – В (примочка)
5 – В (мазь)
6 – А (доксциклін)
7 – Г (грізеофульвін)
8 – Д (фенкарол)
9 – А (карбодерм)
10 – В (герпевір)

Розділ III

Інфекційні хвороби шкіри

Гноячкові хвороби

Імпетиго (фото 1). Збудники: стафілококи, стрептококи. Сприяючі чинники: дрібні травми, забруднення шкіри, перегрівання. Можливе зараження від хворих, частіше це трапляється серед дітей. На шкірі виникають везикули, вміст яких швидко перетворюється у гнійний, і утворюються пустули на запальній основі з тоненькою покришкою. Вони швидко руйнуються з утворенням ерозій, на поверхні яких формуються гнійні жовто-бурі кірочки. Кількість елементів збільшується, вони ростуть по периферії, можуть зливатися у невеликі вогнища, набувати кільцеподібної форми. Іноді переважають великі пузири із каламутним вмістом (бульозне імпетиго). Перебіг без лікування кілька тижнів. Висипка не залишає рубців. Лікування: місцево – мазь мірамістину, лінімент стрептоциду, синтоміцину; у випадках розповсюдження ураження – всередину антибіотики, сульфаніламід.

Звичайна ектима. Збудники: стрептококи і стафілококи. На шкірі утворюється глибока пустула на запальній червоній інфільтрованій основі; вона руйнується, інфільтрат частково розпадається, утворюється виразка, часто вкрита кірочкою, при загоєнні залишається рубець. Лікування те ж, що при імпетиго.



Фото 1. Звичайне імпетиго.

Фолікуліт – гнійне запалення волосяного фолікула. Спочатку навколо волосся утворюється запальний, червоний вузлик із пустулою на верхівці, яка руйнується, утворюючи кірочку; вузлик розсмоктується, кірочка відпадає, не залишаючи рубців. Із фолікуліту може утворюватись фурункул. Лікування: місце-

во – фукурцин, левоміцетиновий спирт, йоддицерин, якими змашують уражені ділянки кілька разів на день; у випадках розповсюдження ураження – антибіотики всередину.

Фурункул – це гостре гнійно-некротичне запалення волосяного фолікула, сальної залози і підшкірної клітковини, зумовлене стафілококом. Спочатку виникає болючий червоний вузол, що збільшується, на верхівці утворюється пустула з волоском у центрі. Згодом пустула руйнується, вузол у центрі розпадається з утворенням гнійного стрижня, який поступово відділяється, утворюючи виразку, після загоєння якої залишається рубець.

Фурункульоз гострий – коли у хворого багато фурункулів; **фурункульоз хронічний** – коли одні фурункули гояться, проте протягом тривалого часу (місяців) виникають нові.

Карбункул – це кілька фурункулів на запальній щільній болючій основі; на поверхні кілька пустул, що розпадаються з утворенням гнійних стрижнів, при відділенні яких витікає гній. Після загоєння залишається рубець.

Фурункули, карбункули особливо небезпечні при локалізації на обличчі – можливе запалення мозкових оболонок (менінгіт). Можливі ускладнення: лімфангіт, лімфаденіт, тромбофлебіт та інші.

Лікування: загальне – антибіотики; місцеве – чистий іхтіол, 20 % іхтіолова мазь (до прориву), примочки з гіпертонічним розчином (після прориву), після виходу стрижня – лінімент стрептоциду, синтоміцину, мазь мірамістинова, йоддицерин.

Профілактика гноячкових хвороб: зміцнення організму, дотримання правил гігієни шкіри, обробка мікротравм дезінфікувальними засобами (спиртовим розчином йоду, йоддицирином, левоміцетиновим спиртом тощо).

Функції медсестри:

1) забороняти хворим митися у ванній, оскільки це може спричинити розвиток нових вогнищ ураження внаслідок перенесення водою збудників із ураженої на здорову шкіру;

2) обробляти шкіру навколо вогнищ уражень дезінфікувальними засобами;

3) очищати уражені ділянки від гною, кірочок;

4) накладати дезінфікувальні примочки, мазі.

Грибкові хвороби шкіри (мікози)

Їх поділяють на три групи.

1. Дерматофітії, спричинені грибками дерматофітами.
2. Кандидози, спричинені дріжджовими грибками.
3. Різнокольоровий пітиріаз, спричинений грибками пітіроспорум.

Дерматофітії

Дерматофітія волосистої частини голови найчастіше трапляється у двох різновидах.

– **інфільтративно-гнійна трихофітія** (фото 2), збудник – грибок дерматофітон із роду трихофітонів. Хвороба заразна, заражаються переважно діти, рідше дорослі, від хворих телят, коли на шкіру потрапляє шерсть, уражена грибком, безпосередньо від хворих тварин або через предмети, на яких є грибок (одежу, солом'яні предмети догляду за худобою). На голові виникають поодинокі, а згодом і множинні запальні червоні дещо болючі вузли із численними пустулами на поверхні, вогнища збільшуються по периферії, можуть зливатись, на поверхні формуються гнійні кірочки, при знятті яких і розтягванні шкіри біля вогнища в протилежні боки на поверхню виділяються крапельки гною (симптом “сита” або “медових щільників”).



Фото 2. Інфільтративно-гнійна трихофітія голови.

Уражене волосся випадає, збільшені і болючі лімфовузли, що розміщені поряд. Такі ж вогнища ураження можуть бути в чоловіків на шкірі, в місцях бороди, вусів, де є волосся. Лікування: місцево – спочатку дезінфікувальні примочки або аплікації з тертої картоплі, які міняють кожні дві години, до очищення вогнища від гною, потім пов'язки з йоддицерином до повного одужання. Прискорює одужання ручна епіляція (висмикування пінцетом волосся у вог-

нищі і на кілька міліметрів навколо), що усуває ʼрунт (волосся), на якому розмножуються грибки. Але ця процедура надзвичайно болюча і тому не завжди доцільна. За наявності множинних вогнищ – протигрибкові препарати всередину (грізеофульвін, нізорал, ламізил, орунгал).

Профілактика: 1) лікування хворої худоби (ветеринарна служба);

2) проведення профілактичних щеплень худоби (ветеринарна служба);

3) не користуватись чужими головними уборами, гребінцями тощо;

4) дезінфекція особистих речей хворого;

5) особиста гігієна.

Функції медсестри:

1) ручна епіляція у вогнищах ураження;

2) очищення вогнищ від кірочок та гною;

3) застосування примочок, аплікацій із тертої картоплі;

4) накладання повʼязки із йоддицирином;

5) спалювання зараженого волосся, дезінфекція головних уборів.

– **мікроспорія волосистої частини голови** (фото 3), збудник – грибок мікроспорум.

Хвороба заразна, заражаються від хворих котів (до 90 %), особливо кошенят, коли на шкіру потрапляє заражена грибом шерсть котів, безпосередньо від хворих тварин або через предмети, на яких є грибок (гребінці, головні убори тощо). Зараження від хворих дітей трапляється рідко, приблизно у 3-5 % випадків. На голові виникають **круглі вогнища обламаної волосся**, спочатку невеликі, згодом вони сягають 5-6 см діаметром, а навколо виникають менші вогнища. На цих ділянках шкіра лущиться, виглядає наче присипана борошном, і ледь помітна еритема. Без лікування кількість вогнищ постійно



Фото 3. Мікроспорія голови.

збільшується, хвороба не спричиняє суб'єктивних відчуттів. Основне лікування загальне – всередину протигрибкові препарати (грізеофульвін, ламізіл, орунгал), місцеве лікування має другорядне значення і полягає в голінні голови один раз на тиждень з метою видалення зараженого волосся, змазуванні спиртовим розчином йоду чи йодидцирином кілька разів на день, щотижневого миття голови з милом.

Функції медсестри: 1) щотижневе гоління і миття з милом голови хворих;

2) контроль за систематичним і регулярним вживанням протигрибкових препаратів хворими;

3) дезінфекція головних уборів та інших речей хворих;

4) регулярне змащування вогнищ ураження спиртовим розчином йоду або йодидцирином.

Дерматофітії гладкої шкіри тулуба, кінцівок.

– **інфільтративно-гнійна трихофітія** (фото 4): збудник, шляхи зараження, як у випадках трихофітії голови. На шкірі виникає кругла запальна червона пляма, яка дещо підвищується над рівнем шкіри, схильна до периферійного росту та збільшення, що нагадує печатку (фото 5). По краях щільний запальний валик, на поверхні дрібні пустули, кірочки. Лікування переважно місцеве: змазування спиртовим розчином йоду, йодидцирином чи офіційними протигрибкови-

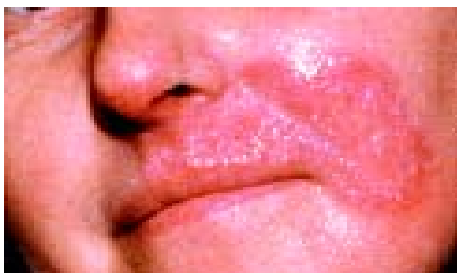


Фото 4. Інфільтративно-гнійна трихофітія обличчя.



Фото 5. Інфільтративно-гнійна трихофітія кисті (вогнище, як “печатка”).

ми мазями впродовж 2-4 тижнів, у випадках множинних вогнищ ураження – протигрибкові препарати всередину (грізеофульвін, нізорал, ламізіл).

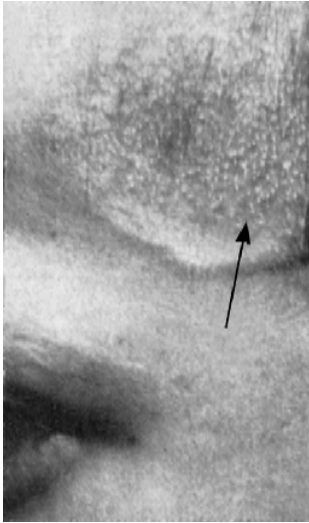


Фото 6. Мікроспорія гладкої шкіри.

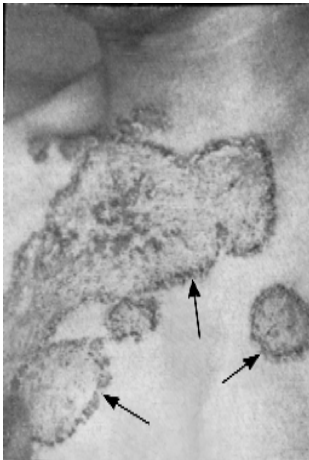


Фото 7. Руброфітія гладкої шкіри.

– **мікроспорія** (фото 6): збудник, шляхи зараження, як у випадках мікроспорії голови. На шкірі виникає кругла запальна червона пляма, схильна до периферійного росту і збільшення, по краю більш виражений запальний валик, на поверхні маленькі пустули, лущення. Лікування те ж, що при інфільтративно-гнійній трихофітії.

– **руброфітія** (фото 7): збудник – червоний трихофітон, нагадує мікроспорію, тільки ураження зливаються у великі вогнища з чіткими чудернацькими обрисами, по краях запальний валик, на поверхні переважає лущення, хворі відчувають свербіж. Лікування те ж, що при трихофітії.

Дерматофітія пахова (фото 8): найчастіший збудник – грибок червоний трихофітон. На шкірі внутрішніх поверхонь стегон у паховій ділянці виникають негос-

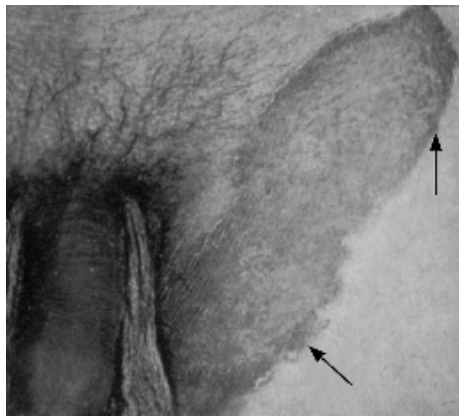


Фото 8. Дерматофітія пахова.

трозапальні, червоні плями із чіткими контурами, по периферії суцільний або переривчастий щільний валик, на поверхні лущення. Вогнища ростуть по периферії і можуть розповсюджуватись на ділянку лобка, сідниць. Хворих турбує свербіж. Лікування те ж, що при трихофітії упродовж 3-4 тижнів.

Дерматофітія ступнів, кистей (найчастіший збудник – червоний трихофітон).

Дерматофітія ступнів може бути у таких формах:

– **сквамозна** (від слова сквама – лусочка) форма: на шкірі підшов, у міжпальцевих складках, під пальцями вогнища лущення, іноді тріщини, запальні явища майже не виражені, проте виражений свербіж;

– **інтертригіозна** (від слова інтертриго – попрілість) форма: у міжпальцевих складках, під пальцями еритема, везикули, пустули, ерозії, тріщини, мокнення;

– **гіперкератотична** (гіперкератоз – зроговіння) **форма**: у ділянці п'ят, по краях ступнів шкіра потовщена, жорстка, є лущення та тріщини;

– **дисгідротична** (дисгідроз – розлад потовиділення з виникненням везикул) **форма** (фото 9): на шкірі склепіння ступнів на тлі еритеми – везикули, пустули, ерозії, іноді набряк.



Фото 9. Дисгідротична дерматофітія ступнів (на підшвах везикули, ерозії, кірочки).

Лікування: у випадках сквамозної форми – змазування протигрибковими мазями впродовж 1-2 місяців; гіперкератотичної – спочатку теплі ванночки, оклюзійні пов'язки з кератолітичними мазями (10-20 % мазями із саліциловою кислотою, карбодермом) для зняття рогових нашарувань, надалі втирання протигрибкових мазей протягом 1-3 місяців; дисгідротичної та інтертригіозної – спочатку холодні дезінфікувальні примочки з метою ліквідації гострозапальних явищ, надалі протигрибкові мазі.

Профілактика: гігієна ступнів (щоденне миття, добре висушування), лікування пітливорості (паста Теймурова, присипка “Гальманін”); не носити тісного взуття; при відвідуванні басейнів користуватись спеціальними тапочками, висушувати ступні; складки змащувати йоддицирином; дотримання санітарного режиму в басейнах, лазнях, саунах; допускати до користування ними людей, які не хворіють на грибкові хвороби.

Дерматофітія нігтів (оніхомікоз – фото 10, 11).

Найчастіше збудником є грибок червоний трихофітон. Зараження відбувається в басейнах, лазнях, при носінні взуття, яким користувався хворий, через рушники тощо.

Виділяють три різновиди оніхомікозів:

- 1) **нормотрофічний**: форма нігтів тривалий час не змінена, у нігтях виникають смуги і плями білого чи жовтого кольору;
- 2) **гіпертрофічний**: нігті тьмяні, потовщені, кришаться по краю, іноді набувають форми дзьоба, кігтів (оніхогрифоз);
- 3) **атрофічний**: більша частина нігтя зруйнована, кришиться, іноді ніготь відділяється від ложа (оніхоліз).

Лікування: протигрибкові препарати всередину (ламізил, орунгал, нізорал).

Профілактика та ж, що при дерматофітії ступнів.

Функції медсестри: 1) взяття лусочок, волосся, покришок везикул чи пустул, кусочків уражених нігтів для дослідження на наявність грибків;

2) застосування примочок, оклюзійних пов'язок із кератолітичними мазями, протигрибкових мазей;



Фото 10. Дерматофітія ступнів.
Дерматофітія нігтів.



Фото 11. Дерматофітія нігтів.

- 3) дезінфекція взуття, одягу тощо;
- 4) санітарно-просвітня робота серед хворих.

Кандидози

Збудники – дріжджові грибки (білі кандиди), яких часто виявляють на здоровій шкірі і слизових оболонках. Вони починають посилено розмножуватись за певних умов (при цукровому діабеті, тривалому застосуванні антибіотиків, кортикостероїдів, цитостатиків, ожирінні тощо) і спричиняють захворювання. Є кандидози шкіри і слизових оболонок. Кандидоз шкіри, слизових оболонок (крім вульвовагініту та баланопоститу) не заразний.

Кандидоз шкіри:

– **кандидоз великих складок** (фото 12), (під грудними залозами, пахових, міжсідничних): запальні червоні плями з чіткими контурами та вологою поверхнею, у глибині складок білий наліт, можливі тріщини, по периферії вогнищ окремі везикули, пустули, плями з лущенням (так звані дочірні відсіви);



Фото 12. Кандидоз міжсідничної складки.

– **кандидозна міжпальцева ерозія кистей:** у глибині складок еритема, ерозії, іноді тріщини, по периферії білий відшарований епідерміс;

– **кандидозна пароніхія** (фото 13): нігтьовий валик набряклий, червоний, при натискуванні болючий, іноді виділяється крапля гною;

– **кандидозна заїда:** часто двобічна, у кутиках рота еритема, мацерація (волога поверхня), тріщина, по краю відшарований білий епідерміс.

Кандидоз слизових оболонок:

– **кандидозний стоматит** (запалення слизової оболонки рота): на слизовій оболонці крапкові білі нальоти (як манна крупа чи сир), червона блискуча слизова оболонка;

– **кандидозний баланопостит:** на голівці і препуціумі статевого члена еритема, білі нальоти, мацерація, свербіж;

– **кандидозний вульвовагініт:** на слизовій оболонці піхви, вульви еритема, білий наліт, свербіж.

Кандидоз нігтів (фото 14): на нігтях бурі, коричневі плями, поперечні хвилясті борозенки, нігті кришаться, іноді потовщені і деформовані, часто поєднуються з кандидозною пароніхією.

Лікування: місцево – застосування протигрибкових мазей, фукорцину у випадках обмежених уражень, у випадках розповсюдженого процесу та ураження нігтів протигрибкові препарати всередину (нізорал, дифлукан, орунгал).

Функції медсестри: 1) взяття матеріалу зішкрябувань із слизових оболонок, покришок везикул, пустул, нігтів для дослідження на виявлення грибків;

2) змазування вогнищ фукорцином, протигрибковими мазями.

Діагноз усіх грибкових уражень повинен бути підтверджений виявленням міцелію грибків у досліджуваному матеріалі.

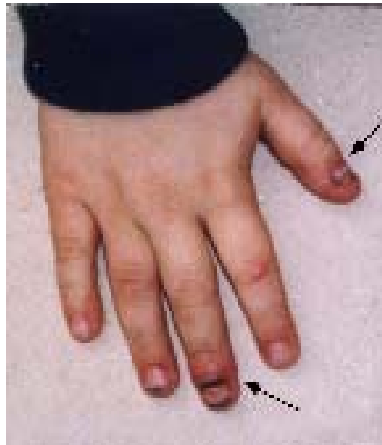


Фото 13. Кандидозні пароніхії (еритема, набряк нігтьових валиків).



Фото 14. Кандидоз нігтів.

Різнокольоровий пітириаз (фото 15)

Збудник – грибок-сапрофіт пітироспорум, хвороба не заразна. На шкірі тулуба, шиї, верхніх кінцівок виникають незапальні плями різного кольору: коричневі, цеглясті, бурі (звідси походить і назва – різнокольоровий) з чіткими границями, схильні до периферійного



Фото 15. Різнокольоровий пітиріаз (бурі плями з лущенням).

росту, злиття, на поверхні плям висівкоподібне лущення. Якщо такі плями змазати спиртовим розчином йоду, захоплюючи здорову шкіру, то плями темніють (лусочки посилено всмоктують йод). Це так звана йодна проба. Якщо по поверхні плями провести краєм покривного скла, то утворюється “доріжка” із дрібненьких лусочок – симптом “стружки”. Після засмагання

або вилікування на тлі смаглявої шкіри тривалий час залишаються білі плями, але без лущення. Це так звана псевдолейкодерма; вона існує місяцями. Лікування: місцево – втирання протигрибкових мазей впродовж 2-3 тижнів, у випадках розповсюдження ураження – всередину нізорал протягом 10-20 днів.

Контрольні питання

1. Яка група препаратів показана у випадках хронічного фурункульозу?
2. Якими ускладненнями загрожує видавлювання фурункула на обличчі?
3. Які мазі показані для лікування імпетиго?
4. Чи виросте волосся у вогнищах інфільтративно-гнійної трихофітії?
5. Яка лікарська форма препаратів показана на першому етапі місцевого лікування інфільтративно-гнійної трихофітії?
6. Від кого найчастіше заражаються мікроспорією?
7. Від кого найчастіше заражаються інфільтративно-гнійною трихофітією?
8. Що таке оніхомікоз?
9. Кандидоз шкіри заразний чи ні?
10. Різнокольоровий пітиріаз заразний чи ні?

Ситуаційні задачі

1. У двох дітей з однієї сім'ї на шкірі обличчя жовто-бурі кірочки, кількість яких збільшується, під ними гній, ерозії. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Дерматит.
- Б. Імпетиго.
- В. Дерматофітію.
- Г. Фурункул.
- Д. Кандидоз.

2. У дитини імпетиго. Яка мазь показана?

- А. Герпевір.
- Б. Преднізолонова.
- В. Клотримазол.
- Г. Лінімент синтоміцину.
- Д. Синафлан.

3. У хворого фурункулез. Яка група препаратів показана?

- А. Кортикостероїди.
- Б. Нестероїдні протизапальні препарати.
- В. Протигрибкові.
- Г. Антибіотики.
- Д. Сечогінні.

4. У хворого інфільтративно-гнійна трихофітія голови зі значним виділенням гною. Яка лікарська форма показана на першому етапі місцевого лікування?

- А. Мазь.
- Б. Паста.
- В. Бовтанка.
- Г. Примочка.
- Д. Крем.

5. У дитини на голові кругле вогнище обляманого волосся діаметром 4 см, лущення. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Імпетиго.
- Б. Фурункул.
- В. Мікроспорію.
- Г. Різнокольоровий пітиріаз.
- Д. Дерматит.

6. У хворого на шкірі грудей незапальні бурі плями з висівкоподібним лущенням на поверхні? Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Дерматит.
- В. Імпетиго.
- Г. Інфільтративно-гнійну трихофітію
- Д. Різнокольоровий пітиріаз

7. У хворого різнокольоровий пітиріаз. Яка мазь показана?

- А. Гідрокортизонова.
- Б. Клотримазол.
- В. Преднізолонова.
- Г. Стрептоцидова.
- Д. Лінімент синтоміцину.

8. У хворого багатовогнищевий кандидоз (стоматит, кандидоз складок, множинні пароніхії). Який препарат показаний?

- А. Грізеофульвін.
- Б. Преднізолон.
- В. Димедрол.
- Г. Нізорал.
- Д. Доксициклін.

9. У хворого дисгідротична дерматофітія ступнів із набряком, ерозіями. Яка лікарська форма показана?

- А. Мазь.
- Б. Примочка.
- В. Паста.
- Г. Бовтанка.
- Д. Лак.

10. У хворого гіперкератотична (ділянка потовщеної шкіри) форма дерматофітії ступнів. Яка група мазей показана на першому етапі місцевого лікування?

- А. Дезінфікувальні.
- Б. Протигрибкові.
- В. Кератолітичні.
- Г. Кортикостероїдні.
- Д. Противірусні.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

- Номер задачі: 1 – Б (імпетиго)
2 – Г (лінімент синтоміцину)
3 – Г (антибіотики)
4 – Г (примочка)
5 – В (мікроспорію)
6 – Д (різнокольоровий пітиріаз)
7 – Б (клотримазол)
8 – Г (нізорал)
9 – Б (примочка)
10 – В (кератолітичні)

Розділ IV

Дерматити та екзема

Дерматит – це запалення або подразнення шкіри.

Їх поділяють на: контактні дерматити, що виникають внаслідок контакту з різними речовинами; дерматити, спричинені речовинами, прийнятими всередину; інші дерматити.

Контактні дерматити

Простий контактний дерматит зумовлений подразненням різними речовинами (мийними засобами, мастилами, косметичними засобами, лікарськими препаратами, рослинами тощо), характеризується



Фото 16. Гострий простий контактний фітодерматит (після контакту із борщівником).

ся появою в місцях контакту еритеми (почервоніння шкіри), вузликів, везикул, пузирів, а згодом ерозій, кірочок, лущення, що можуть супроводжуватись відчуттям печіння, болючості, стягування тощо. **Фітодерматит** (фото 16) – це дерматит, який розвивається внаслідок контакту з рослинами (луговими травами, борщівником та ін.). Лікування: усунути дію факторів, які спричинили хворобу місцево – примочки, кортикостероїдні мазі.

Алергійний контактний дерматит – це дерматит, спричинений контактом із різними алергенами, розвивається через певний період і супроводжується тим, що висипка (еритема, папули, везикули, ерозії, кірочки, лущення) виникає не тільки в місцях контакту, а й на віддалених ділянках, характеризується сверблячкою, схильністю до мокнення. Окрім зазначеного вище місцевого лікування, застосовують загальну терапію: гіпо-

сенсibiliзуючі засоби (препарати кальцію, натрію тіосульфат), антигістамінні препарати, у тяжких випадках – кортикостероїди.

Функції медсестри: 1) правильно виконувати призначення лікаря (примочки, бовтанки, пасти, мазі тощо);

2) дати пораду хворим щодо уникнення миття з милом, тертя, висушування шкіри рушником із простої тканини; уникати контакту з парфумами, мийними засобами тощо, які подразнюють шкіру і спричиняють загострення дерматиту.

Дерматити, спричинені речовинами, прийнятими всередину

Такі дерматити найчастіше спричиняють різні лікарські препарати. Вони характеризуються тим, що на шкірі виникає висипка у вигляді червоних плям, папул, уртикарних елементів (як опік кропивою), везикул, пузирів, пустул, крововиливів та інших, а згодом з'являються і вторинні елементи: ерозії, кірочки, лущення, пігментація. Висипка має більш-менш розповсюджений характер. Хворі відчувають печіння, свербіж. Лікування: загальне – антигістамінні препарати, хлорид кальцію; у тяжких випадках – кортикостероїди; місцево – бовтанки, кортикостероїдні мазі.

Фіксована медикаментозна пігментна еритема – це різновид названих вище дерматитів, коли на шкірі після вживання ліків (сульфаніламідів, антибіотиків, протизапальних нестероїдних препаратів) виникають червоні плями різної величини із чіткими контурами, поодинокі та множинні, іноді в центрі цих плям пузирі (при бульозній формі). Особливістю є те, що після повторного вживання ліків, які спричинили цю еритему, вона виникає на тих самих місцях, тому дістала назву фіксована. Це важлива діагностична ознака. На місці таких плям згодом виникає пігментація, яка зберігається тривалий час. Лікування: кортикостероїдні мазі.

Токсичний епідермальний некроліз (синдром Лайєсла) – це найтяжча форма названих дерматитів, коли на тлі гарячки, порушення загального стану хворих виникають численні пузирі, а згодом великі ерозії, епідерміс відшаровується, позитивний синдром Нікольського (при терті шкіри біля пузиря відшаровується епідерміс). Розвивається зневоднення організму і може наступити смерть. Хворі підляга-

ють госпіталізації в реанімаційні відділення. Призначають внутрішньовенні вливання фізіологічного розчину, глюкози, кортикостероїдні препарати у великих дозах і симптоматичну терапію.

Функції медсестри: 1) попереджувати хворих про неприпустимість самовільного вживання ліків, окрім призначених лікарем, тому що це може спричинити загострення хвороби;

2) ретельно виконувати всі призначення лікаря (застосування примочок, бовтанок, паст, аерозолів тощо);

3) рекомендувати хворим під час миття не користуватись милом, рушниками із штучних матеріалів, не терти інтенсивно шкіру, бо все це може спричинити загострення;

4) у випадках ерозивних уражень порожнини рота (синдромі Лайєлла) рекомендувати хворим часте полоскання рота 1-2 % розчином борної кислоти; ерозивні ділянки на шкірі змащувати фукорцином, присипати дерматолом або застосовувати аерозолі із кортикостероїдами (оксикортом, палькортолоном).

Інші дерматити

Атопічний дерматит (фото 17) – хронічна хвороба шкіри, у виникненні і розвитку якої основним чинником є спадковість (92 %). Механізм розвитку імунологічний. Це один із трьох симптомів атопії (успадкованої алергії), окрім атопічної бронхіальної астми, атопічного риніту (алергійного запалення слизової оболонки носа). У розвитку хвороби виділяють три стадії:



Фото 17. Атопічний дерматит (немовляткова стадія, дитяча екзема).

– **немовляткова (дитяча екзема)**, яка розвивається переважно на першому році життя: на обличчі, кінцівках, рідше тулубі на тлі еритеми маленькі везикули, мокнення, кірочки, тріщини, лущення, які супроводжуються сильною сверблячкою, що призводить до розчухів;

– друга, інфільтративна стадія, (фото 18) орієнтовно починається у 10-12 років: у ліктьових, підколінних складках еритема, ліхеніфікація (шкіра потовщена), лущення, екскоріації, сильний свербіж;



Фото 18. Атопічний дерматит (інфільтративна стадія).

– третя стадія (юнацький вік і у дорослих): переважне ураження ліктьових, підколінних складок, шиї, розгинальних поверхонь кистей; шкіра суха, ущільнена, лущиться, вкрита розчухами.

Принципи лікування: виключення харчових, респіраторних (що потрапляють через дихальні шляхи) алергенів (запахів, пилку рослин); антигістамінні препарати (лоратадин, кетотіфен та ін.), місцево – найчастіше кортикостероїдні мазі (елоком, адвантан та ін.).

Функції медсестри: 1) рекомендувати хворим уникати частого миття;

2) застосовувати нейтральні або кислі мила;

3) після миття шкіру складок змащувати жиром;

4) рекомендувати не носити білизни з вовняних і штучних тканин (посилюють свербіж);

5) на ліхеніфіковані обмежені ділянки накладати оклюзійні пов'язки із кортикостероїдними мазями.

Себорейний дерматит – у так званих себорейних місцях (волосистій частині голови, носо-губних та завушних складках, бровах, міжлопатковій ділянці) еритема, лущення, на голові лупа. Лікування: кортикостероїдні мазі в комбінації із саліциловою кислотою, сіркою, крем нізорал, шампуні “Нізорал”, “Еберсепт”, “Альгопікс”.

Екзема

Це своєрідна реакція шкіри (фото 19), що характеризується появою на шкірі на тлі еритеми маленьких везикул (мікроевезикул), які швидко руйнуються під впливом розчухів, утворюючи мікроерозії, на поверхні яких виступають крапельки серозної рідини, як роса. Це



Фото 19. Екзема.

явище крапкового мокнення в періоди загострення дуже характерне для екземи. Одночасно є папули, кірочки, лущення, а в хронічних випадках розвивається потовщення шкіри (ліхеніфікація). Екзема супроводжується сверблячкою, тому часто на шкірі є ще й розчухи.

Екзема не заразна, причина її достеменно не відома,

механізм розвитку алергійний, має схильність до хронічного перебігу. Загальне лікування: антигістамінні препарати, гіпосенсибілізуючі, в тяжких випадках із розповсюдженою висипкою – кортикостероїди.

Місцево: в період мокнення примочки, надалі кортикостероїдні креми, мазі.

Функції медсестри: 1) правильно поставити примочки, оклюзійні пов'язки із кортикостероїдними мазями за призначенням лікаря;

2) інформувати хворих про заборону вживання алкоголю, харчових алергенів;

3) слідкувати за тим, щоб хворий дотримувався відповідних рекомендацій.

Сверблячі дерматози

Простий хронічний лишай: причина та механізм розвитку остаточно не встановлені, хвороба не заразна, має хронічний перебіг. На шкірі потилиці, гомілок, ануса спочатку нападами виникає сверблячка, згодом в цих ділянках шкіра потовщується (ліхеніфікація), по периферії вогнищ виникають блискучі папули, пігментація, на поверхні лущення, розчухи. У більшості випадків обмежуються місцевим лікуванням: кортикостероїдні мазі (бетасалік) під оклюзійну пов'язку.

Функції медсестри: накласти оклюзійну пов'язку з кортикостероїдними мазями.

Кропив'янка характеризується появою на шкірі уртикарних елементів, подібних на опік кропивою. Це гострий обмежений набряк сосочків шкіри рожевого кольору, який швидко виникає, недовго існує (від десятків хвилин до кількох годин), виступає над рівнем шкіри, не має порожнини, супроводжується відчуттям сверблячки, печіння і безслідно зникає. У випадках гострої кропив'янки механізм її розвитку переважно алергійний (харчові алергени, ліки), у 80-90 % хронічних випадків причину встановити не вдається. Хвороба не заразна, перебіг гострий або хронічний рецидивний. Лікування тільки загальне: антигістамінні засоби, в тяжких випадках кортикостероїди.

Функції медсестри: 1) слідкувати за виключенням із дієти хворих харчових алергенів, підозрілих ліків;

2) при погіршенні стану хворого ввести внутрішньом'язово 0,5 мл адреналіну, 1 мл (30 мг) преднізолону з метою попередження розвитку анафілактичного шоку.

Ангіоневротичний набряк Квінке: раптово виникає значний обмежений набряк певної ділянки шкіри і підшкірної клітковини чи слизових оболонок обличчя (губ, щік, повік, навколо очей), статевих органів, суглобів. Набряк щільно-еластичний, шкіра бліда злегка рожева або нормального кольору, ямка при натискуванні не залишається, тривалість набряку від кількох годин до 1-2 днів, може повторюватись, не заразний, у дітей може розвинути набряк гортані, що призводить до асфіксії (задухи).

Функції медсестри: 1) слідкувати за виключенням з дієти харчових алергенів, підозрілих ліків;

2) у разі розвитку набряку гортані негайно внутрішньом'язове введення 0,5 мл адреналіну, 1мл (30 мг) преднізолону.

Контрольні питання

1. Що таке дерматит?
2. Чому фіксована медикаментозна еритема називається фіксованою?
3. Який елемент висипки характерний для токсичного епідермального некролізу (синдрому Лайєлла)?
4. Назвіть стадії розвитку атопічного дерматиту.
5. Екзема заразна чи ні?
6. Простий хронічний лишай заразний чи ні?

7. Який елемент висипки характерний для простого хронічного лишаю?
8. Яке явище характерне для екземи в період загострення?
9. Уртикарний елемент має порожнину чи ні?
10. Чим небезпечний ангіоневротичний набряк Квінке у дітей?

Ситуаційні задачі

1. У хворого гостра екзема в стадії мокнення. Яка лікарська форма показана?

- А. Паста.
- Б. Мазь.
- В. Примочки.
- Г. Бовтанка.
- Д. Присипка.

2. У хворого простий хронічний лишай. Який спосіб застосування кортикостероїдних мазей найефективніший?

- А. Змазування щодня.
- Б. Втирання.
- В. Оклюзійна пов'язка.
- Г. Змазування через день.
- Д. Змазування кілька разів на день.

3. У хворого гостра кропив'янка, яка група препаратів показана?

- А. Протизапальні.
- Б. Антигістамінні.
- В. Протималярійні.
- Г. Антибіотики.
- Д. Сульфаніламідні.

4. У хворого з ангіоневротичним набряком розвинувся набряк гортані, йому важко дихати. Який препарат необхідно негайно ввести?

- А. Пеніцилін.
- Б. Новокаїн.
- В. Адреналін.
- Г. Індометацин.
- Д. Но-Шпу.

5. Після вживання бісептолу у хворого вдруге на тому ж місці виникла червона пляма діаметром 3 см. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Дерматит.
- В. Псоріаз.
- Г. Фіксовану медикаментозну еритему.
- Д. Кропив'янку.

6. У дитини атопічний дерматит. Який харчовий продукт слід виключити із раціону?

- А. Хліб.
- Б. Сир.
- В. Масло.
- Г. Шоколад.
- Д. Яблука.

7. У хворого гостра алергійна кропив'янка. Який препарат показаний?

- А. Тетрациклін.
- Б. Бісептол.
- В. Димедрол.
- Г. Фуросемід.
- Д. Грізофульвін.

8. Хворого ввечері і вночі турбував сильний свербіж, який супроводжувався висипкою. Вранці висипки вже не було. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Дерматит.
- В. Кропив'янку.
- Г. Атопічний дерматит.
- Д. Себорейний дерматит.

9. Через 20 хвилин після введення пеніциліну у хворого з'явилась свербляча висипка, подібна на опік кропивою. Чи можна продовжувати введення пеніциліну?

А. Так.

Б. Ні.

10. У хворого в анамнезі алергія на новокаїн (кропив'янка), йому призначено пеніцилін. Чим не можна розводити?

А. Водою для ін'єкцій.

Б. Фізіологічним розчином.

В. 0,5 % розчином новокаїну.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – В (примочки).

2 – В (оклюзійна пов'язка).

3 – Б (антигістамінні).

4 – В (адреналін).

5 – Г (фіксовану медикаментозну еритему).

6 – Г (шоколад).

7 – В (димедрол).

8 – В (кропив'янку).

9 – Б (ні).

10 – В (новокаїном).

Розділ V

Папулосквамозні дерматози

Псоріаз (фото 20) – хронічна, схильна до частих рецидивів, незаразна хвороба, причина якої не відома, хоча основну роль у її розвитку відіграє спадковість, а вплив стресів, сезонних кліматичних коливань провокує розвиток рецидивів (повторних спалахів).

Хвороба характеризується висипкою, що складається із червоних негострозапальних вузликів, схильних до периферійного росту, злиття і утворення бляшок (вогнищ величиною з долоню). На поверхні вузликів є сріблясті лусочки, які легко знімаються при зішкрябуванні. При цьому спостерігають три характерні симптоми: симптом “стеаринової плями” (на місці зішкрябування залишається білий слід із лусочок), “термінальної плівки” (відшаровується тоненька плівка, залишаючи блискучу поверхню), “кров’яної роси” – крапкової кровотечі (на блискучій поверхні виступають крапельки крові). Характерна локалізація висипки: лікті, коліна, волосиста частина голови – хоча вона може розміщуватись у будь-якій ділянці. Якщо висипка зливається, захоплюючи майже всю шкіру, то говорять про **псоріатичну еритродермію** (еритрос – червоний, дерма – шкіра, тобто червона уся або майже уся шкіра зі значним лущенням). Якщо ж одночасно уражаються суглоби (поліартрит), то це **артропатичний псоріаз**, який призводить до інвалідності. Хвороба часто повторюється, особливо у осінньо-зимово-весняний період. Виділяють стадії розвитку: прогресуючу, стаціонарну та регресуючу.

Хвороба повністю не виліковується, а завдання полягає у тому, щоб вилікувати спалах висипки. У прогресуючій стадії застосовують заспокійливі засоби, неогемодез, вітамін



Фото 20. Звичайний псоріаз.

B_{12} , B_6 ; у стаціонарній та регресивній стадіях – ультрафіолетове опромінення, вітаміни групи В, біостимулятори, фітотерапію тощо. Місцево – у прогресуючій стадії 1-2 % мазі із саліциловою кислотою, на обмежені ділянки кортикостероїдні мазі під оклюзію (бетасалік). Артропатичний псоріаз крім того, лікують нестероїдними протизапальними препаратами (індометацином та ін.). З метою профілактики рецидивів використовують ультрафіолетове опромінення, вітаміни, фітотерапію.

Червоний плоский лишай – хронічна, схильна до рецидивів хвороба, причина і механізм розвитку якої теж достеменно не відомі, не заразна. На шкірі переважно згинальних поверхонь променезап'яткових суглобів, розгинальних поверхонь гомілок та інших ділянок виникають червоні з фіолетовим відтінком, негострозапальні, з блискучою поверхнею, щільні, плоскі вузлики, в центрі яких є пупкоподібне втягнення. Вони не схильні до периферійного росту і злиття, супроводжуються свербіжем. Часто уражається слизова оболонка рота у вигляді білуватої сіточки. Лікування: на обмежену висипку накладають оклюзійні пов'язки з кортикостероїдними мазями (бетасаліком), у випадках розповсюдження ураження – загальна терапія (антибіотики, вітаміни групи В, біостимулятори, в тяжких випадках – кортикостероїди). Профілактика не зроблена.

Функції медсестри:

- 1) накладання оклюзійної пов'язки з кортикостероїдними мазями;
- 2) змазування шкіри 2 % саліциловою маззю при псоріазі;
- 3) УФ-опромінення при псоріазі.

Бульозні (пузирні) дерматози

Пемфігус (від пемфікс – пузир) **звичайний** (фото 21) – тяжка незаразна хвороба, причина якої не відома, за відсутності лікування кортикостероїдами через певний час призводить до смерті.

На незмінній шкірі і слизовій оболонці рота виникають пузири, руйнуються, утворюючи болючі ерозії, які не мають схильності до загоєння. Кількість висипки збільшується, порушується загальний стан хворих, приєднуються ускладнення (запалення легень, серце-

во-судинна недостатність), від яких хворі без лікування гинуть. Характерним є позитивний **симптом Нікольського**. Лікування полягає в призначенні глюкокортикостероїдів за таким принципом: спочатку ударні дози (60-100 і більше мг/добу преднізолону) до загострення ерозій, потім дози поступово зменшують і підбирають для кожного хворого індивідуально підтримуючу дозу (10, 15, 20 мг преднізолону на добу), під впливом



Фото 21. Звичайний пемфігус.

якої не виникають нові пузири. Такі підтримуючі дози хворі повинні приймати впродовж усього життя. В разі загострення хвороби під впливом різних чинників, дози подвоюють із подальшим поступовим зменшенням. Хвороба цілком не виліковується, хворих переводять на інвалідність. Профілактика не розроблена.

Дерматит герпетиформний – хронічна хвороба, схильна до рецидивів із нез'ясованою причиною, не заразна, цілком не виліковується, хоча у окремих хворих може настати самоодужання.

На шкірі кінцівок, тулуба виникають згруповані (як герпес, звідси і назва герпетиформний) везикули, рідше у старшому віці пузири, на місці яких при руйнуванні утворюються ерозії, але частіше вміст засихає у вигляді кірочки, одночасно можуть бути пустули, уртикоподібні елементи. Висипка супроводжується свербіжем, печінням, тому часто спостерігають розчухи, геморагічні кірочки. Нерідко в крові та рідині везикул еозинофілія (підвищений вміст еозинофілів). У хворих підвищена чутливість до йоду, після вживання якого процес загострюється. Ця особливість використовується з діагностичною метою. Слизова оболонка, на відміну від пемфігусу, не уражається, симптом Нікольського негативний. Лікування: дифенілсульфон, сульфаніламід, у тяжких випадках – кортикостероїди; місцево – з метою підсушування вогнищ, зменшення свербіжу фукорцин,

кортикостероїдні мазі. Профілактика не розроблена, хворим не рекомендують вживати їжу зі злаків.

Функції медсестри:

1) слідкувати за регулярним вживанням кортикостероїдів хворими на пемфігус, оскільки перерви можуть призвести до погіршення стану;

2) обробка вогнищ фукорцином, аерозолями з кортикостероїдами, присипкою дерматолом;

3) догляд за порожниною рота у хворих на пемфігус зі значною кількістю ерозій у роті: часте полоскання 2 % розчином борної кислоти, розчином новокаїну з метою знеболення;

4) дієта з підвищеним вмістом білків.

Хвороби сполучної тканини

Ці хвороби поділяють на **локалізовані і системні**.

Локалізовані хвороби сполучної тканини.

Дискоїдний червоний вовчак – хронічна, незаразна хвороба, причина якої не відома, цілком невиліковується.

Найчастіша локалізація висипки на обличчі (щоках, носі, вушних раковинах), рідше на волосистій частині голови та інших ділянках. Спочатку виникає обмежена, з чіткими границями, дещо ущільнена еритема (почервоніння), іноді вона захоплює симетрично щоки і спинку носа – **симптом “метелика”** (як метелик із розкритими крильцями). Це перша стадія хвороби. Надалі на поверхні вогнищ виникає лущення, лусочки щільно прилягають до шкіри, і при знятті хворий відчуває біль, а на поверхні лусочок, що прилягає до шкіри, можна побачити малесенькі шипики, щось схоже на щіточку (**симптом “кнопки”**). Це друга стадія хвороби. Через певний час у центрі вогнищ шкіра стає тонкою білою, розвивається незворотний симптом – рубцева атрофія, і хворий виглядає наче покусаний вовком, звідси походить назва вовчак. У сформованих випадках вогнище має форму диска (звідси і назва дискоїдний): у центрі біла рубцева атрофія, далі зона лущення і навколо зона еритеми, непокритої лусочками. Перебіг хронічний, рецидивний. Хвороба загострюється під впливом ультрафіолетового опромінення, значного охолодження. Лікуван-

ня: загальне – делагіл, плаквеніл; місцево – кортикостероїдні мазі (бетасалік) під оклюзію. Після лікування на місцях висипки залишається біла, згодом пігментована, рубцева атрофія. Загальний стан хворих не порушений.

Локалізована склеродермія – теж хронічна, незаразна хвороба, причина якої не відома, не спричиняє суб'єктивних відчуттів.

У будь-якій ділянці тіла на шкірі виникає обмежений набряк, незначне почервоніння, оточене бузковою облямівкою – **перша стадія**. У **другій стадії** розвивається ущільнення, шкіра набуває кольору слонової кістки з жовтуватим відтінком. **Третя стадія** – шкіра зтоншується, іноді стає як цигарковий папір, білуватого кольору, надалі пігментація (**атрофічна стадія**, незворотна). Лікування: пеніцилін, лідаза, склисте тіло, андекалін; місцево – кортикостероїдні мазі під оклюзію, обколювання лідазою, кортикостероїдами. Профілактика не розроблена.

Системні хвороби сполучної тканини.

Системний червоний вовчак (фото 22) – тяжка, невиліковна, незаразна хвороба з невідомою причиною, що уражає не тільки шкіру, а й внутрішні органи та системи (тому називається системною). Хворі скаржаться на нездужання, гарячку, біль у суглобах, висипку на шкірі.

Ураження шкіри: найхарактернішим є симптом “метелика” – еритема (почервоніння), що охоплює щоки і спинку носа та нагадує метелика з розгорнутими крильцями. Іноді спостерігають еритему зі щільним набряком, рідко пузирі. Еритема може бути на тильних поверхнях кистей, пальцях; іноді з'являються крововиливи (пурпура). Окрім цього, спостерігають біль в суглобах, ураження серця, легень, плеври, нирок, збільшення печінки і селезінки, зміни з боку травного каналу, нервової системи, крові (збільшення ШОЕ, виявляють, так звані, LE-клітини). Перебіг хвороби може бути гострий і підгострий.

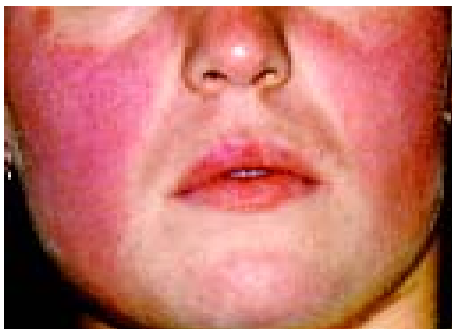


Фото 22. Системний червоний вовчак (еритема у вигляді метелика).

Основним є загальне лікування, яке полягає у призначенні великих доз глюкокортикостероїдних препаратів (60, 100, 200 мг преднізолону на добу) із поступовим зниженням доз до підтримуючих, які хворі повинні приймати впродовж усього життя; призначають також цитостатики (азатиоприн, метотрексат) і симптоматичну терапію, залежно від виявленої внутрішньої патології. Місцеве лікування не проводять. Хворих переводять на інвалідність. Первинна профілактика не розроблена.

Прогресуючий системний склероз – це теж тяжка, хронічна, невиліковна хвороба, причина якої не відома, хвороба не заразна. Процес найперше уражає кисті, обличчя, і згодом шкіру тулуба. Шкіра кистей щільна, пальці добре не розгинаються (контрактури), на кінчиках пальців утворюються виразки, згодом вони вкорочуються внаслідок розсмоктування кісток. Такий стан називається **склеродактилією**, від слова дактильос, що означає палець (фото 23). Шкіра обличчя натягнута, ущільнена, складки згладжені, а навколо рота глибокі, розвиваються телеангіектазії (розширені судинки), міміка бідна, хворі виглядають молодшими (склеродермічна маска). Пізніше такі ж зміни відбуваються на шкірі тулуба. Окрім цього, розвивається звуження стравоходу з утрудненим ковтанням, уражаються суглоби, легені, нирки, периферійна нервова система. Згодом хворі стають інвалідами. Надійних засобів лікування не існує, у стадії прогресування призначають пеніцилін, у стадії ущільнення – лідазу, судинорозширювальні препарати, нестероїдні протизапальні препарати та іншу симптоматичну терапію. Профілактика не розроблена.



Фото 23. Склеродактилія.

Функції медсестри:

- 1) ретельне виконання призначень лікаря;
- 2) накладання оклюзійних пов'язок з кортикостероїдними мазями;
- 3) у випадках гострого системного вовчака з тяжким

перебігом часто зміна положення хворого з метою профілактики розвитку застійної пневмонії;

4) профілактика охолодження хворих теж з метою попередження розвитку пневмонії;

5) стежити аби хворий систематично і вчасно приймав призначену дозу кортикостероїдів.

Контрольні питання

1. Псоріаз повністю виліковується чи ні, хвороба заразна чи ні?
2. Які феномени характерні для псоріатичної висипки?
3. Яка група мазей найефективніша для місцевого лікування обмежених форм псоріазу?
4. Червоний плоский лишай заразний чи ні, перебіг гострий чи хронічний?
5. Який симптом характерний для пемфігусу?
6. Пемфігус виліковується чи ні?
7. Які принципи призначення кортикостероїдних препаратів хворим на пемфігус?
8. Чому частину хвороб сполучної тканини називають системними?
9. Чи виліковується повністю системний червоний вовчак і яка група ліків є основою його лікування?
10. Прогресуючий системний склероз – хвороба гостра чи хронічна, виліковується повністю чи ні?

Ситуаційні задачі

1. У хворого на ліктях і колінах червоні бляшки, вкриті сріблястими лусочками, які існують упродовж року. Про яку хворобу слід подумати?

- A. Червоний плоский лишай.
- B. Дерматит.
- C. Екзему.
- G. Дерматофітію.
- D. Псоріаз.

2. У хворого псоріатичні бляшки на ліктях. Яка лікарська форма препаратів показана для місцевої терапії?

- А. Паста.
- Б. Мазь.
- В. Примочка.
- Г. Присипка.
- Д. Бовтанка.

3. У хворого в ділянці згинальних поверхонь променезап'ясткових суглобів червоні плоскі блискучі сверблячі вузлики. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Псоріаз.
- Б. Герпетиформний дерматит.
- В. Дерматофітію.
- Г. Червоний плоский лишай.
- Д. Екзему.

4. У хворої на слизовій оболонці рота множинні болючі ерозії, які не гояться під впливом різноманітної місцевої терапії впродовж 2 місяців. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Червоний плоский лишай.
- Б. Кандидоз.
- В. Герпетиформний дерматит.
- Г. Пемфігус.
- Д. Імпетиго.

5. Наявність якого симптому потрібно перевірити для клінічного підтвердження діагнозу пемфігусу?

- А. Стеаринової плями.
- Б. Термінальної плівки.
- В. Крапкової кровотечі.
- Г. Чутливість до йодиду калію.
- Д. Симптому Нікольського.

6. У хворого пемфігус. Яка група препаратів є основною в його лікуванні?

- А. Антибіотики.
- Б. Сульфаніламід.
- В. Кортикостероїди.
- Г. Сечогінні.
- Д. Протигрибкові.

7. Який симптом характерний для гострого системного вовчака?

- А. Симптом Нікольського.
- Б. Симптом “метелика”.
- В. Симптом “стеаринової плями”.
- Г. Симптом “крапкової кровотечі”.
- Д. Симптом “термінальної плівки”.

8. У хворого гострий системний червоний вовчак. Яка група препаратів є основою лікування цієї хвороби?

- А. Протигрибкові.
- Б. Кортикостероїди.
- В. Антибіотики.
- Г. Сульфаніламід.
- Д. Протизапальні.

9. Для якої хвороби характерний симптом “кнопки”?

- А. Псоріазу.
- Б. Червоного плоского лишая.
- В. Пемфігусу.
- Г. Дискоїдного червоного вовчака.
- Д. Локалізованої склеродермії.

10. Яка лікарська форма показана для місцевої терапії дискоїдного червоного вовчака?

- А. Паста.
- Б. Мазь.
- В. Примочка.
- Г. Присипка.
- Д. Бовтанка.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

- Номер задачі: 1 – Д (псоріаз).
2 – Б (мазь).
3 – Г (червоний плоский лишай).
4 – Г (пемфігус).
5 – Д (симптому Нікольського).
6 – В (кортикостероїди).
7 – Б (симптом “метелика”).
8 – Б (кортикостероїди).
9 – Г (дискоїдного червоного вовчака).
10 – В (мазь).

Розділ VI

Вірусні інфекційні хвороби з ураженням шкіри та слизових оболонок

Герпетичний везикулярний дерматит (простий герпес). Збудник – герпес-вірус першого типу. Хвороба заразна, шляхи передачі: безпосередній контакт із хворим, через слину, під час медичних маніпуляцій, через плаценту від хворої матері і під час пологів. Після первинного інфікування в дитячому віці вірус назавжди залишається в організмі, тому 95 % населення є носіями вірусу на все життя. За кілька днів до висипки може бути гарячка, нездужання, біль у м'язах, кістках. Переважно на губах, обличчі, рідше на інших ділянках, на тлі вогнищевої еритеми, набряку групами з'являються везикули з прозорим вмістом, які супроводжуються поколюванням, болючістю, сверблячкою. Згодом везикули руйнуються, утворюючи болючі ерозії, на поверхні яких формуються кірочки, що відпадають через 7-10 днів. Часто збільшуються регіонарні лімфовузли, вони болючі. Хвороба схильна до рецидивів на одному і тому ж місці впродовж років і десятиліть. Лікування: загальне – препарати ацикловіру (герпес-вір), ганцикловір, фамвір та інші; місцево – мазі “Герпевір”, “Гевізош”. Первинна профілактика не розроблена.

Оперізувальний герпес (фото 24, 25). Збудник – вірус вітрянки-оперізувального герпесу. Хвороба не заразна. Після перенесеної в дитинстві вітряної віспи вірус залишається на все життя в організмі і у дорослих під впливом чинників, що послаблюють імунітет (охолодження, стресів,



Фото 24. Оперізувальний герпес (однобічна локалізація згрупованих везикул).



Фото 25. Гангренозний міжреберний оперізувальний герпес.

онкохвороб, травм), він активізується і спричиняє розвиток оперізувального герпесу. На шкірі будь-якої ділянки тіла **за ходом нервів, однобічно**, на тлі еритеми, набрякості згруповано виникають везикули, що супроводжуються болючістю, поколюванням, свербежем. Згодом вони можуть руйнуватись, утворюючи ерозії, на яких формуються кірочки, або засихати в кірочки, які після загоєння відпадають. Якщо процес локалізується за ходом міжреберних

нервів, то вогнище справляє враження півпояса, звідси і походить назва оперізувальний. Середній перебіг хвороби 2-3 тижні. Якщо ж у місцях висипки розвивається змертвіння тканин (некроз), свідченням чого є утворення чорних кірочок, то загоєння затягується. У людей старшого віку після загоєння висипки можуть тривалий час (місяці, роки) залишатись невралгічні болі (постгерпетична невралгія), яка підлягає лікуванню у невропатологів. Лікування: загальне – препарати ацикловіру (герпевір), фамцикловір, інтерферони (лаферон), знеболюючі; місцево – герпевір, фукорцин.

Вірусні бородавки. Збудники – папіломавіруси різних типів. Хвороба слабо заразна, шлях передачі контактний. Розрізняють такі види бородавок:

– **звичайні бородавки:** на шкірі кистей, ступнів, рідше на інших ділянках, виникають незапальні вузлики кольору нормальної шкіри із шорсткою поверхнею без суб'єктивних відчуттів; вони можуть самі зникати (до 20 %) і знову з'являться; хворіють переважно молоді люди;

– **підштовві бородавки:** на підшвах виникають вузлики, жовті або бурі, з чіткими границями, щільні, болючі при натискуванні і ходьбі, діаметром до 1-2 см зі зроговілою шорсткою поверхнею;

– **плоскі бородавки:** у дітей переважно на обличчі, кистях виникають плоскі, іноді ледь помітні, вузлики тілесного, жовтуватого чи рожевого кольору, круглі, діаметром 1-3 мм із гладенькою поверхнею, інколи супроводжуються свербіжем.

Лікування: кріотерапія рідким азотом, змащування ферезолом, солкодермом, соком чистотілу, гіпнотерапія.

Контагіозний молюск. Збудник молюсковірус, шлях передачі контактний, інкубаційний період кілька місяців, хворіють переважно діти. Частіше на обличчі, статевих органах та інших ділянках виникають незапальні вузлики тілесного або рожевого кольору, щільні, гладенькі, у центрі пупкоподібне втягнення, без суб'єктивних відчуттів. Якщо вузлик стиснути з боків пінцетом, то із центральної заглибини виділяється біла сироподібна маса. До речі, ця процедура є і лікувальною, після відходження цієї маси ділянку змащують спиртовим розчином йоду; застосовують також кріотерапію рідким азотом. Первинна профілактика не розроблена; потрібно дотримуватися правил особистої гігієни, уникати контактів із хворими.

Функції медсестри: 1) ретельне виконання призначень лікаря; 2) змазування герпетичних вогнищ мазями, фукорцином; 3) змазування бородавок ферезолом, солкодермом.

Паразитарні хвороби шкіри

Короста (фото 26-30) – паразитарна заразна хвороба, збудником якої є коростяний кліщ, він паразитує тільки на шкірі людини.

Шлях зараження контактний (при перебуванні в ліжку разом із хворим чи спанні в ліжку, де перебував хворий і не змінено білизну, при статевих стосунках тощо).

Хворі скаржаться на свербіж шкіри, що посилюється



Фото 26. Короста (міліарні папули, розчухи в ділянці живота).



Фото 27. Короста, ускладнена піддермією, парафімозом.



Фото 28. Короста в грудної дитини (повторне зараження).

вночі (саме тоді запліднена самка коростяного кліща починає прогризати ходи в епідермісі, що зумовлює посилення свербіжжю). На характерних для корости місцях (міжпальцеві складки кистей, бокові поверхні пальців, ділянка проме- незап'ясткових суглобів, передньобокові поверхні живота, попереки, грудні залози в жінок, статевий член у чоловіків) виникають червоні вузлики, несправжні везикули, коростяні ходи (звивисті буруваті підвищені лінії до 0,5 см), розчухи, кров'янисті кірочки. Внаслідок розчухів і приєднання гно- ячкових мікробів часто розвиваються гноячкові ускладнення у вигляді імпетиго, фолікулітів.

Особливості корости у малих дітей: локалізація висипки на до- лонях і підшвах (іноді у вигляді пухирів), обличчі, волосистій частині голови; про це слід пам'ятати під час лікування, оскільки на обличчі в дорослих короста не буває і ці ділянки не обробляють. Діагноз ко- рости підтверджують виявленням кліща, личинок, яєчок при лабо- раторному дослідженні. Лікування (див. у практичних навичках).

- Профілактика: 1) дотримання правил гігієни;
2) не перебувати разом із хворим у ліжку;
3) одночасне лікування всіх членів сім'ї;



Фото 29. Короста, ускладнена ектимною на статевому члені.

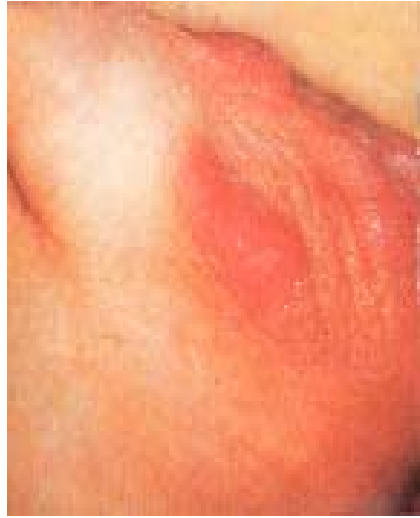


Фото 30. Коростяна лімфоплазія (вузлики на мошонці).

4) диспансерне спостереження за перехворілими особами протягом 3-4 тижнів;

5) дезінфекція натільної і постільної білизни (обробка аерозолем А – РАР на 2 год; прасування гарячою праскою, прання із кип'ятінням, у зимовий період білизну виставити на мороз на 1 день);

6) санітарно-просвітня робота;

7) про хворого надсилають повідомлення встановленої форми у санепідемстанцію.

Педикульоз голови, зумовлений головними вошами, самки яких відкладають до 10 яєчок на день, прикріплюючи їх до волосків (гниди). Через 8-10 днів із яєчок вилуплюються молоді воші, які вже через 8-10 днів відкладають яйця. Шляхи зараження: перебування в одному ліжку із хворим, через головні убори, гребінці. Сприяють зараженню незадовільні санітарно-побутові умови, скупчення людей, нехтування гігієнічним режимом.

Хворі скаржаться на свербіж голови в ділянці скронь і потилиці, рідше в інших ділянках, там виникають розчухи, подразнення шкіри (дерматит), а на шкірі шиї – запальні червоні плями, папули,

везикули, екскоріації, лущення, кірочки, місцями мокнення, імпетиго (гнійні кірочки); волосся може злипатись, відчувається неприємний запах, збільшуються регіонарні лімфовузли. Діагностика ґрунтується на виявленні вошей, гнид. Лікування (див. у практичних навичках). Профілактика: дотримання гігієнічного режиму, уникнення контактів із хворими, дезінфекція предметів, що торкалися до волосистої частини голови (головних уборів, гребінців), профілактичні огляди в школах, садочках.

Функції медсестри: 1) організація і проведення профілактичних оглядів у садочках, школах із метою виявлення хворих;

2) проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення;

3) організація дезінфекції предметів, що були в контакті із хворими;

4) лікування педикульозу голови (див. практичні навички).

Педикульоз тулуба зумовлений одержними вошами, які знаходяться переважно в складках і швах одержі. Шляхи зараження: перебування в одному ліжку з хворим, через одержу, постіль та інші речі, що були в користуванні хворого. Сприяють зараженню погані санітарно-побутові умови, нехтування гігієнічним режимом.

Хворі скаржаться на свербіж шкіри. На шкірі плечей, верхньої частини спини, попереку, живота, під пахвами, у паху виявляють судинні плями на місцях укусів вошей, вузлики, уртикоподібні елементи, розчухи, ділянки ліхеніфікації, лущення, пігментацію, часті гноячкові ускладнення (імпетиго, фолікуліти, фурункули). Умовою одужання є дезінфекція одержі, натільної і постільної білизни; вторинні гноячкові хвороби лікують за загальними правилами; у випадках залишкової сверблячки призначають антигістамінні препарати. Профілактика: дотримання гігієнічного режиму; уникнення тісних контактів із хворими; дезінфекція одержі і білизни хворих; профілактичні огляди у садочках, школах, гуртожитках; білизну перуть і прасують гарячою праскою.

Функції медсестри: 1) проведення санітарно-просвітньої роботи серед хворих і населення;

2) організація і проведення профілактичних оглядів у садочках, школах, гуртожитках із метою виявлення хворих;

3) організація і проведення дезінфекції одержі, білизни хворих.

Фтиріаз (лобковий педикульоз), зумовлений лобковими вошами, які прикріплюються до кореня волосся в ділянці лобка, і їх можна побачити неозброєним оком або під лупою. Дорослі заражаються, переважно, під час статевих контактів; при спільному спанні воші можуть переповзати на дітей і тоді їх виявляють у в'ях, бровах. Можливе зараження через спільну постіль, рушники.

Хворі скаржаться на свербіж шкіри в ділянці лобка, нижньої частини живота, стегон, під пахвами, грудей, бороди. На шкірі цих ділянок виявляють плями блідо-сірого кольору з голубим відтінком; вони не змінюють кольору при діаскопії (натискуванні предметним склом); можуть бути дрібні червоні папули, розчухи, ліхеніфікація, рідко імпетиго. Лікування (див. у практичних навичках). Профілактика: уникнення дошлюбних і позашлюбних статевих зв'язків, гігієнічний режим, дезінфекція одяжі, білизни хворих.

Функції медсестри: 1) лікування фтиріазу (див. практичні навички);

2) організація дезінфекції натільної і постільної білизни;

3) санітарно-просвітня робота.

Контрольні питання

1. Яким шляхом передається збудник герпетичного везикулярного дерматиту (простого герпесу)?
2. Оперізувальний герпес заразний чи ні?
3. Які є різновиди бородавок?
4. Контагіозний моллюск впливає на загальний стан чи ні, які елементи висипки при цій хворобі?
5. Який основний шлях передачі корости? Кого слід оглянути, крім хворого?
6. Назвати можливі ускладнення корости.
7. Назвати препарати для лікування корости.
8. Які є різновиди вошей?
9. Назвати препарати для лікування педикульозу голови.
10. Назвати препарати для лікування фтиріазу (лобкового педикульозу).

Ситуаційні задачі

1. У хворої на верхній губі на тлі еритеми, набряку – згруповані везикули, суб'єктивно – печіння, біль. Хвороба рецидивує вже третій раз на одному і тому ж місці. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Дерматит.
- Б. Пемфігус.
- В. Простий герпес.
- Г. Імпетиго.
- Д. Екзему.

2. У хворого простий герпес. Яку мазь використовують?

- А. Преднізолонову.
- Б. Мірамістинову.
- В. Герпевір.
- Г. Міконазолову.
- Д. Стрептоцидову.

3. Скарги хворого на біль по ходу 6-7-го ребер, зліва. У цій ділянці, однобічно, на тлі невеликої еритеми групами розміщені везикули. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Імпетиго.
- В. Дерматит.
- Г. Оперізувальний герпес.
- Д. Герпетиформний дерматит.

4. У хворого на лівій підошві жовтуваті щільні утворення, болючі при ходьбі, діаметром 0,5 см. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Псоріаз.
- Б. Підошвові бородавки.
- В. Дерматит.
- Г. Екзему.
- Д. Контагіозний молюск.

5. У дитини на обличчі щільні блискучі, із пупкоподібним втягненням, кольору шкіри вузлики без суб'єктивних відчуттів. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Імпетиго.
- Б. Псоріаз.
- В. Контагіозний молюск.
- Г. Червоний плоский лишай.
- Д. Простий герпес.

6. У 2-річної дитини свербляча висипка на кистях, долонях і підошвах у вигляді червоних набряклих вузликів. Свербіж посилюється вночі. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Дерматит.
- В. Червоний плоский лишай.
- Г. Коросту.
- Д. Псоріаз.

7. У хворого короста. Яку мазь використовують?

- А. Стрептоцидову.
- Б. Преднізолонову.
- В. Бензилбензоату.
- Г. Герпевір.
- Д. Синтоміцинову .

8. Хворий відчуває свербіж у ділянці лобка, шкіра не змінена. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Червоний плоский лишай.
- Б. Дерматит.
- В. Контагіозний молюск.
- Г. Лобковий педикульоз.
- Д. Екзему.

9. У дитини розповсюджене імпетиго, окрім того, виражена сверблячка, що посилюється вночі. Про яку ще хворобу слід подумати?

- А. Екзему.

- Б. Дерматит.
- В. Коросту.
- Г. Червоний плоский лишай.
- Д. Герпетиформний дерматит.

10. Хвора скаржитья на свербіж голови, шкіра не змінена. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Дерматит.
- В. Псоріаз.
- Г. Педикульоз голови.
- Д. Коросту.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

- Номер задачі: 1 – В (простий герпес)
2 – В (герпесвір)
3 – Г (оперізувальний герпес)
4 – В (підшвові бородавки)
5 – В (контагіозний моллюск)
6 – Г (коросту)
7 – В (бензилбензоату)
8 – Г (лобковий педикульоз)
9 – В (коросту)
10 – Г (педикульоз голови)

Розділ VII

Хвороби придатків шкіри

Гніздова алопеція (фото 31, алопеція від слова алопекс, що означає випадання волосся) – причина хвороби не відома, механізм розвитку теж остаточно не з'ясований, хвороба не заразна, хворіють у будь-якому віці.

Раптово, без суб'єктивних відчуттів виникають круглі вогнища облісіння; вони мають здатність до периферійного росту, збільшення і можуть зливатись у великі вогнища; рідко випадає усе волосся, вії, брови (так звана **тотальна алопеція**). Границі уражень чіткі, шкіра не змінена, блищить, лущення відсутнє, волосся у вогнищах випадає все. У період прогресування хвороби по периферії уражень є зона ослабленого волосся, яке легко і безболісно висмикується пучками. Вогнище може бути одне або кілька. У більшості випадків через певний час під впливом лікування або навіть за його відсутності ріст волосся відновлюється: спочатку воно тонке, депігментоване, згодом набуває нормального вигляду. Лікування: загальне – у стадії прогресування заспокійливі, загальнозміцнювальні засоби (вітаміни, біостимулятори), судинорозширювальні (кеантинолу кінотикат), препарати цинку (цинктерал) та інші; місцеве лікування спрямоване на подразнення шкіри у вогнищах, розширення судин, що сприяє росту волосся (втирання цибулі, часнику, настоянки стручкового перцю тощо), використовують також кортикостероїдні мазі (бетасалік та інші). Прогнозувати перебіг хвороби неможливо. Первинна профілактика не розроблена.



Фото 31. Гніздова алопеція.

Інші види алопеції:

– **андрогенна алопеція**, спричинена дією чоловічих статевих гормонів, розвивається у 25 % людей із спадковою схильністю переважно в період статевого дозрівання; утворюються залисина в чоловіків у лобній ділянці. Місцеве лікування – втирання розчину міноксидилу (регейну), зупинити прогресування цієї алопеції дуже важко;

– **алопеція плямиста рубцева**, причина виникнення невідома; згруповані вогнища випадання волосся з нечіткими і неправильними контурами; у вогнищах розвивається рубцева атрофія, і ріст волосся тут не відновлюється; через певний період процес зупиняється;

– **трихотиломанія** – це своєрідний психічний стан, який супроводжується нав'язливим нестримним бажанням висмикувати волосся; це здійснюється несвідомо, у результаті чого на голові спостерігають порідіння волосся, частково воно обламане. Лікування у психіатра.

Себорея (від слова себо – шкірне сало) – це спадково зумовлений стан, коли порушуються функції сальних залоз і є якісні зміни шкірного сала переважно у період статевого дозрівання. Встановлено, що певну роль у розвитку цього стану відіграють грибки пітироспорум, що підтверджується значною ефективністю протигрибкового препарату кетоконазолу (нізоралу, еберсепту).

Себорея голови – шкіра обличчя, волосистої частини голови стає жирною чи сухою, на голові спостерігається лущення (лупа), іноді свербіж. Розрізняють жирну і суху себорею, а жирну ще поділяють на густу і різку.

Себорейний дерматит – це стан, коли на тлі себореї виникає ще й запалення шкіри (дерматит), переважно в ділянці носогубних складок, брів, між лопатками, на волосистій частині голови, за вухами; шкіра червона, лущиться, іноді жовті кірочки, мокнення, особливо у завушних ділянках, свербіж. Лікування: місцеве застосування крему “Нізоралу”, кортикостероїдних мазей, шампунів “Нізоралу”, “Еберсепту”, “Феєдермцинку” та інших.

Гіпергідроз – це посилене потовиділення, він буває локальний і загальний. **Локальний гіпергідроз** виникає у пахвових ділянках, у зоні статевих органів, промежини, обличчя, долонь, підшов, зумовлений спадково чи іншими хворобами. Піт може подразнювати шкіру

і спричиняти розвиток поприлості (почервоніння в складках), дерматитів, грибкових уражень. Лікування: місцево – гарячі ванночки для рук і ніг, паста Теймурова, присипка дитяча, гальманін; загальне – заспокійливі препарати, препарати атропіну, відвари кропиви, шавлії тощо.

Генералізований гіпергідроз спостерігають при високій гарячці, у передменструальному та клімактеричному періодах, під кінець вагітності, він може бути симптомом цукрового діабету, туберкульозу, нервових хвороб тощо. Лікування: по можливості виявити внутрішню патологію і вилікувати її, застосовують беллоїд, кальцію хлорид, заспокійливі препарати.

Показані часті ванни, душ із метою очищення шкіри від поту.

Вугри звичайні (фото 32) – це спадково зумовлена патологія сальних залоз, пов'язана з переважанням в організмі в період статевого дозрівання чоловічих статевих гормонів, схильна з часом до самовиліковування, проте створює косметичну проблему для хворих, не заразна; уражає до 85 % молодих людей у віці від 12 до 25 років.

На шкірі обличчя, спини, грудей, плечового пояса на тлі жирної шкіри спостерігають комедони (розширені вічка сальних залоз у вигляді чорних крапок), згодом приєднується запалення, спричинене пропіонбактеріями, утворюються червоні запальні вузлики, надалі на їх місці пустули, рідше болючі червоні запальні вузли. Перебіг хвороби тривалий (роками), із періодичними загостреннями, загальний стан хворих не порушується. Лікування: загальне – антибіотики (доксидиклін), препарати цинку (цинктерал); міс-



Фото 32. Кулясті вугрі (запальні вузли, виразки, рубці).



Фото 33. Рожеві вугри.

цево – окси-5 і окси-10, зинерит, скінорен, далацин та інші засоби.

Вугри рожеві (фото 33) – причина не відома, хворіють жінки і чоловіки переважно у віці 30-50 років, хвороба не заразна із хронічним перебігом, схильна до рецидивів.

На шкірі обличчя на тлі еритеми (почервоніння) виникають червоні запальні вузлики, пустули, розвиваються телеангієктазії (розширені судинки), рідше запальні вузли. Лікування: загальне – метронідазол, доксициклін, місцево – метрогіл-желе, кріотерапія рідким азотом.

Вроджені вади розвитку



Фото 34. Іхтіоз.

Іхтіоз (фото 34) – спадкова патологія, зумовлена генетичними мутаціями (змінами генного апарату), біохімічними дефектами, 80-95 % всіх форм іхтіозу припадає на звичайний іхтіоз. Хвороба не заразна, існує впродовж усього життя.

Найбільше виражені зміни на розгинальних поверхнях кінцівок, ліктях, колінах, бокових поверхнях тулуба. Шкіра суха, шорстка, брудно-сірого кольору, вкрита лусочками. Лікування справляє тимчасовий ефект, використовують карбо-дерм, преднікарб, неотігазон.

Доброякісні та злоякісні новоутворення шкіри

Невуси (родимки) є у 99 % людей, це спадкові вади розвитку, невуси можуть бути вродженими або виникати у будь-якому віці. Невуси бувають меланоцитарні (пігментні – фото 35), волосаті, бородавчасті, судинні, фіброматозні тощо. Лікування: поверхневі невуси руйнують кріотерапією, електрокоагуляцією, глибокі – видаляють з обов'язковим гістологічним дослідженням із метою виявлення злоякісних пухлин.



Фото 35. Меланоцитарний пігментний невус (родимка).

Доброякісні пухлини шкіри: папіломи (сосочкоподібні розростання), фіброми, трихоепітеліоми (діагноз встановлюють за допомогою гістологічного дослідження) – видаляють хірургічним шляхом або за допомогою електрокоагуляції.

Передракові хвороби – це такі зміни на шкірі, які за певних умов можуть перероджуватися в рак. Це обмежений меланоз (пігментні плями на обличчі), хвороба Боуена (бородавчасті, екземоподібні, ущільнені поодинокі невеликі вогнища з лущенням і кірочками на поверхні), хвороба Педжета (червоні вогнища з вологою зернистою поверхнею, вкритою кірочками, які повільно збільшуються) та інші. Діагноз підтверджують тільки шляхом гістологічного дослідження в онкодиспансері.

Рак шкіри – це злоякісне утворення, що характеризується невпинним ростом, руйнуванням тканин і призводить до розвитку метастазів і смерті. Хвороба не заразна. Розрізняють два його види:

– **базальноклітинний рак (базаліома)** – відносно доброякісна форма з тривалим (роки) перебігом, що рідко дає метастази; найчастіше на шкірі обличчя виникають невеличкі, щільні, неболючі, блискучі, пухлиноподібні утворення, які в центрі повільно розпадаються, утворюється кірочка, при знятті якої відкривається кровоточива виразка; вогнище повільно збільшується, утворюються значні

виразки, що не гояться. Виділяють поверхневі, пухлинні, виразкові варіанти;

– **плоскоклітинний рак (спіноцелюлярний)** – дуже злоякісна форма раку шкіри з переважною (90 %) локалізацією на нижній губі, яка призводить до швидкого, значного та глибокого розпаду тканин і рано дає метастази у внутрішні органи, що призводить до смерті.

Спочатку невеличка пухлина з гладенькою чи бородавчастою поверхнею, яка швидко збільшується, розпадається з утворенням виразки зі щільним валиком; дно вкрите грануляціями або сосочкоподібними розростаннями, кірочками, характерна кровоточивість, метастази спочатку в регіонарні лімфовузли (вони збільшені і щільні), потім у внутрішні органи.

Меланома – це пігментна (коричнева або чорна), дуже злоякісна пухлина шкіри, яка швидко дає метастази у внутрішні органи і призводить до смерті.

На шкірі виникає темно-бура пляма з неправильними контурами, ущільнюється, збільшується, перетворюється в горбисту пухлину, надалі – розпад, утворення кровоточивої виразки, іноді вкритої кірочками, метастази у регіонарні лімфовузли, внутрішні органи. Виділяють форми поверхневі, вузлуваті, піднігтьові (чорні плями під нігтем), амеланотичні (незабарвлені). Меланома може розвиватися з пігментних родимок внаслідок їх постійного травмування (механічного або хімічного). Необхідно знати **ознаки переродження пігментних родимок у меланому**: поява свербіжів, нерівномірність поверхні, країв, зміна пігментації, збільшення розмірів, утворення виразки, кровоточивість, по периферії чорні крапки.

Діагноз раку і меланоми повинен бути підтверджений за допомогою гістологічного дослідження в онкодиспансері, де хворі проходять лікування. При найменшій підозрі на рак хворих направляють до онколога.

Функції медсестри:

- 1) ретельне виконання призначень лікаря;
- 2) змазування уражених ділянок у хворих із вуграми;
- 3) рекомендації хворим щодо використання лікувальних шампунів (“Нізорал”, “Еберсенту” та інших);

4) рекомендації хворим щодо проведення гарячих ванночок при гіпергідрозі з метою уникнення опіків;

5) змашування шкіри хворих на іхтіоз преднікарбом, карбодермом;

6) при найменшій підозрі на рак шкіри, меланому негайно направити хворих до онколога, порадити хворим не займатись самолікуванням.

Контрольні питання

1. Чи відома причина гніздової алопеції, ця хвороба заразна чи ні, чи виліковується?
2. Що таке себорея, себорейний дерматит?
3. Що таке гіпергідроз, які види гіпергідрозу розрізняють?
4. Вугри звичайні: як часто вони трапляються, хвороба заразна чи ні, яка основна локалізація?
5. У якому віці бувають рожеві вугри, де локалізуються, заразні чи ні?
6. Що таке невуси (родимки), які вони бувають?
7. Базальноклітинний рак шкіри (базаліома), які основні прояви і чим відрізняється клінічно від плоскоклітинного раку шкіри?
8. Основна локалізація і прояви плоскоклітинного (спіноцелюлярного) раку шкіри, чим він клінічно відрізняється від базаліоми?
9. Основні симптоми переродження невусів (родимок) у меланому.
10. Які основні симптоми меланоми шкіри?

Ситуаційні задачі

1. У дитини мати несподівано виявила два круглі вогнища випадання волосся діаметром 2 і 3 см, шкіра у вогнищах не змінена, блискуча. Про яку хворобу слід подумати?

А. Дискоїдний червоний вовчак.

Б. Псоріаз.

В. Гніздову алопецію.

Г. Трихотиломанію.

Д. Себорею голови.

2. У 15-річного хлопчика на волосистій частині голови значне лущення без запальних явищ. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Псоріаз.
- Б. Дискоїдний червоний вовчак.
- В. Дерматит.
- Г. Себорею голови.
- Д. Дерматофітію.

3. У 16-річної дівчинки впродовж року на шкірі обличчя виникають червоні запальні вузлики, пустули. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Дерматит.
- Б. Рожеві вугри.
- В. Звичайні вугри.
- Г. Імпетиго.
- Д. Фурункульоз.

4. У жінки 40 років на обличчі еритема, телеангієктації (розширені судини), на тлі яких червоні запальні вузлики, пустули. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Звичайні вугри.
- Б. Дискоїдний червоний вовчак.
- В. Дерматит.
- Г. Рожеві вугри.
- Д. Екзему.

5. У хворої 60 років біля внутрішнього кута правого ока вогнище діаметром 1 см, існує 6 місяців, по краях щільний блискучий валик, у центрі невеличка кірочка, при знятті якої дно кровоточить. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Дискоїдний червоний вовчак.
- Б. Базаліому (рак шкіри).
- В. Імпетиго.
- Г. Дерматит.
- Д. Дерматофітію.

6. У хворого 70 років на нижній губі впродовж 5 місяців кірочка, яка хворого не турбує, при знятті кірочки виразка зі щільними краями, дно кровоточить, у підщелепній ділянці збільшений щільний лімфовузол. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Імпетиго.
- Б. Плоскоклітинний рак.
- В. Дискоїдний червоний вовчак.
- Г. Дерматит.
- Д. Багатоформну еритему.

7. У хворого 45 років тривалий час на шкірі правої гомілки існував пігментний невус (родимка), останнім часом він потемнів, поверхня стала нерівною, збільшився в розмірах. Яку хворобу слід запідозрити?

- А. Імпетиго.
- Б. Різнокольоровий пітиріаз.
- В. Дерматит.
- Г. Іхтіоз.
- Д. Меланому.

8. У 15-річного хлопчика на обличчі звичайні вугри. Який препарат використаєте?

- А. Нізорал.
- Б. Тавегіл.
- В. Доксициклін.
- Г. Преднізолон.
- Д. Герпевір.

9. У хворої 35 років на обличчі рожеві вугри. Який препарат використаєте?

- А. Грізеофульвін.
- Б. Герпевір.
- В. Метронідазол.
- Г. Сульфадиметоксин.
- Д. Діазолін.

10. У 14-річної дівчинки виражена себорея голови. Який препарат застосуєте?

- А. Грізеофульвін.
- Б. Супрастин.
- В. Шампунь “Нізорал”.
- Г. Доксидиклін.
- Д. Метронідазол.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

- Номер задачі: 1 – В (гніздову алопецію).
2 – Г (себорею голови).
3 – В (звичайні вугри).
4 – Г (рожеві вугри).
5 – Б (базаліому).
6 – Б (плоскоклітинний рак).
7 – Д (меланому).
8 – В (доксидиклін).
9 – В (метронідазол).
10 – В (шампунь “Нізорал”).

Розділ VIII

Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом

Із самої назви зрозуміло, що у цю групу хвороб зараховують ті, що передаються статевим шляхом. Їх поділяють на такі групи:

I. Класичні (старі) хвороби, що передаються статевим шляхом: сифіліс, гонококова інфекція і ще три хвороби, що трапляються переважно у тропічних країнах (шанкоїд, лімфогранульома венерична, пахова гранульома).

II. Інші інфекції, що передаються статевим шляхом.

1. З переважним ураженням статевих органів:

- а) уrogenітальний хламідіоз;
- б) уrogenітальний трихомоніаз;
- в) уrogenітальний мікоплазмоз;
- г) кандидозні (дріжджові) вульвовагініти та баланопостити;
- д) генітальний (статевий) герпес;
- е) гострокінцеві (аногенітальні) бородавки (гострокінцеві кондиломи);
- є) генітальний (статевий) контагіозний моллюск;
- ж) бактерійний вагіноз;
- з) уrogenітальний шигельоз гомосексуалістів;
- и) фтиріаз (лобковий педикульоз);
- і) короста, зараження якою відбулося статевим шляхом.

2. З переважним ураженням інших органів.

- а) інфекція, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (СНІД – синдром набутого імунодефіциту);
- б) гепатит В (вірусне запалення печінки);
- в) цитомегаловірусна інфекція;
- г) амебіаз (переважно гомосексуалістів);
- д) лямбліоз.

Джерелом зараження є хворі люди. Сприяючими чинниками розповсюдження цієї групи хвороб є: алкоголізм, наркоманія, аморальна поведінка, дошлюбні і позашлюбні статеві зв'язки, безробіття, значна міграція населення тощо.

Урогенітальний хламідіоз. Збудники – хламідії, які розмножуються і паразитують внутрішньоклітинно. Урогенітальний хламідіоз є найпоширенішою інфекцією, що передається статевим шляхом. Причинами такого широкого розповсюдження цієї хвороби є малосимптомний або безсимптомний перебіг, складність діагностики і лікування, відсутність специфічних засобів профілактики та інші загальні причини, що сприяють поширенню усіх хвороб, що передаються статевим шляхом.

Шляхи зараження урогенітальною хламідійною інфекцією: статевий, внутрішньоутробний, при проходженні новонароджених через статеві шляхи хворої на хламідіоз матері. Джерелом збудника є хворі на хламідіоз. Інкубаційний період 5-14 днів. Вродженого і набутого імунітету немає. Клінічно урогенітальна хламідійна інфекція проявляється симптомами уретриту (запалення слизової оболонки сечовипускового каналу – уретри) в чоловіків і цервіциту (запалення слизової оболонки шийки матки) у жінок (клініка, як при гонококовій інфекції), які в більшості випадків перебігають малосимптомно або безсимптомно. Без лабораторного дослідження встановити етіологічний діагноз (збудника) неможливо.

Можливі ускладнення хламідіозу (клініка, як у випадках ускладнень гонококової інфекції):

- у чоловіків: простатит (запалення передміхурової залози), епідидиміт (запалення придатка яєчка), безплідність;
- у жінок: бартолініт, безплідність, ендометрит (запалення слизової оболонки матки), сальпінгіт (запалення маткових труб), пельвеоперитоніт (запалення тазової очеревини);
- у вагітних: позаматкова вагітність, викидень, мертвонародження;
- у плода: внутрішньоутробний сепсис, пневмонія, менінгоенцефаліт (запалення мозку та його оболонок);
- у новонароджених: кон'юнктивіт, пневмонія, вульвовагініт у дівчаток.

Діагноз підтверджують цитологічним дослідженням зскрібків із слизової оболонки методом імунофлюоресценції і серологічним дослідженням (виявленням антитіл).

Лікування: застосовують антибіотики, що проникають усередину уражених клітин (доксидиклін, еритроміцин, офлоксацин, ципрофлоксацин, азитроміцин та інші) впродовж 7-14 днів.

Урогенітальний трихомоніаз. Збудник – піхвова трихомонада, яка паразитує тільки в організмі людини і дуже нестійка у зовнішньому середовищі. Шлях зараження статевий. Поширеність хвороби значна.

Клінічно у жінок розвиваються симптоми вагініту (слизова оболонка піхви гіперемійована, набрякла, гнійні, іноді пінисті виділення, свербіж), можливий розвиток уретриту, ендocerвіциту, ендометриту. У чоловіків ця хвороба перебігає у більшості випадків суб’єктивно безсимптомно або в’яло у вигляді уретриту (почастішання сечовипускання, різі при цьому, незначні виділення з уретри тощо). Можливі ускладнення у чоловіків: простатит, епідидиміт, баланопостит (запалення головки статевого члена і препуціуму). Діагноз підтверджують мікроскопічним дослідженням виділень чи зскрібків на наявність трихомонад.

Лікування: призначають метронідазол, тинідазол, атрікан, тіберал та інші препарати.

Урогенітальний мікоплазмоз. Збудниками є кілька видів мікоплазм – внутрішньоклітинного паразита, шлях зараження статевий. Клінічні прояви урогенітального мікоплазмозу не мають жодної специфіки, яка б відрізняла їх від урогенітальних запальних процесів, спричинених іншими збудниками, тому діагноз підтверджують тільки лабораторними дослідженнями (серологічною діагностикою, імуноферментним аналізом тощо). Клінічні прояви хвороби, ускладнення та лікування такі ж, як і у випадках урогенітального хламідіозу.

Інші хвороби, що передаються статевим шляхом (лобковий педикульоз, короста, контагіозний моллюск, гонококова інфекція, сифіліс), описані у відповідних розділах.

Кандидозний баланопостит – це дріжджове (збудники дріжджові грибки) запалення голівки статевого члена і препуціуму. Крім тих сприяючих чинників, що є у випадках інших форм кандидозу, можливе зараження статевим шляхом. На слизовій оболонці плямиста еритема, білі нальоти, іноді пустули, ерозії, свербіж. Діагноз підтверджують виявленням дріжджових грибків при мікроскопії мазків.

Лікування: місцево – мазь “Клотримазол”, крем “Нізорал”; у резистентних випадках – нізорал всередину.

Кандидозний вульвовагініт – це дріжджове ураження вульви і вагіни, статевий шлях зараження у 80 % випадків. Слизова оболонка статевих органів гіперемійована (червона), набрякла, у складках накопичення білого нальоту або крихт, свербіж, печіння, болючість, виділення з піхви. Діагноз підтверджують виявленням дріжджових грибків при мікроскопії мазків.

Лікування те ж, що при кандидозному баланопоститі.

Генітальний (статевий) герпес (фото 36). Збудник – герпетичні віруси 1-го (40 %) та 2-го (60 %) типів. Джерело зараження – хворі люди та вірусоносії, шлях передачі статевий, інкубаційний період 1-10 днів. Перший спалах герпесу може супроводжуватись гарячкою,



Фото 36. Генітальний герпес.

нездужанням, збільшенням та болючістю пахових лімфовузлів; повторні спалахи перебігають без загальних явищ. У жінок розвивається гострий везикулярний вульвовагініт (на тлі еритеми, набряку згруповані везикули, які згодом руйнуються, утворюють болючі ерозії, рідко виразки). Можливі ускладнення: цервіцит, невиношування вагітності, передчасні пологи, інфікування плода. У чоловіків клініка така ж із локалізацією висипки на голівці та стовбурі статевого члена, внутрішньому листку препуціуму, в позаголівковій борозенці (герпетичний баланопостит). У практичній роботі діагноз ставлять, враховуючи клінічні дані.

Лікування: препарати ацикловіру в таблетках і мазях (герпевір, зовіракс, віролекс та інші), валацикловіру (вальтрекс), мазь гевізош тощо.

Дерматологічні аспекти ВІЛ-інфекції

Одним із напрямків боротьби з цим інфекційним захворюванням, що загрожує здоров'ю та виживанню людства, є своєчасне виявлення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД із метою вжиття заходів

для обмеження розповсюдження інфекції. Основних, практично важливих шляхів передачі ВІЛ-інфекції є два: статевий та ін'єкційний у наркоманів, які користуються нестерильними шприцами при груповому внутрішньовенному введенні наркотиків. ВІЛ-інфекція руйнує імунну систему організму і цим сприяє тому, що опірність організму різко знижується, тому людина часто хворіє. На тлі СНІДу може розвинутих до 200 хвороб, звичайно ж не відразу і не у однієї людини. Відомо, що у 90 % ВІЛ-інфікованих смерть настає від вторинних інфекцій.

Одним із раннях і доступних для візуального спостереження і клінічної оцінки маркерів СНІДу є дерматологічна патологія, яка часто супроводжує СНІД. На тлі СНІДу вона має свої особливості, розпізнання яких дозволяє запідозрити СНІД і провести відповідне тестування.

Дерматологічні показання для обстеження хворих на СНІД:

1. Абсолютні.

- 1) гостра гарячкова фаза ВІЛ-інфекції;
- 2) саркома Капоші, особливо у молодому віці;
- 3) волосата лейкоплакія слизової оболонки рота;
- 4) проксимальний піднігтьовий оніхомікоз;
- 5) бактерійний ангіоматоз;
- 6) еозинофільний фолікуліт;
- 7) хронічний виразковий герпес, що триває більше місяця;
- 8) контагіозний моллюск із множинними елементами на обличчі;
- 9) наявність хвороб, що передаються статевим шляхом;
- 10) ознаки внутрішньовенного введення наркотиків.

2. Відносні.

- 1) оперізувальний герпес, що часто рецидивує на тих самих місцях за відсутності іншої загальної патології (онкохвороби, лейкозу тощо);
- 2) кандидоз слизових оболонок (стоматит, фарингіт, вульвовагініт), що часто рецидивує;
- 3) себорейний дерматит із нетиповою клінікою;
- 4) афти, що довго не гояться.

Охарактеризуємо коротко особливості цих хвороб на тлі СНІДу.

1. Гостра гарячкова фаза ВІЛ-інфекції розвивається через 2-4 тижні після зараження і триває 3-14 днів. На шкірі в цей час можуть виникати блідо-рожеві плями, круглі або овальні 3-5 мм діаметром, які не лущаться і не спричиняють суб'єктивних відчуттів.

2. Саркома Капоші: переважно в молодому віці, на шкірі і слизових оболонках виникають червоні плями з фіолетовим відтінком із геморагічним компонентом, пігментні плями, сферичні або плоскі червоні вузлики, які зливаються у бляшки і, нарешті, вузли (пухлини) з синюшним відтінком, щільні, можуть зливатись, розпадатись з утворенням болючих виразок. Пізніше розвиваються ураження внутрішніх органів, і хворі гинуть. На тлі СНІДу саркома Капоші швидко прогресує, кількість висипки збільшується, вона яскрава, болюча; через 1,5-2 роки хворі гинуть.

3. Волосата лейкоплакія – це доброякісне розростання слизової оболонки язика, щік або піднебіння; утворюються білуваті або сірі подовгасті бородавчасті бляшки з чіткими контурами і шорсткою, “гофрованою” поверхнею довжиною до 3 см, розмір яких змінюється мало не щодня, неболючі.

4. Проксимальний піднігтьовий оніхомікоз – це грибкове ураження нігтів, при якому біля основи нігтя з'являються білуваті плями.

5. Бактерійний ангіоматоз: збудник – бартонела, зараження відбувається від кішок; на шкірі виникають червоні вузлики і вузли, по краях віночок відшарованого епідермісу, вони щільні, насичено червоного кольору, від поодиноких до сотень.

6. Еозинофільний фолікуліт: причина не відома; на шкірі тулуба, кінцівок, голови виникають дуже сверблячі червоні вузлики 3-5 мм діаметром, розчухи, кірочки, потовщення шкіри, імпетиго.

7. Хронічний виразковий герпес: триває більше одного місяця; на місці везикул утворюються виразки, які довго не гояться, а при загоєнні залишаються рубці.

8. Контагіозний моллюск: висипка зосереджується переважно на обличчі, вузлики великі, схильні до злиття, кількість їх швидко збільшується.

9. Ознаки внутрішньовенного введення наркотиків: на місцях введення так звана “доріжка” – ланцюжок слідів від уколів,

рубці, гіперпігментація, абсцеси на місцях введення наркотиків, пузирі.

10. Оперізувальний герпес часто рецидивує на одних і тих же місцях. Є схильність до розповсюдження, нагноєння висипки, утворення пузирів, виражений больовий синдром у молодих людей.

11. Кандидоз слизових оболонок: багатоголищевий (ураження слизової оболонки рота, статевих органів, перианальної ділянки, утворення болючих виразок і ерозій, множинні пароніхії), часто рецидивує, погано піддається лікуванню.

12. Себорейний дерматит: великі ділянки ураження із чіткими границями (еритема, лущення), часто ущільнені, виникають пустули; не піддається лікуванню кортикостероїдними мазями.

13. Афти – невеличкі, болючі ерозії, вкриті сірим нальотом, які існують упродовж тижнів, місяців.

Контрольні питання

1. Визначення поняття “хвороби, що передаються статевим шляхом”.
2. Назвати класичні хвороби, що передаються статевим шляхом.
3. Назвати інші інфекції, що передаються статевим шляхом, із переважним ураженням статевих органів.
4. Назвати інші інфекції, що передаються статевим шляхом, із переважним ураженням інших органів.
5. Назвати абсолютні дерматологічні показання для обстеження хворих на СНІД.
6. Назвати відносні дерматологічні показання для обстеження хворих на СНІД.
7. Що таке волосата лейкоплакія?
8. Чим проявляється саркома Капоші на тлі СНІДу?
9. Які особливості оперізувального герпесу на тлі СНІДу?
10. Які особливості кандидозу слизових оболонок на тлі СНІДу?

Ситуаційні задачі

1. У неодруженого хворого віком 28 років безпричинно на шкірі нижніх кінцівок, тулуба з'явилися червоні плями з фіолетовим

відтінком і геморагічним компонентом, плоскі червоні вузлики із синюшним відтінком, щільні, без суб'єктивних відчуттів. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Червоний плоский лишай.
- Б. Псоріаз.
- В. Саркому Капоші.
- Г. Рак шкіри.
- Д. Меланому.

2. У молодого неодруженого чоловіка віком 39 років діагноз – дисемінована саркома Капоші. На наявність ще якої хвороби слід обстежити такого хворого?

- А. Сифілісу.
- Б. Гонокової інфекції.
- В. СНІДу.
- Г. Хламідіозу.
- Д. Трихомоніазу.

3. У молодого хворого віком 35 років, неодруженого, упродовж 6 місяців на слизовій оболонці щік білуваті, подовгасті, бородавчасті бляшки діаметром 3 см, із чіткими контурами і шорсткою, “гофрованою” поверхнею. На наявність якої основної хвороби слід обстежити цього хворого?

- А. СНІДу.
- Б. Сифілісу.
- В. Хламідіозу.
- Г. Гонокової інфекції.
- Д. Мікоплазмозу.

4. Хворому встановлено діагноз – еозинофільний фолікуліт. Які обстеження слід провести?

- А. Реакцію Вассермана.
- Б. Бактеріоскопію на виявлення гонококів.
- В. Тестування на виявлення СНІДу.
- Г. Реакцію РІФ.
- Д. Реакцію РІБТ.

5. У молодого хворого 25 років оперізувальний герпес уже тричі рецидивує на одному і тому ж місці. Яка можлива причина?

- А. Сифіліс.
- Б. СНІД.
- В. Гонококова інфекція.
- Г. Трихомоніаз.
- Д. Хламідіоз.

6. У хворої віком 30 років діагноз – хронічний виразковий герпес, триває вже 2 місяці. Яка можлива причина?

- А. Трихомоніаз.
- Б. Хламідіоз.
- В. Сифіліс.
- Г. СНІД.
- Д. Гонококова інфекція.

7. У хворого віком 20 років у ділянці ліктьового згину сліди від численних внутрішньовенних введень. На наявність якої хвороби потрібно обстежити хворого?

- А. Псоріазу.
- Б. Червоного плоского лишая.
- В. СНІДу.
- Г. Дерматофітії.
- Д. Кандидозу.

8. Алкоголік, розлучений, 40 років. На обличчі множинні елементи контагіозного моллюска, місцями зливаються, часто рецидивують. На наявність якої хвороби потрібно обстежити хворого?

- А. Фурункульозу.
- Б. Псоріазу.
- В. СНІДу.
- Г. Герпесу.
- Д. Дерматофітії.

9. У хворого віком 37 років, неодруженого, себорейний дерматит із великими ущільненими ділянками ураження, на поверхні пус-

тули, не піддається лікуванню кортикостероїдними мазями. На наявність якої ще хвороби слід обстежити хворого?

- А. СНІДу.
- Б. Фурункульозу.
- В. Червоного плоского лишая.
- Г. Псоріазу.
- Д. Екземи.

10. У хворої віком 23 роки, незаміжньої, діагностовано бактерійний ангіоматоз. На наявність якої ще хвороби слід обстежити хвору?

- А. Системного червоного вовчака.
- Б. Прогресуючого склерозу.
- В. Псоріазу.
- Г. СНІДу.
- Д. Дерматофітії.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – В (саркому Капоші).

2 – В (СНІДу).

3 – А (СНІДу).

4 – В (тестування на виявлення СНІДу).

5 – Б (СНІД).

6 – Г (СНІД).

7 – В (СНІДу).

8 – В (СНІДу).

9 – А (СНІДу).

10 – Г (СНІДу).

Розділ IX

Сифіліс

Це заразна хвороба, що передається статевим шляхом, має хвилеподібний перебіг, уражає шкіру, лімфатичні вузли, слизові оболонки та внутрішні органи.

Збудник – бліда трепонема, яка проникає в організм людини через ушкоджений роговий шар шкіри або епітелій слизової оболонки. Вона дуже нестійка у зовнішньому середовищі і поза організмом швидко гине, особливо при висиханні заразного матеріалу, під впливом дезінфікувальних речовин, кип'ятіння.

Джерело зараження – тільки хвора на сифіліс людина.

Шляхи передачі:

- 1. Статевий шлях** є основним.
- 2. Статеві збочення** (орогенітальні та гомосексуальні контакти).
- 3. Побутовий шлях** зараження трапляється рідко (поцілунки, тісний побутовий контакт хворих із маленькими дітьми).
- 4. Професійний шлях** зараження можливий у медичного персоналу при безпосередньому контакті рук зі заразними проявами сифілісу (твердим шанкром, ерозивними папулами, широкими конділомами), що трапляється тоді, коли не підозрюють у хворого сифіліс, і не використовують рукавички.
- 5. Трансфузійний шлях** – це коли людині переливають кров хворого на сифіліс, така ситуація трапляється надзвичайно рідко, оскільки кров донорів ретельно перевіряють на станціях переливання крові.
- 6. Трансплацентарний** (через плаценту) шлях трапляється у тих випадках, коли вагітна хвора на сифіліс, особливо у вторинному періоді. Тоді у дитини розвивається вроджений сифіліс.
- 7. При пологах** можливе зараження дитини, якщо на слизових оболонках статевих органів породіллі є заразні прояви сифілісу (твердий шанкр, ерозивні мокнучі папули, широкі конділоми), в цьому випадку розвивається набутий, а не вроджений сифіліс.

Класифікація сифілісу

I. Ранній сифіліс.

1. Первинний сифіліс

- а) первинний сифіліс статевих органів;
- б) первинний сифіліс анальної ділянки (у ділянці прямої кишки);
- в) первинний сифіліс іншої локалізації.

2. Вторинний сифіліс

- а) вторинний сифіліс шкіри та слизових оболонок;
- б) інші форми вторинного сифілісу;

3. Ранній латентний (прихований) сифіліс.

II. Пізній сифіліс.

- 1. Сифіліс серцево-судинної системи.
- 2. Нейросифіліс (ураження нервової системи).
- 3. Пізній латентний (прихований) сифіліс.
- 4. Пізні сифілітичні ураження шкіри і слизових оболонок.

III. Вроджений сифіліс.

- 1. Ранній вроджений сифіліс:
 - а) у дітей до 1-го року;
 - б) у дітей від 1 до 4 років;
- 2. Пізній вроджений сифіліс:
 - а) пізня сифілітична офтальмопатія (ураження очей).
 - б) інші форми пізнього вродженого сифілісу (ураження шкіри, слизових оболонок, нервової системи, латентний (прихований)).

Загальний перебіг сифілісу

Інкубаційний період сифілісу (час від проникнення блідої трепонеми в організм до появи першого прояву – твердого шанкру) в середньому триває 3-4 тижні (іноді 10-90 днів). Після цього тільки на місці заглиблення трепонеми виникає перший прояв сифілісу, який можна побачити, – твердий шанкр. Він без лікування може існувати тижні, місяці, і сам загоюється. Але це не означає, що хвороба вилікувана. Приблизно через 9-12 тижнів після зараження або 6-8 тижнів

існування твердого шанкру на шкірі і слизових оболонках виникає висипка без суб'єктивних відчуттів (плями, вузлики). **Поява розсіяної висипки засвідчує факт переходу сифілісу у вторинний період**, який триває, в середньому, 2-3 роки, проявляючись окремими спалахами, між якими є проміжки без висипки (латентний, прихований сифіліс).

Прояви первинного і вторинного сифілісу **заразні**. Пізній сифіліс розвивається не обов'язково, навіть у нелікованих хворих; він практично не заразний, уражає шкіру, слизові оболонки, нервову систему, кістки, суглоби і може призвести до смерті.

Вродженого і набутого імунітету (несприйнятливості) до сифілісу нема, тобто після його вилікування людина знову може заразитись.

Первинний сифіліс

Основними симптомами (проявами) первинного сифілісу є **твердий шанкр і регіонарний склераденіт**.

Твердий шанкр (фото 37) виникає тільки на місці заглиблення блідої трепонеми. Це поодинокі ерозія (дефект епідермісу, який не залишає рубця), рідше виразка, після загоєння якої залишається рубець. Твердий шанкр круглої або овальної форми з червоною гладенькою, наче лакованою поверхнею, із незначними серозними прозорами виділеннями, з чіткими, дещо піднятими краями, наче блюдечко, з щільною твердою основою (звідси і назва твердий), запальні явища навколо відсутні, не болючий і через певний час навіть без лікування може загоїтися.

Твердий шанкр, окрім типового, може бути множинний, вкритий жовтим нальотом кольору "старого сала" або кірочкою, гіпертрофічний із пухлиноподібним розростанням тканин, у вигляді тріщини, щільного (індуративного) набряку, карликовий (дуже маленький, діаметром 1-2 мм і непомітний). Шанкр, як правило, розмі-



Фото 37. Первинний сифіліс. Тверді шанкри.

щується на статевих органах, але може бути і поза ними, так званий **екстрагенітальний** (на лобку, стегнах, губах, молочних залозах, у ділянці ануса).

Регіонарний супровідний склераденіт (бубон) – це збільшений щільний неболючий лімфовузол, який розміщується неподалік від шанкру, не нагноюється, не з'єднаний із навколишніми тканинами, рухомий, шкіра над ним не змінена.

Твердий шанкр на статевих органах може спричинити низку ускладнень, особливо у випадках нераціональної терапії:

1. Баланіт (запалення голівки статевого члена), **баланопостит** (запалення голівки і препуціуму) у чоловіків.

2. Вульвіт та вульвовагініт (запалення зовнішніх статевих органів і піхви) у жінок.

3. Фімоz у чоловіків, коли внаслідок запалення і набряку не відкривається голівка статевого члена, він набряклий.

4. Парафімоz, коли відбувається “защемлення” голівки статевого члена, вона не вправляється, ділянка препуціуму набрякла.

5. Гангренізація (змертвіння) – на поверхні шанкру утворюється чорний струп, який неможливо відділити від поверхні шанкру.

6. Фагеденізм (від слова фагедео – пожираю) – швидке і значне руйнування тканин у ділянці шанкру в глибину і ширину.

Перебіг первинного сифілісу умовно поділяють на 2 періоди: серонегативний, коли ще реакція Вассермана негативна (3-4 тижні), і серопозитивний, коли реакція Вассермана вже стає позитивною (наступні 3-4 тижні).

Без лабораторного підтвердження виставляти діагноз сифілісу не можна.

Можливі докази сифілітичного характеру ураження:

1. Клінічні:

- а) статевий контакт в анамнезі, наявність сифілісу в партнера;
- б) наявність інкубаційного періоду (3-4 тижні);
- в) відсутність суб'єктивних відчуттів;
- г) ущільнення в основі ерозії, виразки;
- д) наявність супровідного склераденіту.

2. Лабораторні:

- а) виявлення в темному полі зору блідої трепонеми;

- б) позитивна РІФ (реакція імунофлюоресценції) із кров'ю;
- в) позитивна реакція Вассермана після 2-4 тижнів існування твердого шанкру.

Контрольні питання

1. Чи гине бліда трепонема при кип'ятінні?
2. Які є два основні клінічні симптоми первинного сифілісу?
3. Чому сифілітичний шанкр називається твердим?
4. Який основний шлях зараження сифілісом?
5. Яка середня тривалість інкубаційного періоду сифілісу?
6. На які періоди поділяють первинний сифіліс залежно від результатів реакції Вассермана, і яка їхня середня тривалість?
7. Регіонарний сифілітичний склераденіт схильний до нагноєння чи ні?
8. Які методи лабораторного підтвердження діагнозу первинного сифілісу?
9. Чи може без лікування загоїтися твердий шанкр, і чи означає це, що сифіліс вжевилікуваний?
10. Що беруть у хворого для лабораторного підтвердження діагнозу первинного сифілісу?

Ситуаційні задачі

1. У хворого на статевому члені неволюча ерозія, у паху збільшений щільний неволючий лімфовузол. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Імпетиго.
- Б. Фіксовану медикаментозну еритему.
- В. Твердий шанкр.
- Г. Екзему.
- Д. Дерматит.

2. У хворого фімоз зі значним набряком, ще не обстежений, показані примочки. Які?

- А. З фізіологічним розчином.
- Б. З розчином борної кислоти.
- В. З розчином фурациліну.

- Г. З розчином етакридину лактату.
- Д. З розчином пеніциліну.

3. У хворого ерозія на статевому члені, один аналіз на бліду трепонему негативний, реакція Вассермана негативна. Чи можна виключити сифіліс?

- А. Так.
- Б. Ні.

4. Яка середня тривалість інкубаційного періоду сифілісу?

- А. 3-4 дні.
- Б. 3-4 тижні.
- В. 3-4 місяці.
- Г. 6 місяців.
- Д. 9 місяців.

5. У хворого ерозивний твердий шанкр на статевому члені, чи можна заразитись пальпуючи незахищеними руками?

- А. Ні.
- Б. Так.

6. Яка середня тривалість серонегативного періоду сифілісу?

- А. 3-4 дні.
- Б. 3-4 тижні.
- В. 3-4 місяці.
- Г. 6 місяців.
- Д. 9 місяців.

7. Яка середня тривалість серопозитивного періоду ?

- А. 9 місяців.
- Б. 6 місяців.
- В. 3-4 місяці.
- Г. 3-4 тижні.
- Д. 3-4 дні.

8. У хворого твердий шанкр на нижній губі, він пив воду із склянки добу тому, склянка суха. Чи можна заразитись сифілісом, п'ючи воду із цієї склянки?

- А. Ні.
- Б. Так.

9. Шпатель був у контакті з ерозивним твердим шанкром, його прокип'ятили. Чи можна через нього заразитись сифілісом?

- А. Ні.
- Б. Так.

10. У хворого парафімоз, у паху збільшений щільний неболючий лімфовузол. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Екзему.
- Б. Дерматит.
- В. Імпетиго.
- Г. Первинний сифіліс.
- Д. Набряк Квінке.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – В (твердий шанкр).

2 – А (фізіологічним розчином).

3 – Б (ні).

4 – Б (3-4 тижні).

5 – Б (так).

6 – Б (3-4 тижні).

7 – Г (3-4 тижні).

8 – А (ні).

9 – А (ні).

10 – Г (первинний сифіліс).

Розділ X

Вторинний сифіліс

Вторинний період сифілісу починається з появи на шкірі і слизових оболонках розсіяної висипки. У частини хворих у кінці первинного періоду сифілісу і на початку вторинного спостерігають так званий **продромальний період**, зумовлений посиленням розмноженням блідих трепонем (трепонемний сепсис). На тлі гарячки хворі відчувають біль в м'язах, суглобах, кістках, головний біль, особливо вночі. У подальшому виникає висипка у вигляді плям, вузликів, рідко гноячків, ураження слизових оболонок, випадання волосся, сифілітична лейкодерма (пігментний сифілід), ураження внутрішніх органів, органів чуття та нервової системи. Середня тривалість вторинного сифілісу 2-5 років. У хворих на вторинний сифіліс спостерігають такі види висипки.

1. Плямистий сифілід (сифілітична розеола) трапляється найчастіше і локалізується переважно на бокових поверхнях грудей, живота, згинальних поверхнях кінцівок. Це негострозапальні рожеві круглі плями діаметром 0,5-2 см, що не підвищуються над рівнем шкіри, не лущаться, не зливаються і не спричиняють суб'єктивних відчуттів. У випадках першого спалаху вторинного сифілісу (свіжого) розеола яскрава, дрібна, рясна, а у хворих із повторними спалахами (рецидивними) розеола більша і у меншій кількості, не така яскрава, схильна до групування, іноді з утворенням кілець, нові плями виникають упродовж 7-10 днів, пізніше набувають бурого кольору. Без лікування сифілітична розеола існує, в середньому, 3-4 тижні (коливання 2-6 тижнів) і безслідно зникає.

2. Папульозні (вузликові) сифіліди виникають через 1-2 тижні після появи розеоли і частіше у випадках повторних спалахів (рецидивний сифіліс). Є такі різновиди сифілітичних папул (вузликів):

2.1. Гіпертрофічні сифілітичні папули (широкі кондиломи – фото 38), які локалізуються переважно на статевих органах, в анальній ділянці (фото 39), на шкірі мошонки, промежини, складок; діаметром 0,5 см і більші, значно підвищуються над рівнем шкіри, черво-



Фото 38. Вторинний сифіліс.
Сифілітичні широкі кондиломи.



Фото 39. Вторинний сифіліс.
Сифілітичні широкі кондиломи
в ділянці ануса.

но-бурого кольору, з чіткими границями, схильні до групування і злиття, утворення бляшок, мають широку основу, поверхня часто волога і на ній є величезна кількість блідих трепонем, тому вони **дуже заразні**; трапляються найчастіше. Їх необхідно відрізнити від гострокінцевих вірусних кондилом.

2.2. Ерозивні мокнучі папули (фото 40) – щільні вузлики негостро-запального характеру, 2-5 мм діаметром, із чіткими границями, червоного кольору, неболючі, із вологою ерозивною поверхнею, яка постійно виділяє серозну рідину, що теж містить велику кількість трепонем, тому вони **дуже заразні**.

2.3. Сифілітичні папули на долонях і підшвах (фото 41) – теж часта ознака вторинного сифілісу, розміщуються ізольовано, симетрично, червоного або червоно-жовтого



Фото 40. Вторинний сифіліс.
Ерозивні папули.



Фото 41. Вторинний сифіліс.
Сифілітична папула на долоні.

кольору, щільні, іноді нагадують червоні плями, від поодиноких до множинних; не спричиняють суб'єктивних відчуттів, рідше трапляються зроговілі папули, що нагадують бородавки.

2.4. Інші різновиди сифілітичних папул спостерігають рідше: **себорейні** – вкриті жовтими лусочками, розміщуються на голові, носо-губних складках, у ділянці лоба на границі волосистої частини голови (венерична корона); **псоріазоподібні** – із лущенням на поверхні, нагадують псоріаз; **міліарні** – як просяне зерно; **лентикулярні** – дещо більші; **нумулярні** – величиною з монету; у вигляді тріщин у складках тощо.

Для сифілітичних папул характерні такі властивості: мідно-червоний колір, щільність, негострозапальний характер, відсутність суб'єктивних відчуттів, не залишають рубців.

3. Пустульозні (гноячкові) сифіліди нагадують гноячки (пустули), трапляються рідко і подібні до ознак відповідних хвороб не-сифілітичної етіології: вугроподібні (подібні до звичайних вугрів), сифілітичне імпетиго (нагадує звичайне імпетиго), сифілітична ектима, сифілітична рупія (пошарова кірочка), віспоподібний сифілід, що нагадує висипку при вітряній віспі. Вони не спричиняють суб'єктивних відчуттів, мають щільну основу, можуть залишати рубчики після загоєння.

4. Надзвичайно рідко трапляється **пігментний сифілід (сифілітична лейкодерма)** – білі плями у вигляді мережива (намісто Венери), що у 90 % випадків локалізується на шії.

5. У вторинному періоді сифілісу може випадати волосся – **сифілітична алопеція**. Найчастіше вона буває дрібновогнищева (фото 42): на скронях, у тім'яній ділянці несподівано для хворого виникають невеличкі вогнища облісіння, їх багато; у цих зонах волосся випадає не повністю, і вони мають вигляд хутра, ушкодженого

міллю; не схильні до збільшення і злиття. Трапляється і дифузна алопеція (фото 43) – значне порідіння волосся, іноді майже до повного випадання, шкіра не змінена, суб'єктивних відчуттів нема, після лікування волосся відростає. Дрібновогнищеву сифілітичну алопецію слід відрізняти від гніздової алопеції.

У вторинному періоді можуть також спостерігати **ураження слизових оболонок** у таких формах: сифілітичні папули на слизовій оболонці рота, губах, вкриті білуватим нальотом (дуже заразні); сифілітичні ангіни (почервоніння мигдаликів і дужок із різкою границею еритеми); сифілітичний ларингіт (папули на голосових зв'язках), хрипкий голос (рауцедо).

Значно рідше трапляються **ураження внутрішніх органів:** сифілітичний гастрит, міокардит, гепатит; ураження кісток – періостити, остеоперіостити; можливі ураження нервової системи (у вигляді менінгіту), слухових нервів (зниження слуху), зорових нервів (зниження гостроти зору). Проте всі ці ураження мають доброякісний характер і повністю зникають під впливом специфічної терапії пеніциліном.

Ранній латентний (прихований) сифіліс – це стан, коли з моменту зараження минуло не більше 2 років, скарг і висипки у хворих нема, проте наявні позитивні серологічні реакції на сифіліс.

Критерії діагностики:



Фото 42. Вторинний сифіліс. Дрібновогнищеву сифілітичну алопецію.



Фото 43. Вторинний сифіліс. Дифузна сифілітична алопеція (випадання волосся).

1. Клінічні – підозрілі статеві контакти в анамнезі, відсутність суб'єктивних відчуттів, неефективність терапії без застосування препаратів пеніциліну, негострозапальний характер висипки, клінічні особливості окремих сифілідів.

2. Лабораторні – виявлення блідої трепонеми на вологих поверхнях висипки (ерозивних папулах, широких кондиломах, залишках шанкру), позитивні серологічні реакції на сифіліс (реакція Васермана, РІФ, РІБТ).

Функції медсестри: 1) забезпечити хворим індивідуальний посуд, предмети особистої гігієни;

2) при виконанні лікарських процедур (примочок, очищення вогнищ) користуватись неушкодженими гумовими рукавичками;

3) після будь-яких процедур із заразними проявами сифілісу інструменти поміщати в дезінфекційні розчини;

4) проведення санітарно-просвітньої роботи з хворими.

Контрольні питання

1. Через який час після зараження розвивається вторинний період сифілісу?
2. Що є клінічною межею, що відділяє первинний і вторинний періоди сифілісу?
3. Які прояви вторинного сифілісу є дуже заразними?
4. Які елементи висипки можуть бути у хворих на вторинний сифіліс?
5. Чи уражається волосся у хворих на вторинний сифіліс, і чим це проявляється?
6. Чи можуть уражатися внутрішні органи, нервова система та органи чуття у хворих на вторинний сифіліс, і у вигляді яких діагнозів це виражається?
7. Якими клінічними ознаками характеризується сифілітична розеола?
8. Які різновиди вузликів (папул) можуть бути у хворих на вторинний сифіліс?
9. Чи залишають стійкі сліди після одужання сифілітична розеола і сифілітичні папули?
10. Які лабораторні підтвердження діагнозу вторинного сифілісу?

Ситуаційні задачі

1. Яка середня тривалість вторинного сифілісу в нелікованих випадках?

- А. 2-3 тижні.
- Б. 2-3 місяці.
- В. 2-3 роки.
- Г. 5-10 років.
- Д. 10-20 років.

2. Для сифілітичної розеоли характерні:

- А. Свербіж.
- Б. Лущення.
- В. Мокнення.
- Г. Відсутність суб'єктивних відчуттів.
- Д. Схильність до злиття.

3. Який різновид папул вторинного сифілісу є дуже заразним?

- А. Міліарні.
- Б. Монетоподібні.
- В. Себорейні.
- Г. Псоріазоподібні.
- Д. Гіпертрофічні (широкі кондиліди).

4. Із поверхні яких папул можна взяти матеріал для дослідження на бліду трепонему?

- А. Себорейних.
- Б. Псоріазоподібних.
- В. Папул на долонях і підшвах.
- Г. Ерозивних.
- Д. Рогових.

5. Яка найчастіша локалізація широких сифілітичних кондилід?

- А. Долоні.
- Б. Обличчя.
- В. Тулуб.

- Г. Кінцівки.
- Д. Статеві органи.

6. Чи можна заразитись сифілісом при пальпації чи дотику до широких кондилом без рукавичок?

- А. Ні.
- Б. Так.

7. Чи можна заразитись сифілісом, вітаючись за руку із хворим на сифіліс, у якого є сифілітичні папули на долонях?

- А. Так.
- Б. Ні.

8. Чи можна заразитись сифілісом при поцілунку із хворим на сифіліс, якщо у нього сифілітичні папули на слизовій оболонці губ?

- А. Ні.
- Б. Так.

9. Чи заразна сифілітична розеола при дотику до неї?

- А. Так.
- Б. Ні.

10. У хворого підозрюють ранній латентний (прихований) сифіліс. Що необхідно взяти у нього для лабораторного підтвердження сифілісу?

- А. Слину.
- Б. Кров.
- В. Лімфу.
- Г. Сечу.
- Д. Кал.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – В (2-3 роки).

2 – Г (без суб'єктивних відчуттів).

3 – Д (гіпертрофічні папули – широкі кондиломи).

4 – Г (ерозивних).

5 – Д (статеві органи).

6 – Б (так).

7 – Б (ні).

8 – Б (так).

9 – Б (ні).

10 – Б (кров).

Розділ XI

Пізній сифіліс

Пізній сифіліс розвивається у нелікованих хворих, в середньому, через 2-3 роки після зараження і в даний час трапляється надзвичайно рідко. Він необов'язково розвивається навіть у нелікованих хворих, і його прояви не заразні.

Міжнародна класифікація хвороб виділяє такі форми пізнього сифілісу.

1. Сифіліс серцево-судинної системи складає 90-94 % всіх уражень внутрішніх органів у цей період, а **сифілітичний мезаортит** (ураження стінки аорти) становить 90-93 % усіх пізніх сифілітичних уражень серцево-судинної системи, прижиттєва діагностика цієї патології утруднена (тільки 10-60 %), проте РІФ і РІБТ позитивна у 94-100 % хворих. Хворі відчувають загруднинний біль у нічний час, рентгенологічно виявляється розширення висхідної частини аорти. Серйозним ускладненням цієї патології є сифілітична аневризма (розширення аорти) з відповідною симптоматикою, може бути стеноз (звуження) вінцевих артерій, недостатність аортальних клапанів.

2. Симптомний нейросифіліс (ураження нервової системи), що може виражатись розвитком менінговаскулярного сифілісу, **спинно-мозковими сухотами** (болем різного характеру, розладами сечовипускання, порушенням функції черепно-мозкових нервів, зіничними розладами, ураженням слухових нервів, порушенням координації рухів, рефлексів, чутливості) – реакція Вассермана позитивна у 50-70 % хворих, РІФ у 95 % хворих; **прогресуючим паралічем** (ураженням речовини головного мозку) – розлад особистості, слабоумство, галюцинації, кахексія (виснаження), реакція Вассермана позитивна у 95-98 % хворих, РІФ і РІБТ у 90-94 %, рідше трапляються гуми (вузлуваті ураження мозку, що симулюють пухлини), поліневрити.

3. Ураження шкіри можуть розвиватись через 5-10 років і пізніше після зараження та не є обов'язковими, навіть у нелікованих хворих. Зміни на шкірі не заразні, після загоєння залишають рубці. Ці ураження можуть бути у двох варіантах:

– **горбикові сифіліди** – щільні, напівкулясті, синюшно-червоні, неbolючі, 3-5 мм діаметром, можуть розсмоктуватись, залишаючи рубцеву атрофію, або розпадатися з утворенням виразок і формуванням рубців. Виділяють згрупований горбиковий сифілід, дифузний (площадкою), серпігуючий (повзучий), карликовий (горбики дуже малі);

– **гумозні (вузлуваті) сифіліди** можуть траплятися у двох формах: окремі гуми (щільні вузли, чітко відмежовані, неbolючі, рухомі, згодом зливаються зі шкірою, розпадаються з утворенням кратероподібних виразок, що гояться, залишаючи зірчасті рубці) і дифузна гумозна інфільтрація (плоскі, червоні, неbolючі вогнища з розпадом у кількох місцях, з утворенням виразок і формуванням рубців).

Крім інших методів, для підтвердження діагнозу уражень шкіри при пізньому сифілісі використовують біопсію. Як виняток, трапляються **сифілітичні еритеми** (великі, до 10-15 см червоно-синюшні плями, часто дугоподібні на бокових поверхнях тулуба, без суб'єктивних відчуттів), безслідно зникають.

4. Ураження слизових оболонок можуть бути вузлуватими (гуми) і у вигляді дифузної інфільтрації, а також горбиковими. Гуми носа на границі кісткової і хрящової частин перегородки носа спричиняють руйнування, спинка носа западає і формується так званий сідлоподібний ніс. Гуми і горбики можуть бути на піднебінні, спричиняючи його руйнування аж до перфорації (утворення отворів-дірок у піднебінні).

5. Ураження кісток і суглобів можуть бути у вигляді остеоперіоститів, остеомиєлітів, гідрартоозів, остеоартритів. Характерні симптоми: відсутність больових відчуттів, збереження рухових функцій, нічний біль.

Надзвичайно рідко у пізньому періоді сифілісу можливе ураження печінки, шлунка та інших органів, діагноз підтверджують позитивними серологічними реакціями.

Пізній латентний сифіліс – це стан, при якому хворі не знають, коли вони заразились, ніяких змін із боку шкіри та внутрішніх органів не спостерігають, проте у пацієнтів позитивні серологічні реакції на сифіліс.

Вроджений сифіліс

Є вроджений сифіліс і немає спадкового сифілісу. Плід заражається тільки від хворої на сифіліс матері. Бліда трепонема проникає в організм плода через плаценту після 17-18 тижнів вагітності. Можливі наслідки вагітності залежно від строків зараження матері (вагітної);

1. Жінка заразилась сифілісом напередодні вагітності чи впродовж перших її місяців – часті спонтанні аборти.

2. Зараження жінки відбулося на 4-5 місяці вагітності – можуть настати передчасні пологи мертвим плодом.

3. Жінка заразилась на 6-7 місяці вагітності – може народитись дитина з активними проявами сифілісу.

4. Вагітна жінка заразилась в останні 1,5-2 місяці вагітності – іноді плід до пологів не встигає інфікуватись, проте це можливо при проходженні через пологові шляхи матері. У такому разі в дитини розвивається набутий сифіліс з усіма властивими йому особливостями перебігу.

5. Мати заразилась сифілісом ще задовго до вагітності – на час пологів у дитини може не бути проявів сифілісу, але вони розвинуться пізніше, частіше до 4-річного віку.

Для діагностики вродженого сифілісу важливі такі дані:

1. Анамнестичні дані матері (спонтанні аборти, передчасні пологи, народження мацерованих плодів, висока дитяча смертність після народження).
2. Стан плаценти і пуповини.
3. Оцінка типових проявів вродженого сифілісу в різних вікових групах.
4. Виявлення збудника в елементах висипки з вологою поверхнею.
5. Дослідження очного дна.
6. Рентгенологічне дослідження трубчастих кісток.
7. Клінічне обстеження батьків та інших дітей у сім'ї.
8. Серологічне обстеження дитини, батьків та інших дітей у сім'ї.
9. Консультації інших фахівців (педіатра, невропатолога, окуліста, отоларинголога, ортопеда, рентгенолога).
10. Врахування сучасних особливостей вродженого сифілісу.

Сифіліс плаценти: плацента набрякла, велика, крихка, у ворсинках абсцеси, вага 800-900 г (нормальна 500 г), співвідношення ваги плаценти і плода 1:3-4 (у нормі 1:5-6), у плаценті виявляють бліді трепонеми, тому вона заразна.

Сифіліс плода: плід мацерований, іноді мертвий, має малу масу тіла, печінка і селезінка збільшені, на розрізі коричнево-жовті; легені щільні, сірувато-жовті (біла пневмонія); на 6 місяці у плода рентгенологічно виявляють остеохондрит.

Ранній вроджений сифіліс

Вроджений сифіліс грудних дітей (від народження до 1 року): у 30-69 % симптоми вродженого сифілісу виникають у перший місяць життя, а до 34 % дітей народжується з симптомами вродженого сифілісу. Діти мають малу масу тіла, шкіра бліда і зморщена, старечий вигляд, велика голова, дитина погано розвивається. У цьому віці сифілітична інфекція може уражати шкіру, слизові оболонки, кісткову систему, внутрішні органи, нервову систему, органи чуттів. Проте є симптоми властиві тільки для вродженого сифілісу цього періоду, що не бувають при набутому сифілісі.

Сифілітичний пемфігус може бути з моменту народження або виникати в перші дні чи тижні життя. **На долонях і підшвах**, рідше на інших ділянках, виникають пухирі діаметром 0,5-1 см на щільній інфільтрованій основі, у їх вмісті багато трепонем, тому ерозії, які утворюються на місці зруйнованих пухирів, дуже заразні, з їхньої поверхні беруть ексудат для досліджень на наявність блідих трепонем. За відсутності лікування діти гинуть упродовж перших тижнів життя.

Дифузна інфільтрація розвивається в перші тижні або місяці життя дитини навколо рота, в ділянці губ, лоба, підборіддя, сідниць, долонь, підшов, статевих органів. Ділянки ураження плоскі, жовто-коричневі, щільні, із блискучою поверхнею; згодом у куточках рота, на губах утворюються радіарні глибокі тріщини, після загоєння яких залишаються характерні веретеноподібні радіарні атрофічні рубці.

Сифілітичний риніт (запалення слизової оболонки носа) може бути єдиною і ранньою ознакою вродженого сифілісу. Носове дихання утруднене, з носа серозно-гнійні чи сукровичні (з кров'ю) виділення; дитина дихає ротом, дихання хрипливе, може розвинути зміщення або руйнування перегородки носа з наступною деформацією носа.

Остеохондрити – найчастіші і характерні зміни трубчастих кісток у хворих на вроджений сифіліс у грудному віці – виникають у період утробного розвитку і під кінець першого року життя вже не виявляються. На рентгенограмах кісток між епіфізом і метафізом виявляють світлі зазубрені смуги шириною 0,5-1,5 мм (порушення скостеніння хрящів), у цих місцях можуть бути переломи кісток і розвиватись несправжні паралічі.

Сифілітичний хоріоретиніт – зміни на очному дні, які виявляють окулісти при спеціальному дослідженні: на очному дні є крапки пігменту і білі ділянки депігментації (симптом “солі і перцю”).

Поряд із цими специфічними симптомами в грудних дітей із вродженим сифілісом може бути висипка у вигляді розеол, вузликів (папул), пустул, спостерігають періостити довгих трубчастих кісток і кісток черепа, фалангіти, можливі ураження внутрішніх органів (збільшення печінки і селезінки), біла пневмонія, орхіт, менінгіти, гідроцефалія тощо.

Вроджений сифіліс раннього віку (1-4 роки)

У цьому віці в дітей хворих на вроджений сифіліс може бути невелика кількість папул на кінцівках, сідницях, статевих органах, у складках вони бувають ерозивними, вологими, із великою кількістю трепонем на поверхні, тому вони дуже заразні. У ділянці ануса, статевих органів, складок спостерігаються широкі кондиломи значної величини теж з вологою поверхнею і великою кількістю збудників на ній, тому вони теж дуже заразні. Можуть бути пустули, вузли (гуми), порідішання волосся, ерозивні папули на слизових оболонках рота; ураження кісток, внутрішніх органів, нервової системи. Усі ці прояви мають тривалий перебіг, однак протисифілітична терапія препаратами пеніциліну призводить до швидкого зворотного розвитку цих симптомів.

Ранній вроджений сифіліс латентний (прихований) виявляють лишень при серологічному дослідженні, рентгенографії трубчастих кісток чи дослідженні очного дна. Інші симптоми відсутні.

Пізній вроджений сифіліс

Пізній вроджений сифіліс за відсутності лікування може розвинути у віці 5-20 років і пізніше, характеризується цілою низкою патологічних змін із боку шкіри, слизових оболонок, кісток, суглобів,

внутрішніх органів, нервової системи, органів чуттів. Пізній вроджений сифіліс практично не заразний. Розглянемо цю можливість патологію згідно з міжнародною класифікацією.

Пізня сифілітична офтальмопатія – це ураження очей, яке проявляється інтерстиційним кератитом (запаленням і помутнінням рогівки ока): виникає більмо (білі непрозорі плями на рогівці), кон'юнктивіт (запалення кон'юнктиви ока), світлобоязнь, слъозотеча, можливий ще й розвиток іриту, іридоцикліту та хоріоретиніту, атрофія зорових нервів із повною втратою зору, серологічні реакції на сифіліс позитивні у 100 % випадків.

Пізній вроджений нейросифіліс (ювенільний нейросифіліс): менінгіти, судинні ураження мозку, можливий розвиток спинномозкових сухот, прогресуючого паралічу. Діагноз встановлюють невропатологи, підтверджуючи його серологічними дослідженнями.

Інші форми пізнього вродженого сифілісу: на шкірі можуть виникати горбики, гуми, часті ураження кісток (періостити, остеоперіостити, остеомієліти тощо), характерні шаблеподібні гомілки (потовщені і викривлені наперед), неболючі гідрартрози колінних суглобів із випотом; зуби Гетчінсона (широкі верхні передні різці, заокруглені на вільному краї, на ріжучому кінці півмісяцева виїмка, іноді зуби нагадують викрутку); раптова глухота внаслідок розвитку сифілітичного лабіринтиту і ураження слухових нервів та інші дистрофії.

Пізній вроджений латентний (прихований) сифіліс: відсутні клінічні прояви сифілісу, проте позитивні серологічні реакції на сифіліс.

Сучасні особливості вродженого сифілісу: часто перебігає у прихованій формі; прояви на шкірі і слизових оболонках незначні; переважно уражаються кістки, нервова система; часті негативні серологічні реакції.

Профілактика вродженого сифілісу: раціональна і своєчасна терапія набутих форм сифілісу; диспансерне спостереження за перехворілими; постановка реакції Вассермана стаціонарним хворим, працівникам дитячих закладів, установ громадського харчування тощо, триразова – вагітним; профілактичне лікування дітей, що народились від матерів, хворих на сифіліс; диспансерне спостереження за ними, санітарно-просвітня робота.

Контрольні питання

1. Пізній сифіліс заразний чи ні?
2. Які органи найчастіше уражаються при пізньому сифілісі?
3. Які елементи висипки можуть бути у хворих на пізній сифіліс?
4. Чи є спадковим сифіліс?
5. Яка вага плаценти, ураженої сифілісом?
6. У якому віці у плода рентгенологічно можна виявити остеохондрит?
7. Яка типова локалізація сифілітичного пемфігусу у дітей?
8. Назвати типові специфічні симптоми вродженого сифілісу у дітей від народження до 1 року?
9. Що таке пізня сифілітична офтальмопатія?
10. Які сучасні особливості вродженого сифілісу?

Ситуаційні задачі

1. Через який час у нелікованих хворих може розвинути пізній сифіліс?
 - А. 2-3 місяці.
 - Б. 2-3 роки.
2. Який елемент висипки на шкірі характерний для пізнього сифілісу?
 - А. Пляма.
 - Б. Горбик.
 - В. Папула.
 - Г. Уртикарний елемент.
 - Д. Везикула.
3. Чи можна заразитись сифілісом, торкнувшись незахищеними руками сифілітичної виразки на місці розпаду гум?
 - А. Так.
 - Б. Ні.
4. У новонародженої дитини на долонях і підшвах виникли везикули, пухирі із щільною покривкою на щільній інфільтрованій основі. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Імпетиго.
- Б. Дерматит.
- В. Сифілітичний пемфігус.
- Г. Багатоформну еритему.
- Д. Герпетиформний дерматит.

5. У новонародженої дитини навколо рота шкіра червона, щільна, є тріщини. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Псоріаз.
- Б. Дерматит.
- В. Імпетиго.
- Г. Вроджений сифіліс.
- Д. Червоний плоский лишай.

6. У дитини 5 днів від народження утруднене носове дихання, сукровичні (із кров'ю) виділення з носа, температура тіла нормальна. Про яку хворобу слід подумати?

- А. Грип.
- Б. Сифіліс.

7. Які обстеження необхідно здійснити, щоб підтвердити у новонародженої дитини наявність остеохондриту?

- А. Пальпацію.
- Б. Огляд.
- В. Рентгенографію.

8. Який фахівець може виявити у дитини наявність хоріоретиніту?

- А. Педіатр.
- Б. Дерматолог.
- В. Окуліст.
- Г. Хірург.
- Д. Гінеколог.

9. У якому віці у нелікованих дітей може розвинути пізній вроджений сифіліс?

- А. 1-2 роки.

Б. 5-20 років.

10. Пізній вроджений сифіліс заразний чи ні?

А. Так.

Б. Ні.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – Б (2-3 роки).

2 – Б (горбик).

3 – Б (ні).

4 – В (сифілітичний пемфігус).

5 – Г (вроджений сифіліс).

6 – Б (сифіліс).

7 – В (рентгенографію).

8 – В (окуліст).

9 – Б (5-20 років).

10 – Б (ні).

Розділ XII

Принципи клініко-лабораторної діагностики та лікування сифілісу

Відразу зауважимо, що без лабораторного підтвердження встановлювати діагноз сифілісу не можна. Отже, процес діагностики сифілісу можна умовно поділити на дві частини: клінічну, що дозволяє запідозрити цю хворобу, і лабораторну, що остаточно підтверджує діагноз.

1. Клінічна діагностика

1.1. Дані анамнезу: статевий контакт, наявність відповідного інкубаційного періоду, сифілісу у партнера.

1.2. Дані клінічного обстеження: висипка (твердий шанкр, регіонарний склераденіт у первинному періоді сифілісу; рожеола, вузликіві (папули) та пустульозні сифіліди), випадання волосся, ураження слизових оболонок (ангіни, рауцедо) у вторинному періоді та ін., відсутність гострозапальних явищ та суб'єктивних відчуттів, результати попереднього лікування та його ефект.

2. Лабораторна діагностика.

2.1. Бактеріоскопія тканинної рідини в темному полі зору мікроскопа. Матеріал для досліджень беруть із поверхні: а) твердого шанкру; б) ерозивних елементів в ділянці геніталій, ануса (ерозивних вологих папул, широких кондилом), пунктату регіонарного склераденіту.

2.2. Серологічне дослідження крові на виявлення антитіл до блідої трепонеми як опосередкованого доказу наявності збудника в організмі.

а) реакція Вассермана: при використанні трепонемних антигенів вона виявляє антитіла до блідих трепонем. Запис результатів реакції:

- повна відсутність гемолізу (++++) – різко позитивна;
- гемоліз, який ледь почався (+++) – позитивна;
- гемоліз значний (++) – слабо позитивна
- незначна каламутність вмісту пробірки (+ або +) – сумнівна;

Кількісне визначення антитіл проводять у випадках різко позитивної реакції Вассермана у розведеннях від 1 : 5 до 1 : 320;

б) реакція імунофлуоресценції (РІФ) ґрунтується на непрямому методі визначення флуоресціюючих антитіл. Для постановки реакції використовують нативні прогріті чи сухі сироватки крові. Під люмінесцентним мікроскопом бліді трепонеми мають жовто-зелене свічення, інтенсивність якого оцінюють у плюсах від (+) до (++++). Сироватку із (++++) досліджують у розведеннях 1:400, 1:800, 1:1600; 1: 3200;

в) реакція іммобілізації блідих трепонем (РІБТ) базується на феномені знерухомлення (іммобілізації) блідих трепонем під впливом антитіл (іммобілізинів). Запис результатів реакції:

– іммобілізація 0-20 % – негативна;

21-30 % – сумнівна;

31-50 % – слабо позитивна;

51-100 % – позитивна.

РІБТ є цінним методом розпізнавання гострих і хронічних біологічно несправжньо-позитивних реакцій Вассермана у вагітних, донорів, соматичних хворих;

г) мікрореакція преципітації (МРП), її використовують як орієнтовну відбіркову реакцію у випадках обстеження значних контингентів, стаціонарних хворих тощо. Оцінка реакції:

– позитивний результат: поява великих пластівців із просвітлінням суміші;

– слабо позитивний, сумнівний результат: маленькі пластівці без помітного просвітління суміші.

Ця реакція не має самостійного діагностичного значення, при одержанні позитивних, слабо позитивних чи сумнівних результатів цієї реакції обов'язкова постановка реакції Вассермана, РІФ або РІБТ.

За наявності певних умов для підтвердження діагнозу сифілісу використовують складніші у технічному відношенні реакції (імуноферментний аналіз та інші).

Клінічна оцінка серологічних реакцій на сифіліс

I. Первинний сифіліс.

1. РІФ може бути позитивною у хворих на серонегативний первинний сифіліс у 80 %, а у хворих на серопозитивний первинний

сифіліс – у 100 %. Отже, ця реакція придатна для ранньої діагностики сифілісу.

2. Реакція Вассермана негативна впродовж перших 3-4 тижнів після появи шанкру (серонегативний первинний сифіліс), у наступні 3-4 тижні вона стає позитивною у 96-98 % хворих із титром 1:80 – 1:160 (серопозитивний первинний сифіліс).

3. РІБТ стає слабо позитивною чи позитивною тільки наприкінці первинного періоду сифілісу, тому не придатна для ранньої діагностики сифілісу.

II. Вторинний сифіліс.

1. РІФ різко позитивна у 100 % хворих.

2. Реакція Вассермана у хворих із першим спалахом вторинного сифілісу (свіжого) позитивна майже у 100 % випадків із титром антитіл 1:160 – 1:320. При повторних спалахах хвороби (рецидивному сифілісі) вона позитивна у 96-98 % хворих і титр знижується до 1:80 – 1:60.

3. РІБТ у хворих на свіжий вторинний сифіліс позитивна у 50 % випадків із відсотком іммобілізації 40-60 %; у хворих на вторинний рецидивний сифіліс вона позитивна у 85-90 % випадків із відсотком іммобілізації 80-100.

III. Пізній сифіліс.

1. РІФ позитивна у 95-100 % хворих.

2. Реакція Вассермана позитивна у 50-90 % хворих.

3. РІБТ позитивна у 92-100 % хворих із відсотком іммобілізації 80-90.

IV. Вроджений сифіліс.

1. Ранній – серологічні реакції позитивні в абсолютній більшості хворих.

2. Пізній – у 70-80 %; у випадках пізньої сифілітичної офтальмопатії (інтерстиційного кератиту) реакція Вассермана позитивна у 100 % випадків; РІФ і РІБТ позитивні у 92-100 %.

Необхідно зазначити, що РІФ і РІБТ більш специфічні, ніж реакція Вассермана.

Принципи лікування хворих на сифіліс:

1. Лікування призначають тільки після встановлення діагнозу сифілісу, підтвердженого лабораторними дослідженнями, лікують одночасно всіх статевих партнерів.

2. Схеми лікування хворих на сифіліс затверджує МОЗ України, вони періодично переглядаються і доповнюються.

3. Хворі на сифіліс повинні бути обстежені на наявність ВІЛ-інфекції та інших хвороб, що передаються статевим шляхом.

4. Розрізняють **специфічну і неспецифічну терапію** хворих на сифіліс. **Специфічна терапія** передбачає застосування препаратів пеніциліну як найефективніших. **Неспецифічна терапія** передбачає підвищення неспецифічної реактивності (опірності) організму (пірогенал, біостимулятори – алое, склисте тіло, вітаміни тощо).

5. **Специфічну терапію** (препарати пеніциліну) здійснюють розчинними солями пеніциліну (бензилпеніциліну) та дюрантними препаратами продовженої дії (екстенциліном, ретарпенон, рідше біцилінами) за існуючими схемами. Слід зазначити, що у 60-70 % хворих на ранні форми сифілісу після перших ін'єкцій пеніциліну (через 6-8 годин) внаслідок розпаду великої кількості трепонем і виділення ендотоксину, що має пірогенну (пірос – вогонь, гарячка) дію, розвивається так звана **реакція Яриша-Герксгеймера**, що проявляється підвищенням температури тіла від субфебрильних цифр до 40 °С, нездужанням, головним болем тощо і триває 8-24 години, не потребує припинення специфічної терапії, і сама минає.

Різновиди специфічної терапії:

1. Превентивне (попереджувальне) лікування проводять у випадках, коли був статевий контакт із хворим на сифіліс, немає симптомів сифілісу і від моменту контакту минуло не більше 3 місяців.

2. Профілактичне лікування проводять дітям, які народилися від матерів, хворих на сифіліс, або які перехворіли цією хворобою; вагітним, в анамнезі яких перенесений сифіліс.

3. Пробне лікування проводять тільки у випадках пізнього сифілісу з метою підтвердження діагнозу. Якщо впродовж 2-3 тижнів є відчутний клінічний ефект, то це є додаткове підтвердження діагнозу сифілісу.

Клініко-серологічний контроль після закінчення лікування хворих на сифіліс

Хоча в абсолютній більшості випадків сифіліс, особливо ранні форми,виліковується під впливом пеніцилінотерапії, все ж немає

якогось одного незаперечного критерію одужання. Тому у практику введено диспансерне спостереження за особами, які перехворіли на сифіліс. Ці особи все життя не мають права бути донорами. Диспансеризація передбачає клініко-серологічний контроль за ними тривалістю від 6 місяців до 3 років, який проводять кожні 3, 6, 12 місяців залежно від стадії сифілісу, що регламентується відповідними інструкціями.

Зняття з обліку осіб, що перехворіли на сифіліс

Після закінчення терміну диспансерного спостереження особи, що перехворіли на сифіліс, підлягають клінічному (огляд терапевта, невропатолога, окуліста, отоларинголога), рентгенологічному (рентгенографія трубчастих кісток) і серологічному (реакція Вассермана, РІФ, РІБТ) обстеженню.

Критерії вилікуваності:

1. Якість лікування, його відповідність чинним інструкціям.
2. Відсутність патології при клінічному та рентгенологічному обстеженні.
3. Негативні результати серологічних реакцій на сифіліс із кров'ю, а в разі необхідності зі спинномозковою рідиною (ліквором).

Функції медсестри: 1) ретельно виконувати призначення лікаря щодо введення ін'єкцій пеніциліну;

2) слідкувати за станом хворих після введення препаратів пеніциліну з метою виявлення перших ознак анафілактичного шоку;

3) негайно інформувати лікаря про погіршення стану хворих після ін'єкцій пеніциліну;

4) проведення роз'яснювальної роботи про заборону вживання алкоголю під час лікування сифілісу.

Контрольні питання

1. Чи можна встановити діагноз сифілісу без лабораторного підтвердження?
2. Який матеріал беруть у хворих для дослідження з метою виявлення блідих трепонем?

3. Що беруть у хворих для постановки серологічних реакцій, і що ними виявляють?
4. Які є серологічні реакції на сифіліс?
5. Яка серологічна реакція найшвидше стає позитивною при сифілісі?
6. Який препарат найефективніший для лікування сифілісу?
7. Які є різновиди специфічної терапії сифілісу?
8. Що таке реакція Яріша-Герксгеймера?
9. З якою метою проводять клініко-серологічний контроль після закінчення лікування хворих на сифіліс?
10. Які критерії вилікованості від сифілісу?

Ситуаційні задачі

1. У хворого твердий шанкр на статевому члені і паховий склероденіт існують 1 тиждень. Чим можна підтвердити діагноз?

- А. Реакцією Вассермана.
- Б. Виявленням трепонем у темному полі зору.

2. Для постановки реакції Вассермана у хворого беруть:

- А. Сечу.
- Б. Кров із пальця.
- В. Кров із вени.
- Г. Слину.
- Д. Пунктат лімфовузла.

3. Серологічними реакціями виявляють у хворих:

- А. Блідю трепонему.
- Б. Антитіла до блідої трепонеми.

4. Який відсоток іммобілізації блідох трепонем вважається позитивним?

- А. 0-20 %.
- Б. 21-30 %.
- В. 31-50 %.
- Г. 51-100 %.

5. Найефективніший препарат для лікування сифілісу?

- А. Бісептол.
- Б. Метронідазол.
- В. Пеніцилін.
- Г. Ацикловір.
- Д. Грізеофульвін.

6. На наявність якої небезпечної для життя хвороби необхідно обстежувати хворих на сифіліс?

- А. Системного червоного вовчака.
- Б. Пемфігусу.
- В. ВІЛ-інфекції.
- Г. Токсичного епідермального некролізу.
- Д. Дерматополіміозиту.

7. Як називається лікування хворого в інкубаційний період сифілісу без клінічних проявів?

- А. Профілактичне.
- Б. Превентивне.
- В. Пробне.
- Г. Специфічне.
- Д. Неспецифічне.

8. Чи існує один абсолютний і точний критерій вилікуваності від сифілісу?

- А. Так.
- Б. Ні.

9. Після перших ін'єкцій пеніциліну у хворих може температура тіла:

- А. Знижуватись.
- Б. Підвищуватись.

10. Як записують позитивну реакцію Вассермана?

- А. У процентах.
- Б. Плюсами.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

- Номер задачі: 1 – Б (виявлення трепонем у темному полі зору).
2 – В (кров із вени).
3 – Б (антитіла до блідої трепонеми).
4 – Г (51-100 %).
5 – В (пеніцилін).
6 – В (ВІЛ-інфекції).
7 – Б (превентивне).
8 – Б (ні).
9 – Б (підвищуватись).
10 – Б (плюсами).

Розділ XIII

Гонококова інфекція

Це заразна інфекційна хвороба, що уражає переважно слизову оболонку сечовипускального каналу (уретри) і передається найчастіше статевим шляхом. Збудники – гонококи, що уражають слизову оболонку уретри, цервікального каналу, прямої кишки, кон'юнктиви.

Гонококова інфекція має переважно вогнищевий, місцевий характер. Гонококи досить швидко фіксуються за допомогою ворсинок на поверхні слизових оболонок і через міжклітинні простори впродовж 3-4 днів досягають субепітеліальної сполучної тканини, зумовлюють розвиток запальної реакції, в вогнища якої мігрують нейтрофіли, лімфоцити і спричиняють утворення гнійних виділень.

Гонококи нестійкі у зовнішньому середовищі і швидко гинуть під впливом висушування, кип'ятіння, дезінфікувальних речовин, проте вони досить стійкі в організмі людини.

Вродженого і набутого імунітету (несприйнятливості) до гонококової інфекції немає.

Джерело зараження – хвора на гонококову інфекцію людина.

Шляхи зараження:

- основний статевий;
- орогенітальні, гомосексуальні контакти при статевих збоченнях;
- через забруднену виділеннями, що містять збудників, постіль, рушники, предмети догляду тощо;
- під час пологів від хворої матері (ураження очей, піхви в дівчаток).

Інкубаційний (від часу статевого контакту до перших проявів хвороби) **період** у середньому 3-5 днів і більше.

Із клінічних міркувань за перебігом розрізняють:

- свіжу гонококову інфекцію із гострим, підгострим і торпідним перебігом, що триває не більше 2-х місяців;
- хронічну гонококову інфекцію, що триває більше 2-х місяців.

Гонококову інфекцію також класифікують за анатомічною локалізацією запального процесу;

1. Гонококова інфекція нижнього відділу сечостатевого каналу:

- а) без абсцедування періуретральних, або придаткових, залоз;
 - б) з абсцесом періуретральних, або придаткових, залоз.
2. Гонококовий тазовий перитоніт.
 3. Гонококова інфекція аноректальної ділянки.
 4. Інші гонококові інфекції (ока, фарингіт, кістково-м'язової системи).

Клінічні різновиди гонококової інфекції у чоловіків:

1. Свіжий гострий гонококовий уретрит: скарги хворих на сверблячку і печіння в ділянці зовнішнього отвору уретри, серозно-гнійні виділення з уретри, згодом приєднується біль і різь на початку сечовипускання. Якщо у запальний процес втягується слизова оболонка задньої частини уретри, то позиви до сечовипускання, особливо вночі, дуже часті (15-20 разів), часті ерекції і полюції.

2. Хронічний гонококовий уретрит: сверблячка, печіння в уретрі, незначне виділення з уретри, почастищення сечовипускання, біль чи різь у кінці сечовипускання, порушення статевої функції. Його розвитку сприяють такі чинники: відсутність своєчасного лікування, нераціональне лікування, перерви в лікуванні, вживання алкоголю, гострої їжі, статеві зв'язки тощо. Хвороба періодично під впливом вживання алкоголю, статевих контактів загострюється.

Можливі ускладнення гонококової інфекції у чоловіків:

1. Епідидиміт (запалення придатків яєчка): у випадку гострого процесу – біль у ділянці придатка, гарячка, при пальпації придаток збільшений, щільний, болючий, шкіра над ним напружена, червона; у хронічних випадках – біль і збільшення придатка незначні, температура тіла нормальна. Наслідком перенесеного епідидиміту, особливо двобічного, може бути безпліддя.

2. Гонококовий простатит (запалення передміхурової залози – простати): у випадках гострого процесу – часті позиви до сечовипускання, неприємні відчуття в ділянці промежини, ануса; а у хронічних випадках – відчуття печіння в уретрі, незначні виділення, порушення статевої функції, втома, зниження працездатності.

4. Інші ускладнення: баланопостит (запалення голівки статевого члена і препуціуму), фімоз (набряк і неможливість відкрити голівку), парафімоз (защемлення голівки, набряк), везикуліт (запалення сім'яних міхурців) тощо.

Можливі ускладнення гонококової інфекції у жінок:

1. Гонококовий цервіцит та ендцервіцит (запалення шийкового каналу матки) – це один із найчастіших проявів гонококової інфекції у жінок: слизово-гнійні виділення із каналу, набряк, гіперемія, іноді ерозія зовнішнього отвору каналу шийки матки, кровоточивість шийки матки при маніпуляціях.

2. Бартолініт (запалення бартолінової залози).

3. Сальпінгіт (запалення маткових труб).

4. Гонококовий тазовий перитоніт та інші.

Гонококова інфекція у вагітних: у хворих на гонококову інфекцію може настати вагітність, це не перешкоджає зараженню; після зараження вагітних зростає небезпека ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду (хоріоамніоніт, внутрішньоутробний сепсис, офтальмія та інші).

Гонококова інфекція у дітей: зараження новонароджених може відбуватися під час пологів, при користуванні спільною ванною, рушниками – переважно у дівчаток: розвивається гострий вульвовагініт (запалення зовнішніх статевих органів та піхви з гнійними виділеннями, почастішанням сечовипускання).

Діагностика гонококової інфекції.

Встановлювати діагноз гонококової інфекції без лабораторного підтвердження не можна. У практичній роботі найчастіше використовують бактеріоскопічні та бактеріологічні (посіви на середовища) методи. Для лабораторних досліджень беруть виділення чи зскрібок зі слизової оболонки уретри, парауретральних проток, бартолінових залоз, каналу шийки матки, стінок піхви; секрет простати, сім'яних міхурців; промивні води прямої кишки.

Принципи лікування гонококової інфекції:

1. Всебічне клінічне і лабораторне обстеження хворих із метою встановлення точного етіологічного (збудника) діагнозу та можливої наявності одночасно інших хвороб, що передаються статевим шляхом, особливо СНІДу.

2. Одночасне лікування всіх статевих партнерів, оскільки в разі відсутності такого лікування відбуватиметься повторне зараження.

3. Враховують стать, вік хворого, клінічну форму і тяжкість процесу, наявність ускладнень.

4. До початку лікування з'ясовують сприйняття організмом хворого відповідних антибіотиків (алергологічний анамнез).

5. Основними препаратами для лікування гонококової інфекції є антибіотики (цефалоспорины, фторхінолони, тетрацикліни та інші), дози яких визначають згідно анотацій до ліків; ін'єкційні препарати більш ефективні, ніж прийняті всередину, оскільки в різних людей із різних причин неоднакова всмоктуваність препаратів у шлунково-кишковому каналі.

6. Із метою запобігання розвиткові алергійних реакцій на антибіотики за 30 хв до першого введення антибіотиків хворому призначають антигістамінний препарат у звичайній дозі, бажано внутрішньом'язово (дипразин, піпольфен чи інші).

7. Для хворих на хронічну чи ускладнену гонококову інфекцію курсову дозу антибіотиків збільшують, призначають також неспецифічну терапію (гоновакцину, пірогенал, біостимулятори тощо).

8. Для лікування хворих вагітних жінок гоновакцину, пірогенал не використовують, щоб не спровокувати переривання вагітності, також не використовують антибіотики, які протипоказані вагітним (тетрацикліни, фторхінолони та інші); про хворих вагітних повідомляють у жіночу консультацію для спеціального спостереження за ними до і після пологів.

9. Дотримання хворими режиму харчування (заборони вживання алкогольних напоїв), поведінки (утримання від статевих контактів тощо).

10. Місцева терапія загалом не поліпшує результатів лікування, вона неприємна і обтяжлива для хворих, тому не рекомендується.

Критерії вилікування від гонококової інфекції:

1. Припинення виділень, зникнення суб'єктивних відчуттів, відсутність гонококів при лабораторному дослідженні.

2. Через 7-10 днів після закінчення лікування з метою загострення процесу у можливо невилікуваних вогнищах ураження і виділення на поверхню слизових оболонок гонококів, де їх можна виявити за допомогою лабораторних методів, проводять **провокацію** (внутрішньом'язове введення 0,5 мл гоновакцини (50 млн мікробних тіл), пірогеналу 10-20 мкг або одночасно цих двох препаратів; рекомендують також гостру їжу, пиво (аліментарна провокація).

3. Після провокації тричі, через 1, 2, 3 дні, беруть виділення або зскрібок зі слизової оболонки уретри, парауретральних проток, нитки із сечі, секрет передміхурової залози і сім'яних міхурців, у жінок – з уретри, каналу шийки матки, прямої кишки для лабораторного дослідження.

4. У випадку відсутності скарг, клінічних симптомів і негативного результату лабораторного обстеження хворих залишають на диспансерному обліку і такі ж дослідження проводять через 1-1,5 місяці. У жінок матеріал для лабораторного дослідження беруть через 1-2 дні після закінчення менструації, яка відіграє роль фізіологічної провокації, упродовж 2-3 менструальних циклів. Якщо і після такого дослідження результати негативні, стан додаткових залоз нормальний, то хворих знімають із диспансерного обліку. На увесь цей час хворим забороняють статеві контакти.

5. Особи, у яких не встановлено і не обстежено джерело інфікування (можливе одночасне зараження сифілісом), підлягають щомісячному клініко-серологічному контролю впродовж 3 місяців.

Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом

1. Індивідуальна профілактика.

1.1. Використання 0,05 % водного розчину хлоргексидину біглюконату (пластмасові флакони по 100 мл)

Спосіб застосування для чоловіків:

- а) випускають сечу і ретельно миють руки з милом;
- б) статеві органи, промежину, прилеглі частини стегон теж ретельно миють теплою водою з милом і висушують;
- в) названі ділянки протирають тампоном, просякнутим розчином хлоргексидину біглюконату;
- г) у передню частину сечовипускального каналу (уретри) очною піпеткою вводять 1-2 мл цього розчину, затискають зовнішній отвір двома пальцями на 2-3 хвилини і відпускають, після цього не випускають сечі впродовж 2 год;
- д) на оброблені ділянки накладають марлеві салфетки для захисту статевих органів від забрудненої білизни, яку в найближчий час змінюють.

Спосіб застосування для жінок:

а), б), в) як у чоловіків;

г) спринцівкою зі стерильним (прокип'яченим) наконечником у піхву вводять 150-200 мл 0,05 % розчину хлоргексидину біглюконату з наступним введенням у сечовипускальний канал (уретру) 1-1,5 мл цього ж розчину очною піпеткою;

д) як у чоловіків.

Цей спосіб індивідуальної профілактики найефективніший, якщо він проведений не пізніше 2 год після кожного статевого зв'язку.

1.2. Використання цидиполу – комбінованого препарату, який має бактерицидну дію щодо блідих трепонем, гонококів, трихомонад; у спеціальних флаконах, вміст яких розрахований на одну процедуру для чоловіків.

Спосіб застосування (тільки для чоловіків):

а) випускають сечу;

б) миють руки і статеві органи теплою водою з милом;

в) відкривають флакон, одягають кришку-крапельницю і зрізають її кінчик;

г) тримаючи флакон у правій руці, пальцями лівої руки розкривають зовнішній отвір сечовипускального каналу;

д) конічний кінчик крапельниці вводять у сечовипускальний канал, натискають на стінки крапельниці і вводять в уретру 1-1,5 мл розчину;

е) затискають зовнішній отвір сечовипускального каналу пальцями лівої руки, затримують рідину в каналі на 2-3 хв і потім відпускають;

є) рідиною, яка залишається, обробляють статевий член, мошонку, внутрішню поверхню стегон, злегка втираючи її рукою;

ж) після цієї процедури не випускають сечу впродовж 2-3 год;

з) процедура ефективна, якщо проведена не пізніше 3 год після статевого акту.

Можливі побічні явища: відчуття печіння і болючості у сечовипускальному каналі, які самі минають впродовж кількох хвилин.

Протипоказання: гостре запалення сечовипускального каналу (уретрит), запалення шкіри статевих органів.

1.3. Використання презервативів.

2. Громадська профілактика.

2.1. Широка санітарно-просвітня робота серед населення, передусім молоді: інформування про стан захворюваності у державі, області, районі, населеному пункті тощо; пояснення природи і причин цієї групи хвороб, шляхів передачі (зараження), можливих проявів і ускладнень, використання засобів індивідуальної профілактики тощо – шляхом індивідуальних чи групових бесід, лекцій, публікацій у пресі, виступів по радіо, телебаченню.

2.2. Проведення профілактичних оглядів так званих декретованих контингентів (працівників дитячих закладів, установ громадського харчування, працівників громадського транспорту тощо), які регламентуються відповідними інструкціями МОЗ.

2.3. Обстеження груп ризику (особи легкої поведінки, алкоголіки, наркомани, гомосексуалісти, волоцюги тощо).

2.4. Всебічне обстеження:

- а) вагітних із постановкою реакції Вассермана у кожному триместрі;
- б) донорів на предмет виявлення сифілісу і СНІДу;
- в) серологічне обстеження стаціонарних хворих на предмет виявлення прихованого сифілісу;
- г) урологічних та гінекологічних хворих із хронічними запальними процесами з метою виявлення цієї групи хвороб.

2.5. Своєчасне виявлення хворих, раціональне лікування, диспансерне спостереження за перехворілими з періодичним клінічним та лабораторним контролем.

2.6. Обстеження осіб, що були у статевому контакті або тісному побутовому контакті (малі діти) із хворими.

2.7. Облік хворих згідно встановлених правил, детальний систематичний аналіз захворюваності, її динаміки диспансерами та спеціалізованими кабінетами.

2.8. Збереження медичним персоналом лікарської таємниці щодо цього контингенту хворих, організація анонімного платного обстеження та лікування таких пацієнтів.

2.9. Профілактичні заходи щодо попередження алкоголізму, наркоманії, які створюють ґрунт для поширення цієї групи хвороб.

2.10. Законодавче забезпечення державних заходів боротьби з розповсюдженням цих хвороб.

Контрольні питання

1. Які можливі шляхи зараження гонококовою інфекцією?
2. Як класифікують за перебігом гонококову інфекцію?
3. Які основні клінічні симптоми свіжого гострого гонококового уретриту?
4. Які найчастіші ускладнення гонококового уретриту в чоловіків?
5. Які можливі ускладнення гонококової інфекції у жінок?
6. Чим підтверджують діагноз гонококової інфекції?
7. Яка група препаратів є основною в лікуванні гонококової інфекції?
8. Що таке провокація, чим і коли вона проводиться?
9. Які є види профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом?
10. Які препарати застосовують для індивідуальної профілактики хвороб, що передаються статевим шляхом?

Ситуаційні задачі

1. Як доросла людина може заразитись гонококовою інфекцією?
 - А. Через потиск руки.
 - Б. Через туалет.
 - В. Статевим шляхом.
 - Г. Через рушник.
 - Д. Через постіль.

2. У хворого в анамнезі були виділення з уретри, займався самолікуванням, а тепер відчув біль у правому яєчку, підвищилась температура тіла, яєчко збільшене, болюче. Про яке ускладнення слід подумати?

- А. Простатит.
- Б. Епідидиміт.
- В. Парафімоз.
- Г. Баланопростит.
- Д. Фімоз.

3. Для лабораторного підтвердження діагнозу гонококової інфекції на дослідження у хворого беруть:

- А. Кров із вени.
- Б. Кров із пальця.
- В. Виділення з уретри.

4. У хворого свіжий гострий гонококовий уретрит, які препарати показані?

- А. Протизапальні.
- Б. Протигрибкові.
- В. Противірусні.
- Г. Антибіотики.

5. Які продукти забороняють споживати хворим на гострий гонококовий уретрит?

- А. Жирні.
- Б. М'ясні.
- В. Солодкі.
- Г. Алкогольні.

6. Який препарат призначають перед введенням пеніциліну з метою попередження алергійних реакцій?

- А. Метронідазол.
- Б. Гризеофульвін.
- В. Піпольфен.
- Г. Доксидиклін.
- Д. Індометацин.

7. Який препарат використовують з метою проведення провокації гонококової інфекції?

- А. Хлоргексидин.
- Б. Гоновакцину.
- В. Метронідазол.
- Г. Індометацин.
- Д. Аспірин.

8. Через який час проводять перший контроль вилікуваності від гонококової інфекції?

- А. 1 місяць.
- Б. 2 місяці.
- В. 3 місяці.
- Г. 6 місяців.
- Д. 10 днів.

9. Який шлях введення гоновакцини?

- А. Внутрішньовенний.
- Б. Внутрішньом'язовий.
- Д. Підшкірний.

10. Неспецифічну терапію призначають у випадку:

- А. Гострої гонококової інфекції.
- Б. Хронічної гонококової інфекції.

Еталони відповідей до ситуаційних задач

Номер задачі: 1 – В (статевим шляхом).

2 – Б (епідидиміт).

3 – В (виділення з уретри).

4 – Г (антибіотики).

5 – Г (алкогольні).

6 – В (піпольфен).

7 – Б (гоновакцину).

8 – Д (10 днів).

9 – Б (внутрішньом'язовий).

10 – Б (хронічної гонококової інфекції).

Розділ XIV

Практичні навички

Діагностичні процедури

Забір матеріалу з метою виявлення коростяного кліща

Існує кілька способів забору матеріалу:

1. На вузлик чи сліпий кінець коростяного ходу наносять краплю мінерального мастила для розпушування епідермісу, через кілька хвилин зрізають елемент лезом так, щоб не виступила кров, і переносять на предметне скло для дослідження під мікроскопом.

2. Метод лужного препарування: на елемент висипки піпеткою кілька разів наносять 10 % розчин лугу, а потім зрізають лезом чи зішкрябують його, добутий матеріал переносять на предметне скло, накривають покривним скельцем, злегка натискають і через 10 хвилин розглядають під мікроскопом.

3. Із сліпого кінця коростяного ходу під контролем збільшувального скла витягують голкою коростяних кліщів.

Забір матеріалу для дослідження на виявлення грибків

1. Для досліджень на виявлення грибків у хворих залежно від характеру уражень беруть: лусочки, покривки пустул і везикул, кірочки, волосся, нігті, зскрібки зі слизових оболонок.

2. Матеріал беруть із периферії вогнищ, де внаслідок інтенсивного розмноження є найбільша кількість збудників і найвірогідніші шанси на їх виявлення.

3. Довге чи пушкове волосся, пеньки обламаного волосся висмикують епіляційним пінцетом, кладуть на предметне скло, якщо це робиться безпосередньо у лабораторії, чи у паперовий згорток і відправляють у лабораторію для дослідження.

4. Матеріал з уражених нігтів беруть:

а) зішкрябуванням ділянок нігтів, що кришаться, скальпелем;

б) зрізанням уражених ділянок нігтів ножицями чи щипчиками.

5. Лусочки зішкрябують із периферійних ділянок уражених поверхонь на предметне скло чи папір для відправлення у лабораторію.

6. Із везикул, пустул, що на периферії вогнищ, зрізають покоришки чи їхні залишки ножицями (лезом) і кладуть на предметне скло чи папір теж для передачі у лабораторію.

7. Із уражених слизових оболонок, це у випадках кандидозу, шпателем чи мікробіологічною петлею обережно, щоб не травмувати слизову оболонку, зішкрябують наліт, переносять на предметне скло і відправляють у лабораторію.

Забір матеріалу для дослідження на наявність акантолітичних клітин

Це дослідження проводять із метою підтвердження діагнозу звичайного пемфігусу.

1. Предметне скло протирають спиртом, висушують.

2. Скло притискають до недавно утворених і незмазуваних ліками ерозій або руйнують пінцетом пупир і до ерозивної поверхні притискають предметне скло. Внаслідок такої процедури так звані акантолітичні клітини, які втратили зв'язок із сусідніми клітинами, прилипають до поверхні предметного скла, яке відправляють у лабораторію для забарвлення за методом Романовського-Гімзи і дослідження.

3. Якщо ерозії локалізуються тільки на слизовій оболонці, то забір матеріалу проводять так:

а) кип'ятять учнівську гумку;

б) до ерозій притискають стерильну гумку;

в) поверхню гумки, що дотикалась до ерозії, притискають до предметного скла, переносячи таким чином акантолітичні клітини на нього, і відправляють у лабораторію.

Забір матеріалу для дослідження на предмет виявлення блідої трепонеми

Процедуру проводять із метою підтвердження діагнозу сифілісу і виконують у рукавичках.

1. Матеріал беруть із поверхні твердого шанкру, широких сифілітичних кондилом, мокнучих ерозивних папул, які розміщуються переважно в ділянці статевих органів, ануса, складок і мають на своїй поверхні величезну кількість збудників, тому маніпуляції виконують у рукавичках, а після завершення процедури руки протирають спиртом, під впливом якого блідої трепонеми швидко гинуть.

2. Із метою очищення поверхонь, звідки беруть матеріал, зменшення запальних явищ, а також посилення виділення серозного ексудату, в якому є багато збудників, впродовж доби застосовують примочки з ізотонічним розчином.

3. За 2-3 год до взяття матеріалу використовують для примочок гіпертонічний розчин (10 % розчин натрію хлориду).

4. Безпосередньо перед взяттям матеріалу знову призначають примочки ізотонічного розчину.

5. Ватним тампоном, змоченим у фізіологічному розчині, протирають ерозивну чи виразкову поверхню.

6. Стискають шанкр із боків пальцями (у рукавичках) або подразнюють поверхню, з якої беруть матеріал, прогладжуванням стерильною мікробіологічною петлею з метою посилення виділення серозного ексудату, у якому багато збудників, так, щоб не спричинити кровотечі.

7. Тканинну рідину мікропіпеткою або стерильною (прожарюють у полум'ї спиртівки і охолоджують) мікробіологічною петлею, переносять на предметне скло (можна додати краплю фізіологічного розчину) та негайно накривають покривним скельцем (висихання препарату неприпустимо).

8. Терміново досліджують у темному полі мікроскопа при 135-разовому збільшенні.

Забір крові для постановки серологічних реакцій на сифіліс – реакції Вассермана, реакції імунофлюоресценції (РІФ)

1. Перед взяттям крові хворий не повинен вживати алкоголь, наркотики, жирну їжу; кров беруть не раніше ніж через 5-6 годин після останнього вживання їжі, найчастіше зранку натще, і не раніше 5-7 днів після вакцинації, пологів, операцій, великих травм, тому що у цих випадках можливі неспецифічні позитивні результати (реакції позитивні за відсутності сифілісу).

2. Кров беруть голкою для внутрішньовенних ін'єкцій, 10-грамовим шприцом, в об'ємі 5-6 мл.

3. Знімають голку із шприца.

4. Кров зі шприца повільно по стінці виливають у чисту і суху пробірку, щоб не утворювалася піна.

5. Пробірку закривають ватним тампоном і залишають на 2 години при кімнатній температурі.

6. Через 2 години пробірки з кров'ю відправляють у лабораторію в штативі і біксі.

Реакція іммобілізації блідих трепонем (РІБТ)

1. Після останньої ін'єкції пеніциліну кров для постановки реакції беруть через 7 днів, через 2-3 тижні після введення дюрантних препаратів у вигляді суспензії (екстенциліну, ретарпену, біцилінів), тому що антибіотик має токсичний вплив на трепонеми, спричиняючи неспецифічну їх іммобілізацію (знерухомлення), що порушує процес відтворення реакції.

2. Кров беруть із ліктвової вени, як і для постановки реакції Вассермана (5-8 мл).

3. Сироватку крові можна зберігати 4-6 днів при температурі 4-6 °С і 10-15 днів – при температурі 15-20 °С.

Мікрореакція преципітації для експрес-діагностики сифілісу

1. У пробірку кінчиком ножа насипають щіпку лимоннокислого натрію (щоб не згорнулась кров).

2. 4-й палець кисті обробляють спиртом, проколюють голкою.

3. У пробірку з лимоннокислим натрієм додають 0,5-1 мл досліджуваної крові.

4. Кров центрифугують 4-5 хв.

5. Плазму відсмоктують піпеткою для дослідження.

Методика взяття матеріалу для бактеріоскопічного дослідження з метою виявлення гонококів, трихомонад

Матеріальне забезпечення: гумові рукавички, фізіологічний розчин, спиртівка, спирт, вата, сірники, предметні скельця, мікробіологічна петля, мило, рушник, розчин перманганату калію, бланки направлень у лабораторію.

Забір матеріалу для досліджень у чоловіків:

1) з уретри (перед цим хворі не повинні випускати сечу впродовж 6 годин, щоб не змити виділень зі збудниками):

- миють руки з милом під проточною водою, витирають рушником;
- одягають гумові рукавички;
- ватним тампоном, змоченим у фізіологічному розчині, видаляють виділення, які вільно стікають;

- хворий робить масаж статевого члена від кореня до голівки, витискаючи виділення;
- мікробіологічну петлю прожарюють у полум'ї, охолоджують;
- стерильною петлею беруть виділення і рівномірно тонким шаром розтирають на знежиреному (його протирають спиртом) предметному склі;
- у разі відсутності виділень стерильну мікробіологічну петлю обережно, повільно вводять в уретру на глибину 2-3 см;
- легенько притискаючи петлю до стінки уретри роблять зскрібки зі слизової оболонки уретри і розтирають їх на предметному склі;
- препарат висушують на повітрі при кімнатній температурі;
- на склі роблять позначку “У” (уретра);
- оформляють супровідне направлення в лабораторію, де вказують прізвище та ініціали хворого, звідки взято матеріал, дату, прізвище лікаря (у випадку анонімного обстеження вказують тільки код хворого);

2) із простати беруть сік, який витікає з уретри після її масажу, і роблять мазок, як і у випадку взяття виділень з уретри.

Забір матуріалу для дослідження у жінок, дівчаток:

1) з уретри і піхви:

- миють руки з милом під проточною водою, витирають рушником;
- одягають гумові рукавички;
- на гінекологічному кріслі обмивають зовнішні статеві органи розчином перманганату калію (1:5000) зверху вниз у напрямку прямої кишки, висушують марлевим тампоном;
- розводять статеву щілину 1-м і 2-м пальцями лівої руки;
- роблять масаж уретри пальцем, введеним у піхву;
- надалі взяття матеріалу з уретри і піхви (зі заднього склепіння) здійснюють, як у чоловіків, роблячи на предметному склі позначки “У” (уретра) і “П” (піхва);
- виділення із бартолінових залоз беруть після масажу, роблять позначку “Б” (бартолінова залоза);

2) із цервікального каналу:

- шийку матки протирають сухим стерильним тампоном;
- стерильну мікробіологічну петлю обережно вводять у канал шийки на глибину 1-2 см і легенько зішкрябують секрет;

– взятий матеріал розтирають тонким рівномірним шаром на знежиреному предметному склі;

– роблять позначку “Ш” (шийка);

– надалі, як у чоловіків;

3) із прямої кишки:

– ділянку заднього проходу протирають розчином перманганату калію, осушують;

– стерильною мікробіологічною петлею беруть зскрібок зі слизової оболонки прямої кишки на глибині 3-4 см;

4) методом промивних вод:

– катетер із подвійним током вводять у пряму кишку на глибину 3-4 см;

– через катетер пропускають 200 мл води кімнатної температури;

– із промивної води пінцетом витягують гнійні нитки і тонким шаром петлею рівномірно розтирають на предметному склі;

– роблять позначку “ПК” (пряма кишка), надалі, як із уретри.

Методика взяття матеріалу для бактеріологічного дослідження:

1) миють руки з милом і висушують рушником;

2) матеріал беруть так, як і для бактеріоскопії;

3) витягають стерильний ватний тампон із пробірки зі живильним середовищем;

4) мікробіологічною петлею взятий матеріал легенько розтирають штрихами на поверхні живильного середовища;

5) закривають пробірку стерильним тампоном, не торкаючись пальцями тієї частини тампона, що входить у пробірку;

6) пробірку зі живильним середовищем поміщають у термостат;

7) із поверхні мигдаликів, глотки матеріал беруть зранку до вживання їжі, зіскрябуючи стерильною мікробіологічною петлею зі слизової оболонки, і переносять на живильне середовище;

8) оформляють направлення і матеріал відправляють у лабораторію.

Лікувальні процедури

Методика застосування примочок

1. Примочки застосовують для місцевої терапії дерматозів. Вони мають протизапальні, в'яжучі та дезінфікувальні властивості залежно від їх складу, а також судинозвужувальний (протизапальний) ефект внаслідок випаровування рідини і охолодження поверхні шкіри, тому рідина для примочок повинна бути кімнатної температури.

2. Показання для застосування примочок:

- а) вологі ділянки ураження: екзема в стадії загострення і мокнення, гострі дерматити з явищами мокнення;
- б) виражені набряк і еритема в ділянці ураження;
- в) ділянки ураження з наявністю бульозних елементів після їх проколнування чи руйнування.

3. Протипоказання для застосування примочок:

- а) сухість шкіри;
- б) наявність тріщин, гіперкератозу (посиленого зроговіння шкіри);
- в) ліхеніфікація.

4. Для примочок використовують 1-2 % розчин борної кислоти, 3-10 % розчин іхтіолу (неприємний запах, забруднює білизну), 0,25 % розчин амідопірину, відвари лікарських трав (кори дуба, звіробію, шавлії тощо).

5. Спосіб застосування:

- а) бинт чи марлю відповідного розміру (площею місця ураження) складають у 3-5 шарів;
- б) складений бинт чи марлю змочують у потрібному розчині;
- в) віддушують, щоб не стікала рідина;
- г) накладають на уражені ділянки на 10-20 хвилин таким чином, щоб тканина торкалася уражених ділянок;
- д) через 10-20 хвилин знімають бинт чи марлю і знову змочують у розчині, віддушують і накладають на уражені ділянки;
- е) таку зміну примочок повторюють впродовж 1,5-2 годин;
- є) одногодина перерва і, знову повторити такі кілька сеансів на день впродовж кількох днів, доки не припиниться мокнення, не зменшиться еритема і набряк.

Методика застосування мазей

1. **Звичайне змащування** 1-3 рази на день.
2. **Втирання мазей** у ліхеніфіковані сухі ущільнені ділянки.
3. **Під оклюзійну пов'язку** (під оклюзію) за наявності обмежених щільних ліхеніфікованих бородавчастих уражень (псоріаз, простий хронічний лишай, червоний плоский лишай тощо):

а) змащують маззю уражену ділянку;

б) на змащену ділянку накладають поліетиленову плівку і герметично (по периферії) заклеюють лейкопластирем (якщо вогнища невеликі) або щільно зав'язують у разі великої площі ураження. При цьому волога, яку виділяє шкіра, розпушує епідерміс і сприяє глибокому проникненню ліків;

в) під оклюзію застосовують дві групи мазей:

– кортикостероїдні мазі: їх ефективність у таких випадках посилюється у 10-100 разів, а стероїди можуть зберігатись у роговому шарі до 2 тижнів (без оклюзії до двох днів).

– кератолітичні мазі: мазі із 5, 10, 20, 50 % саліцилової кислоти, карбодерм (5 і 10 % сечовини), преднікарб (преднізолон + 10 % сечовини); вони розм'якшують рогові нашарування і сприяють проникненню ліків у глибину шкіри. Перед застосуванням цих мазей бажані гарячі ванночки, що ще більше сприяє проникненню ліків у глибину уражених ділянок;

г) оклюзійні пов'язки накладають на строк від 1 до 3 днів;

д) оклюзійні пов'язки, застосовані через день, такі ж ефективні, як і щоденні;

е) тандем-застосування кортикостероїдних мазей циклами впродовж 5-6 днів із 1-2-денними перервами, це сприяє відновленню судинозвужувальної дії стероїдів.

Методика застосування збовтувальних сумішей

1. Збовтувальні суміші (бовтанки) складаються приблизно із 30 % порошків (оксиду цинку, тальку, крохмалю) і 70 % рідини (води, спирту, гліцерину). Гліцерин сприяє утриманню порошків на шкірі.

2. Збовтувальні суміші діють поверхнево, протизапально, підсушують ділянки ураження.

3. Показання: розповсюджені (дисеміновані) запальні процеси (рожевий пітиріаз, дерматити тощо).

4. Спосіб застосування:

а) збовтувальну суміш перед застосуванням добре збовтують із метою утворення рівномірної суміші, тому що порошки не розчиняються;

б) наливають суміш у лоток (мисочку);

в) марлевий тампон добре змочують у суміші;

г) змоченим тампоном злегка протирають уражені ділянки;

д) після висихання через 10-15 хв хворий може одягнутись.

Методика застосування паст

Є два способи застосування паст:

1. Пастою рівномірно, тонким шаром змазують уражені ділянки, використовуючи шпатель.

2. На марлеву салфетку наносять шпателем рівномірний, тонкий шар пасту і накладають на уражені ділянки так, щоб паста прилягала до шкіри.

Методика внутрішньом'язового введення суспензій кортикостероїдів

1. Суспензії (кристалічна суміш у розчиннику) кортикостероїдів (кеналог-40-триамцинолон; депомедрол-метилпреднізолон; дипроспан-бетаметазон) вводять тільки внутрішньом'язово; **внутрішньовенне введення категорично заборонено (можливий розвиток емболії і смерть)**. Повільно розсмоктуючись, вони тривало діють (від 10 днів до кількох тижнів). Якщо ці суспензії потрапляють у підшкірну клітковину, то можуть спричинити розвиток атрофії (шкіра западає і утворюється стійкий, незворотний косметичний дефект). Кеналог-40 і дипроспан випускають у ампулах по 1 мл; депомедрол у флаконах у вигляді порошку, який розчиняють водою для ін'єкцій, що додається в ампулах до флакона.

2. Ампулу добре струшують, щоб утворилась рівномірна суміш, якщо ампули зберігались у холодильнику, їх нагрівають, тримаючи у долоні.

3. Ампулу розрізають і вміст повільно набирають в 1 чи 2-грамовий шприц, голка 0,8'40 мм – щоб суспензія потрапила у м'язи.

4. Залишки суспензії на стінках ампули струшують і витягують у шприц.

5. Легким натискуванням на поршень шприца випускають повітря, так, щоб не втрачати суспензії.

6. Після протирання шкіри спиртом суспензію повільно, глибоко у м'язи, вводять у верхній зовнішній квадрант сідниці.

7. Після закінчення введення суспензії це місце притискають ваткою, змоченою у спирті, щоб суспензія не виходила в підшкірну клітковину.

Методика двоментного внутрішньом'язового введення дюрантих препаратів (суспензій) пеніциліну (екстенциліну, ретарпену)

1. Із голівки флакона знімають алюмінієву пластинку.

2. Гумову пробку протирають спиртом.

3. У 10-грамовий шприц набирають 8 мл води для ін'єкцій чи фізіологічного розчину.

4. Голкою цього 10-грамового шприца проколюють гумову пробку флакона і повільно вводять воду чи фізіологічний розчин (у флакон із вмістом 2,4 млн ОД екстенциліну чи ретарпену вводять 8 мл, а у флакон із 1,2 млн ОД – 4 мл).

5. Голку залишають у флаконі, а шприц знімають.

6. Вміст флакона добре збовтують до утворення однорідної суміші.

7. Шприц вставляють в голку, що у флаконі, і набирають 4 мл суспензії.

8. Протирають шкіру верхнього зовнішнього квадранта сідниці спиртом.

9. Голку вводять глибоко в м'язи сідниці.

10. Якщо з голки, залишеної у м'язах сідниці, не з'явилась кров, то шприц із суспензією вставляють у голку і повільно вводять суспензію. Якщо ж із голки з'явилась кров, то це свідчить, що вона потрапила в судину, її витягують і вводять в інше місце.

11. У такому ж порядку роблять ін'єкцію в другу сідницю (останні 4 мл суспензії). Вводити 8 мл суспензії в одне місце не можна.

12. Після витягування голки місце ін'єкції притискають ваткою, змоченою у спирті, щоб суспензія не потрапила у підшкірну клітковину.

Методика застосування та введення гоновакцини

1. Гоновакцина в ампулах по 1 мл – це каламутна рідина жовто-сірого кольору з осадом, що складається із інактивної мікробної маси гонококів. Вона підвищує специфічну реактивність організму.

2. Гоновакцину використовують:

1) як допоміжний метод лікування гонококової інфекції поряд із застосуванням антибіотиків у випадках:

- безуспішної терапії антибіотиками;
- рецидивів гонококової інфекції;
- хронічних та торпідних форм гонококової інфекції;
- ускладненої гонококової інфекції після зменшення гострих запальних явищ.

У випадках ускладненої гонококової інфекції введення гоновакцини починають з 0,2-0,3 мл; торпідної і хронічної форм хвороби – початкові дози 0,3-0,4 мл; ін'єкції вакцини роблять з інтервалом 1-2 доби залежно від реакції, а дозу збільшують кожен раз на 0,15-0,3 мл, разова доза може бути збільшена до 1,5-2,0 мл вакцини, кількість ін'єкцій до 6-8.

2) з метою встановлення вилікуваності від гонококової інфекції (провокації) вводять 0,5 мл вакцини, якщо ж хворий одержував гоновакцину з лікувальною метою, то провокацію роблять введенням подвійної останньої терапевтичної дози, але не більше 2 мл.

3. Спосіб введення гоновакцини:

а) перевіряють цілість ампули і наявність на ній маркування (напису з назвою препарату); не можна використовувати вакцину зі зміненим зовнішнім виглядом, із сторонніми включеннями, у випадках, коли при струшуванні осад не розбивається і коли вакцина була заморожена;

б) ампулу збовтують до одержання рівномірної суміші;

в) ампулу зрізають;

г) вміст ампули набирають у шприц;

д) шкіру на місці введення вакцини в сідничній ділянці протирають спиртом;

е) гоновакцину вводять внутрішньом'язово;

є) зрізана (відкрита) ампула не підлягає зберіганню;

ж) категорично заборонено вводити гоновакцину внутрішньовенно (небезпека емболії).

4. Реакція на введення гоновакцини може бути:

а) загальна (підвищення температури тіла, нездужання, головний біль);

б) вогнищева (посилення виділень, болючість в основному вогнищі ураження);

в) місцева (болючість у місці ін'єкції).

5. Протипоказання до застосування гоновакцини:

а) активний туберкульоз;

б) органічні ураження серцево-судинної системи;

в) гіпертонічна хвороба;

г) тяжкі хвороби нирок, печінки;

д) алергійні хвороби;

е) менструація;

є) тяжка анемія;

ж) виснаження.

6. Умови зберігання гоновакцини: у закритих, сухих, темних приміщеннях при температурі $(6\pm 2)^\circ\text{C}$.

Обробка вогнищ гноячкових дерматозів

Оскільки гноячкові хвороби (імпетиго, фурункул, карбункул, ектима, фолікуліти) здатні до автоінокуляції, тобто перенесення збудників контактним шляхом (руками, під час миття у ванній тощо), необхідно дотримуватись певних правил, щоб цього уникнути.

1. Хворим забороняють митися у ванній, оскільки через воду збудники можуть переноситись на здорові ділянки, а тепла чи гаряча вода сприяє мацерації, розм'якшенню епідермісу і тим самим проникненню стафілококів, стрептококів.

2. Коротко обстригають нігті, особливо у дітей, з метою уникнення розчухів, що створюють нові входні ворота для проникнення збудників у шкіру.

3. Часто обробляти нігті впродовж дня левоміцетиновим чи борним спиртом із метою знищення збудників, які є на нігтях.

4. Здорову шкіру навколо вогнищ змащують від периферії до центру (в напрямку вогнища) дезінфікувальними розчинами (борним, саліциловим чи левоміцетиновим спиртом, спиртовим розчи-

ном йоду, бетадином, біглюконатом хлоргексидину, фукорцином тощо) з метою запобігання розвитку нових ділянок ураження, оскільки шкіра навколо основного вогнища піодермії найбільше заражена стафілококами чи стрептококами.

5. На піодермічні вогнища категорично заборонено накладати компреси з поліетилену, паперу тощо, тому що це створює своєрідний термостат і сприяє розмноженню бактерій, збільшенню кількості гною, розвитку алергійної висипки.

6. За наявності у вогнищах кірочок їх обережно знімають пінцетом, щоб не спричинити кровотечі, якщо кірочки неможливо відділити (гангренозні, чорні чи дуже сухі), то на вогнища спочатку накладають дезінфікувальні мазі (стрептоцидову, мірамістинову чи лініменти стрептоцидовий, синтоміциновий тощо), що сприяє розпушуванню кірочок, і тоді вони легко знімаються. Зняття кірочок необхідне для того, щоб створити доступ дезінфікувальних засобів до ерозивної чи виразкової поверхні, що сприятиме загоєнню; у товщі кірочок є величезна кількість збудників, і їх видалення сприяє зменшенню кількості збудників у вогнищі, а, отже, загоєнню.

7. Після зняття кірочок марлевими тампонами, змоченими у розчині перекису водню, частим доторканням до виразкової поверхні, очищають виразкову поверхню від гною, залишків кірочок тощо, що створює сприятливий ґрунт для дії дезінфікувальних розчинів, лініментів, мазей і сприяє загоєнню.

8. На очищену ерозивну чи виразкову поверхню накладають мазі чи лініменти, рівномірно на усю поверхню.

9. На день у тих місцях, де мазі не витираються одежею, ерозивні чи виразкові поверхні залишають відкритими.

10. На ніч у тих місцях, де мазі можуть витиратись одежею, на вогнища після нанесення мазей накладають марлеві пов'язки.

11. Якщо ж вогнища ураження дуже вологі, схильні до ексудації (виділення серозної чи гнійної рідини), то спочатку, особливо на день, призначають дезінфікувальні примочки для зменшення ексудації, а на ніч накладають мазь.

Обробка волосистої частини голови у хворих на дерматофітію

1. Хворим на **мікроспорію**, переважно дітям, один раз на тиждень голять голову з метою видалення уражених частин волосся, які

містять багато грибків, а також навколишнього здорового волосся, забираючи таким чином ʼрунт, на якому розмножуються грибки. Це також дозволяє чітко побачити вогнища ураження. Персонал працює в рукавичках.

2. Після цієї процедури миють голову з милом, що дозволяє механічно видалити залишки волосся.

3. Уражені ділянки змащують спиртовим розчином йоду чи йодидцерином, які пригнічують розмноження грибків.

4. Вогнища **інфільтративно-гнійної трихофітії на голові, у ділянці бороди**: за наявності гною, кірочок спочатку механічно очищають вогнища (знімають кірочки, марлевими тампонами промокальними рухами видаляють гній), потім застосовують дезінфекційні примочки або **аплікації тертої картоплі** (терту картоплю дещо відтискають і у вигляді паляничок накладають на вогнища, фіксуючи бинтом на 2-3 години до висихання, потім знімають і накладають нові впродовж кількох днів до очищення вогнищ від гною і зменшення запальних явищ), що згодом дозволяє використовувати для місцевої терапії йодидцерин, протигрибкові мазі.

5. Видалене волосся, кірочки, тампони з гноем збирають у поліетиленові мішечки і спалюють.

6. Головні убори дезінфікують чи спалюють, якщо вони не дуже цінні.

7. Персонал після обробки вогнищ ретельно дезінфікує руки відповідними розчинами.

Лікування корости

I. Загальні правила.

1. Обробляти слід усю поверхню тіла, крім голови у дорослих, а не тільки уражені ділянки. У маленьких дітей обробляють волосисту частину голови і обличчя, оскільки ці ділянки у дітей також уражає коростяний кліщ.

2. Протикоростяний препарат потрібно легко втирати в шкіру, особливо ретельно обробляти руки, ноги, пахвові ділянки, мошонку, промежину; після миття рук повторно втирають препарат.

3. Уникати попадання препаратів в очі і на слизові оболонки.

4. Одночасно із протикоростяними препаратами не слід застосовувати інші зовнішні засоби, за наявності ускладнень (гноячкових

хвороб) використовують антибактерійні препарати всередину чи у вигляді ін'єкцій.

5. Лікування доцільно проводити у вечірній час, між 18 і 21 годинами, враховуючи біоритм життєдіяльності коростяного кліща (тоді він прокладає ходи).

6. Одночасне лікування всіх осіб, що знаходились у статевому чи тісному побутовому контактах із хворим, щоб уникнути повторного зараження.

7. Дезінфекція натільної і постільної білизни, щоб із неї кліщі та личинки повторно не потрапили на шкіру.

II. Лікування корости 25 % кремом бензилбензоату (туби-ки по 40 і 80 г)

1. Ванна (душ), зміна натільної і постільної білизни.

2. Крем рівномірно легко втирають у всю поверхню шкіри (від шиї до п'ят у дорослих), у ділянку голови й обличчя у малих дітей (до 3-4 років), особливо ретельно в ділянки, де є висипка. З рук препарат не змивають не менше 3 год, а після їх миття втирання повторюють.

3. На 2-й і 3-й день не миються, не міняють білизни і не втирають препарат.

4. На 4-й день: ванна, зміна білизни, повторне втирання.

5. На 5-й і 6-й день не миються, не міняють білизни і не втирають препарат.

6. На 7-й день: ванна, зміна білизни, одужання.

Для дорослих на одне втирання необхідно приблизно 80-100 г крему.

III. Лікування корости простою сірчаною маззю (33 %).

1. Ванна (душ), зміна натільної і постільної білизни.

2. Мазь помірно втирають у всю поверхню шкіри (від шиї до п'ят у дорослих), особливо ретельно у місця висипки, щоденно (всього 6 втирань, тобто 6 днів). Обов'язково потрібно митися перед втиранням мазі (профілактика подразнення шкіри сірчаною маззю), але не змінювати натільну білизну.

3. Після кожного миття рук втирання мазі в ділянку кистей повторюють.

4. На 7-й день: ванна, зміна натільної і постільної білизни, одужання.

5. Для лікування маленьких дітей (до 3-4 років) використовують 10-15 % сірчану мазь.

IV. Лікування корости аерозолем “Спрегаль”.

1. Обробку шкіри проводять увечері (18-19-та година).
2. Розпилюють аерозоль далеко від будь-якого джерела вогню.
3. Хворий повинен стояти на рушнику.
4. Препарат розпилюють на відстані 20-30 см від тіла зверху вниз (тулуб, кінцівки, крім обличчя і волосся у дорослих; оброблені ділянки стають блискучими).

5. Більш ретельно зрошують ділянки між пальцями рук і ніг, руки з внутрішньої сторони, підошви, статеві органи і місця, де найбільша висипка.

6. Після обробки хворі не повинні митися протягом 12 годин, після миття рук знову обробити їх аерозолем; після зміни пелюшок у грудних дітей ділянку сідниць знову обробляють препаратом.

7. Після обробки тіла одягають чисту білизну.

8. Через 12 годин після обробки аерозолем, добре вмиваються і ретельно споліскуються.

Застереження: 1) не розпилювати препарат на обличчя;

2) у випадку попадання препарату в очі ретельно промити їх водою;

3) при обробці поверхні тіла у грудних дітей і дітей до 5 років закривати рот і ніс салфеткою;

4) обробку обличчя у малих дітей проводити ватою, змоченою “Спрегалем”;

5) паралельно з лікуванням виконувати дезінфекцію натільної і постільної білизни.

Лікування вошивості (педикульозу)

I. Педикульоз голови лікується:

1. Аерозолем “Пара-плюс”(містить 0,5 % перметрину)

– короточасним натискуванням (протягом 1 секунди) на голівку: флакона препарат розпилюють на шкіру голови і по всій довжині волосся. Одного флакона достатньо для обробки голови у 3-4 хворих;

– після цього впродовж 10 хвилин не одягають шапку і не покривають волосся рушником;

– через 10 хвилин промивають волосся м'яким шампунем;

- мертві гниди видаляють розчісуванням густим гребінцем;
- препаратом обробляють вироби, що контактували з хворим (подушки, головні убори, комірці пальт тощо), щоб не було повторного зараження.

2. Нітиформ (0,5 % водно-спиртовим розчином перметрину):

- обробку проводять у приміщенні, що добре провітрюється, або на відкритому повітрі;
- волосся голови добре змочують цим розчином і ватним тампоном втирають у коріння волосся (10-60 мл для одного хворого залежно від густоти та довжини волосся);
- на 40 хвилин голову зав'язують косинкою;
- через 40 хвилин препарат змивають теплою проточною водою з милом або шампунем для волосся;
- після миття волосся розчісують густим гребінцем для видалення мертвих комах.

Застереження: а) уникати попадання рідини на слизові оболонки очей, носа, рота;

б) у разі попадання препарату на слизові оболонки їх необхідно промити проточною водою;

в) після обробки вимити руки і прополоскати рот.

3. Емульсію бензилбензоату 20 % (флакони по 50 і 100 г):

- добре збовтують препарат у флаконі;
- емульсією змочують ватний або марлевий тампон;
- втирають змоченим в емульсії тампоном у волосисту частину голови і волосся по всій довжині (приблизно 25 г емульсії на одного хворого);
- голову зав'язують косинкою на 30 хвилин;
- змивають препарат проточною водою і споліскують волосся теплим 5 % розчином оцту;
- волосся миють із милом або шампунем;
- потім розчісують густим гребінцем для видалення гнид;
- ефективність лікування визначають через добу, за необхідності лікування повторюють.

Застереження: а) уникати попадання препарату на слизові оболонки очей, носа, рота;

б) не застосовувати препарат за наявності в місцях обробки гноячкових хвороб.

II. Фтириаз (лобковий педикульоз) лікують:

1. Нітиформ як і педикульоз голови.

2. Спрей-паксом (аерозолем у флаконах) таким чином:

– розпилюють короткими натисканнями до повного змочування волосся і всієї лобкової ділянки; не допускають попадання на слизові оболонки очей, носа, рота;

– залишають оброблену препаратом ділянку на 30 хвилин;

– миють з милом і добре споліскують уражену ділянку.

Застереження: а) не розпилювати біля вогню;

б) протипоказаний у разі алергії до препарату;

в) при попаданні на слизові оболонки промити великою кількістю води;

г) не застосовувати препарат, якщо в ділянці обробки є гноячки чи запалення;

д) одночасно лікувати статевих партнерів;

є) дезінфікувати (випрати у гарячій воді) натільну і постільну білизну.

Догляд за порожниною рота у хворих на звичайний пемфігус з ураженням слизової оболонки рота

За наявності пухирців на слизовій оболонці рота вони швидко руйнуються, утворюючи болючі ерозії. А присутність у порожнині рота великої кількості мікробів, дріжджових грибків (вони є і у здорових людей, а великі дози кортикостероїдних препаратів, які застосовують для лікування пемфігусу, сприяють посиленому розмноженню дріжджових грибків) призводить до посилення запальних явищ і болючості. Залишки їжі в роті, розкладаючись, теж загострюють ці явища. Ось чому таким хворим потрібен ретельний догляд за порожниною рота, який полягає ось у чому:

1. Багаторазовому звичайному полосканні порожнини рота після кожного вживання їжі.

2. Додатковому частому (10-20 разів на день) полосканні рота 2 % розчином борної кислоти (має дезінфікувальні та епітелізуючі властивості), 2 % розчином соди (розріджує нашарування на ерозив-

них поверхнях і сприяє видаленню нальотів), відварами шавлії, ромашки, звіробою тощо.

3. Додатковому полосканні рота 0,5 % розчином новокаїну чи лідокаїну (знеболюючий ефект) у випадках значної болючості.

4. Чищенні зубів пастами з дезінфікувальними властивостями, приємним запахом, що освіжає порожнину рота (“Лакалут”, “Бленда-мед”, “Аквафреш” та інші).

Питання дезінфекції та прибирання

Приготування дезінфікувальних розчинів:

1) **1 % розчину хлораміну:** 10 г сухого хлораміну розчиняють у 1 л води.

2) **3 % розчину хлораміну:** 30 г сухого хлораміну розчиняють у 1 л води.

1 % розчином хлораміну протирають:

– маніпуляційний столик після проведення маніпуляцій кожні 3 години;

– панелі біля маніпуляційного столика;

– клейонку на кушетці після кожного перебування хворого;

– гінекологічне крісло після кожного обстеження хворої.

Техніка передстерилізаційної обробки пінцетів, гінекологічних дзеркал та інших інструментів:

1. Інструменти опускають у 3 % розчин хлораміну на 1 год у спеціально промаркованій посудині.

2. Хлорамін виливають, а інструменти прополіскують у проточній воді.

3. Інструменти занурюють на 15 хв у розчин біодезу (5 г біодезу на 1 літр підігрітої до температури 50 °С води) у спеціально промаркованій посудині.

4. Цим же розчином біодезу миють кожен інструмент, користуючись тампоном.

5. Розчин біодезу виливають, а інструменти промивають у проточній воді протягом 10 хв.

6. Кожен інструмент промивають у дистильованій воді протягом 1 хв.

7. Інструменти висушують у шафі при температурі 80 °С упродовж 30 хв.

8. Інструменти стерилізують при температурі 180 °С впродовж 1 год.

9. Контроль якості передстерилізаційної обробки інструментів здійснює щоденно маніпуляційна медсестра, один раз на тиждень старша медсестра і один раз на тиждень головна медсестра.

Обробка одноразових шприців:

1. Після використання (ін'єкцій, забору крові) шприц промивають у 3 % розчині хлораміну (посудина для промивання шприців зі закритою покриттям).

2. Промиті шприци у розібраному вигляді знаходяться у посудині для знезараження шприців упродовж зміни.

3. Після проведення останньої маніпуляції в кінці зміни о 6 год ранку чергова медсестра заливає шприци 3 % розчином хлораміну на 1 год, накриваючи зверху марлею.

4. Після цього розчин хлораміну виливають у каналізацію, голки і шприци прополіскують у проточній воді, деформують і складають у спеціальний ящик для зберігання шприців; усе виконується під наглядом головної медсестри.

Обробка використаних предметів:

1. Зливу воду після останньої ін'єкції зберігають 1 год і виливають у каналізацію.

2. Використану вату змочують у 3 % розчині хлораміну на 1 год і складають у посудину.

3. Рукавички після 2-годинного використання занурюють на 1 год у 3 % розчин хлораміну, промивають у проточній воді, висушують, посипають тальком і зберігають у посудині "чисті рукавички".

4. Термометри протирають 70° спиртом або тримають у 3 % розчині хлораміну впродовж години.

5. Підкладні клейонки замочують у 3 % розчині хлораміну на 1 год, потім прополіскують у проточній воді, висушують; чисті клейонки зберігають у спеціальному промаркованому целофановому мішку.

6. Лоточки вміщують у 1 % розчин хлораміну на 1 год, потім промивають у проточній воді.

Прибирання палат

Вид прибирання	Час прибирання	Технологія прибирання	Дезінфекційні засоби
Попереднє	Щоденно	<ol style="list-style-type: none"> Дворазове прибирання ганчіркою, змоченою у дезрозчині, з інтервалом 15 хв: дверей, ліжок, тумбочок, вішалок, підвіконників. Вологе прибирання підлоги зі застосуванням дезрозчинів. Кварцування впродовж 30 хв 	<p>0,5 % розчин хлорного вапна або</p> <p>0,2 % розчин хлорантоїну.</p> <p>0,5 % розчин хлорного вапна</p>
Поточне	Впродовж зміни	Вологе прибирання підлоги зі застосуванням дезрозчину	0,5 % розчин хлорного вапна
Завершальне	По закінченні зміни	<ol style="list-style-type: none"> Дворазове протирання ганчіркою, змоченою у дезрозчині, з інтервалом 15 хв: дверей, підвіконників, ліжок, тумбочок, вішалок. Вологе прибирання підлоги зі застосування дезрозчину. Кварцування впродовж години. 	<p>0,5 % розчин хлорного вапна;</p> <p>0,2 % розчин хлорантоїну;</p> <p>0,5 % розчин хлорного вапна</p>
Генеральне	Один раз на тиждень	<ol style="list-style-type: none"> Дворазове прибирання ганчіркою, змоченою у дезрозчині, кожні 15 хв: панелей, підвіконників, дверей, ліжок, тумбочок, вішалок. Миття панелей мильно-содовим або комплексним розчином. Змивання мильно-содового розчину чистою водою і продезінфікованими ганчірками. Протирання сухими ганчірками. Вологе прибирання підлоги зі застосуванням дезрозчинів. Кварцування палат упродовж години. 	<p>0,5 % розчин хлорного вапна;</p> <p>0,2 % розчин хлорантоїну;</p> <p>50 г соди, 50 г мийного засобу на 10 л води;</p> <p>0,6 % перекис водню і 50 г мийного засобу на 10 л води;</p> <p>0,5 % розчин хлорного вапна (для підлоги)</p>

Догляд за маніпуляційною:

1. Маніпуляційну в процесі проведення маніпуляцій прибирають кожні 3 години.
2. Генеральне прибирання маніпуляційної та оглядової кімнати проводять 1 раз на тиждень.
3. Кварцують маніпуляційну згідно з графіком.

Правила роботи із хворими на СНІД:

1. Комплект аптечки для роботи зі хворими на СНІД
 - спирт 70°;
 - спиртовий 5 % розчин йоду;
 - 3 пари рукавичок;
 - 3 пари напальчиків;
 - перманганат калію (5 пакетів) по 0,05 для приготування розчину з метою промивання очей;
 - 1 літр дистильованої води в закритій кришкою банці для розведення перманганату калію, воду змінюють кожні 7-10 днів;
 - 6 % розчин перекису водню як дезінфікувальний засіб;
 - лейкопластир;
 - вата;
 - піпетки для закапування у ніс;
 - 1 % розчин протарголу для закапування очей;
 - захисні окуляри;
 - 30 % розчин натрію сульфацилу для закапування очей;
 - 5 пакетів хлораміну по 30 г для приготування дезінфікувального розчину (розводять у спеціальній посудині в 1 літрі води) з метою замочування халата в разі його забруднення заразним матеріалом;
 - запасний халат;
 - чотиришарова марлева маска.
2. Перед початком роботи з хворим на СНІД усі ушкоджені ділянки шкіри закривають лейкопластирем.
3. Маніпуляції проводять у рукавичках.
4. У разі ушкодження шкіри (порізу, уколу):
 - з ушкодженої ділянки видавлюють кров;
 - шкіру обробляють спочатку 70⁰ спиртом, потім 5 % спиртовим розчином йоду;
 - ушкоджені ділянки заклеюють лейкопластирем;

- одягають напальчик і рукавички;
- про аварійний стан повідомляють адміністрацію і записують у журнал “Аварійні стани” (форма 108).

5. У разі виникнення загрози зараження медичного персоналу кров для дослідження на ВІЛ-інфекцію медичних працівників, які контактували з заразним матеріалом, беруть не пізніше 5 днів після контакту. Позитивний результат засвідчує факт інфікування медичного працівника ще до виникнення вказаної ситуації. Якщо ж результат негативний, то наступні тестування проводять через 3, 6 місяців і через рік.

6. При попаданні заразного матеріалу **в рот**: ротову порожнину прополіскують 70° спиртом і спирт випльовують у раковину, змиваючи проточною водою.

7. При попаданні заразного матеріалу **в очі**: закачують по 2 краплі 30 % розчину натрію сульфацилу і промивають очі розчином марганцевокислого калію (0,05 на 1л води).

8. При попаданні заразного матеріалу **на шкіру** її протирають 70° спиртом.

9. При попаданні заразного матеріалу **на халат**: халат знімають, замочують у спеціальному відрі, де готують 3 % розчин хлораміну, на 1 годину.

Основна література

1. Андрейчин М.А. ВІЛ-інфекція (лекція). – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 38 с.
2. Гольдштейн Л.М., Ткач В.Е. Методы и методики обследования больных кожными и венерическими болезнями. – Киев: Здоров'я, 1987. – 112 с.
3. Задорожный Б.А., Петров Б.Р. Работа медицинской сестры и уход за больными кожными и венерическими заболеваниями. – Киев: Здоров'я, 1988. – 115 с.
4. Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни: Учебник для медучилищ. – Москва: Медицина, 1990. – 225 с.
5. Новосад Л.С., Лабінський Р.В., Каденко О.А. та ін. Шкірні та венеричні хвороби. – Київ: Здоров'я, 2000. – 205 с.

Рекомендована література

1. Владимиров В.В., Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни: Атлас. – Москва: Медицина, 1980. – 288 с.
2. Савчак В., Галникіна С. Практична дерматологія. Навчальний посібник. – Укрмедкнига, 1998. – 271 с.
3. Савчак В., Глушок О., Рогач М., Глушок Т. Сифіліс у лікарській практиці. – Тернопіль: Підручники і Посібники, 1999. – 71 с.
4. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 507 с.
5. Фармакотерапевтический справочник дерматовенеролога. Лекарственные препараты. Средства лечебной косметики / Под ред. Л.Д. Калюжной, В.П. Федотова, В.Е. Дзюбака и др. – Киев: Продюсерский центр Плеяда, 1999. – 256 с.
6. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник: Пер. с англ. Мак Гроу-Хилл. – Москва: Практика, 1999. – 1088 с.

Алфавітний покажчик

А

Аерозолі 21
Алергія харчова 29
Алопеція
 андрогенна 78
 гніздова 77
 плямиста рубцева 78
Антибіотики 22

Б

Баланоопстит кандидозний 89
Бородавки 68
 звичайні 68
 підшвові 68
 плоскі 69

В

Веgetації 21
Везикула 20
Випадання волосся 77
Виразка 21
ВПЛ-інфекція 90
 дерматологічні аспекти 90
Вовчак 60
 червоний дискоїдний 60
 червоний системний 61
Волосата лейкоплакія 92
Волосся 13
Вугри
 звичайні 79
 рожеві 80
Вузол 20
Вульвовагініт кандидозний 90

Г

Герпес 67
 генітальний 90
 оперізувальний 67
 простий 67
Гіпергідроз 78

 генералізований 79
 локальний 78

Горбик 19

Д

Деонтологія в дерматології 9
Дерма 12
Дерматити 48
 алергійний контактний 48
 атопічний 50
 герпетиформний 59
 простий контактний 48
 себорейний 51
Дерматози
 бульозні (пузирні) 58
 папулосквамозні 57
Дерматофітії 36
 волосистої частини голови 36
 інфільтративно-гнійна 36
 мікроспорія 37
Дерматофітії гладкої шкіри 38
 інфільтративно-гнійна 38
 мікроспорія 39
 руброфітія 39
Дерматофітія пахова 39
Дерматофітія ступнів, кистей 40
 гіперкератотична 40
 дисгідротична 40
 інтертригінозна 40
 сквамозна 40
Дерматофітія нігтів (оніхомікоз) 41
 атрофічний 41
 гіпертрофічний 41
 нормотрофічний 41
Діаскопія 18

Е

Екзема 51
Ектима звичайна 34
Емульсії 23

Епідерміс 12
Еритема фіксована медикаментозна 49
Еритродермія псоріатична 57
Ерозія 21

З

Заїда кандидозна 42
Залози 12
 апокринові 12
 мерокринові 12
 потові 12
 сальні 12
Збовтувальні суміші 23

І

Імпетиго 34
Інфекція гонококова 129
Інфекція хламідійна 88
Іхтіоз 80

К

Кандидози 42
Кандидоз шкіри 42
 великих складок 42
 міжпальцева ерозія кистей 42
 кандидозна паранісія 42
 кандидозна заїда 42
 кандидоз слизових оболонок 42
 кандидоз нігтів 43
 кандидозний стоматит 42
 кандидозний баланопостит 43
 кандидозний вульвовагініт 43
Карбункул 35
Кірочка 21
Короста 69
Креми 23
Кропив'янка 52

Л

Лейкодерма сифілітична 106
Лишай простий хронічний 52
Лишай червоний плоский 58
Ліхеніфікація 21
Лусочка 21

М

Мазі 23
Меланома 82
Мікози 36
Мікоплазмоз урогенітальний 89
Мікроспорія
 волосистої частини голови 37
 кінцівок 39
 тулуба 39
Молюск контагіозний 69
Морфологія шкіри 11

Н

Набряк ангіоневротичний 53
Навички практичні 139
Невралгія постгерпетична 68
Невуси 81
Нейросифіліс симптомний 112
Некроліз епідермальний токсичний 49
Нігті 13

О

Оперізувальний герпес 67
Офтальмопатія пізня сифілітична 117

П

Папула 19
Пасти 23
Педикюльоз
 голови 71
 тулуба 72
Пемфігус 58
Питання
 дезінфекції 157
 прибирання 157
Пітиріаз
 різнокольоровий 43
Пляма 19
Пов'язка оклюзійна 146
Препарати
 антибіотики 22
 антигістамінні 23
 кортикостероїдні 22
 противірусні 22

протигрибкові 22
сульфаніламиди 22
Примочки 145
Присипки 24
Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом 133
Процедури
діагностичні 139
лікувальні 145
Псоріаз 57
артропатичний 57
Псоріатична еритродермія 57
Пузир 20
Пурпура 19
Пустула 20

Р

Рак шкіри 81
базальноклітинний 81
плоскокклітинний 81
Родимки 81
Розчини для примочок 24
Руброфітія 39
Рубець 21

С

Садно 21
Саркома Капоші 92
Себорея голови 78
Сенсибілізація перехресна 25
Симптом Нікольського 59
Сифіліди
горбикові 113
гумозні (вузлуваті) 113
папульозні 104
пігментні 106
пустульозні 106
Сифіліс 97
класифікація 98
принципи клініко-лабораторної діагностики 121
принципи лікування 123
Сифіліс вроджений 114
ранній 115

пізній 116
Сифіліс вторинний 104
Сифіліс первинний 99
Сифіліс пізній 112
Сифіліс ранній латентний 107
Сифілітична еритема 113
Сифілітична рожеола 104
Склераденіт регіонарний супровідний 100
Склероз системний прогресуючий 62
Склеродактилія 62
Склеродермія 61
локалізована 61

Т

Твердий шанкр 99
Терапія 22
загальна етіотропна 22
загальна патогенетична 22
місцева 23
Тріщина 21
Трихомоніаз урогенітальний 89
Трихотиломанія 78
Трихофітія
інфільтративно-гнійна бороди 36
інфільтративно-гнійна волосистої частини голови 36
інфільтративно-гнійна кінцівок 38

У

Уретрит
гонококовий свіжий гострий 130
гоноковий хронічний 130
Уртикарний елемент 15

Ф

Фізіологія шкіри 13
Фолікуліт 34
Фтиріаз 73
Функції шкіри 13
імунологічна 14
видільна 13
захисна 13
обмінна 14

резорбтивна 14
терморегулююча 14
чутлива 14
Фурункул 35
Фурункульоз 35

Х

Хвороби шкіри
гноячкові 34
інфекційні 34
паразитарні 69
передракові 81
придатків шкіри 77

що передаються статевим
шляхом 87
Хламідіоз уrogenітальний 88

Ч

Червоний вовчак 60
дискоїдний 60
системний 61

Ш

Шанкр твердий 99
Шок анафілактичний
медикаментозний 26

Зміст

Передмова	3
<i>Розділ I</i>	4
Дерматовенерологія як галузь медицини	4
Основні етапи розвитку дерматовенерології	4
Організація дерматовенерологічної служби в Україні	5
Основні функціональні обов'язки медичної сестри дерматовенерологічного кабінету	6
Основні функціональні обов'язки палатної медичної сестри дерматовенерологічного стаціонару	7
Функціональні обов'язки патронажної медсестри	8
Деонтологія у дерматовенерології	9
Морфологія (будова) та фізіологія (функції) шкіри людини	11
Морфологія шкіри	11
Фізіологія шкіри	13
Етіологія (причини) та патогенез (механізми розвитку) хвороб шкіри	14
Контрольні питання	15
Ситуаційні задачі	15
Еталони відповідей до ситуаційних задач	17
<i>Розділ II</i>	18
Методи обстеження дерматологічних хворих	18
Елементи висипки	19
Первинні елементи висипки, що не мають порожнини	19
Первинні елементи, що мають порожнину	20
Вторинні елементи висипки	21
Принципи лікування хвороб шкіри	22
Медикаментозний анафілактичний шок	26
Харчова алергія та харчові алергени	29
Контрольні питання	30
Ситуаційні задачі	31
Еталони відповідей до ситуаційних задач	33

<i>Розділ III</i>	34
Інфекційні хвороби шкіри	34
Гноячкові хвороби	34
Грибкові хвороби шкіри (мікози)	36
Дерматофітії	36
Кандидози	42
Різнокольоровий пітиріаз	43
Контрольні питання	44
Ситуаційні задачі	45
Еталони відповідей до ситуаційних задач	47
 <i>Розділ IV</i>	 48
Дерматити та екзема	48
Контактні дерматити	48
Дерматити, спричинені речовинами, прийнятими всередину ...	49
Інші дерматити	50
Екзема	51
Сверблячі дерматози	52
Контрольні питання	53
Ситуаційні задачі	54
Еталони відповідей до ситуаційних задач	56
 <i>Розділ V</i>	 57
Папулосквамозні дерматози	57
Бульозні (пузирні) дерматози	58
Хвороби сполучної тканини	60
Контрольні питання	63
Ситуаційні задачі	63
Еталони відповідей до ситуаційних задач	66
 <i>Розділ VI</i>	 67
Вірусні інфекційні хвороби з ураженням шкіри та слизових оболонок	67
Паразитарні хвороби шкіри	69
Контрольні питання	73
Ситуаційні задачі	74

Еталони відповідей до ситуаційних задач	76
<i>Розділ VII</i>	77
Хвороби придатків шкіри	77
Вроджені вади розвитку	80
Доброякісні та злоякісні новоутворення шкіри	81
Контрольні питання	83
Ситуаційні задачі	83
Еталони відповідей до ситуаційних задач	86
<i>Розділ VIII</i>	87
Інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом	87
Дерматологічні аспекти ВІЛ-інфекції	90
Контрольні питання	93
Ситуаційні задачі	93
Еталони відповідей до ситуаційних задач	96
<i>Розділ IX</i>	97
Сифіліс	97
Первинний сифіліс	99
Контрольні питання	101
Ситуаційні задачі	101
Еталони відповідей до ситуаційних задач	103
<i>Розділ X</i>	104
Вторинний сифіліс	104
Контрольні питання	108
Ситуаційні задачі	109
Еталони відповідей до ситуаційних задач	111
<i>Розділ XI</i>	112
Пізній сифіліс	112
Вроджений сифіліс	114
Контрольні питання	118
Ситуаційні задачі	118
Еталони відповідей до ситуаційних задач	120

<i>Розділ XII</i>	121
Принципи клініко-лабораторної діагностики та лікування сифілісу	121
Клінічна оцінка серологічних реакцій на сифіліс	122
Контрольні питання	125
Ситуаційні задачі	126
Еталони відповідей до ситуаційних задач	128
 <i>Розділ XIII</i>	 129
Гонококова інфекція	129
Профілактика хвороб, що передаються статевим шляхом	133
Контрольні питання	136
Ситуаційні задачі	136
Еталони відповідей до ситуаційних задач	138
 <i>Розділ XIV</i>	 139
Практичні навички	139
Діагностичні процедури	139
Забір матеріалу з метою виявлення коростяного кліща	139
Лікувальні процедури	145
Питання дезінфекції та прибирання	157
Прибирання палат	159
 Бібліографічний список	 162
Основна література	162
Рекомендована література	162
Алфавітний покажчик	163

Підручник
Савчак Володимир Іванович
Ковальчук Мар'яна Тарасівна

МЕДСЕСТРИНСТВО У ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ

Редактор	<i>Людмила Данилевич</i>
Оформлення обкладинки	<i>Павло Кушик</i>
Технічний редактор	<i>Світлана Демчишин</i>
Коректор	<i>Леся Капкаєва</i>
Комп'ютерна верстка	<i>Наталія Нижегородова</i>

Підписано до друку 22.11.2002. Формат 60×84/16. Гарнітура Times.
Друк офсетний. Ум. др. арк. 10,00. Обл.-вид. арк. 8,28. Папір офсетний.
Наклад 2000. Зам. 109.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
видавництва “Укрмедкнига”
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва “Укрмедкнига”
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 348 від 02.03.2001 р.