


Практикум з дерматології і венерології: навчальний посібник

Про книгу

У навчальному посібнику системно, відповідно до навчальної програми і тематичних планів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти, викладено практичну частину. У кожній темі розкрито актуальність, мету, описано етіологію та патогенез, клінічні прояви, діагностику, лікування і профілактику різних дерматозів і захворювань, які передаються статевим шляхом. Питання, тести, клінічні задачі та завдання, запропоновані алгоритми для відпрацювання практичних навичок допоможуть студентам і медичним працівникам вивчити, повторити та закріпити навчальний матеріал.  Для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти.

В.І. СТЕПАНЕНКО, А.І. ЧОБОТАРЬ, С.О. БОНДАРЬ

ПРАКТИКУМ З ДЕРМАТОЛОГІЇ І ВЕНЕРОЛОГІЇ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Третє видання



ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів медичних
(фармацевтичних) закладів фахової
передвищої та вищої освіти

**Київ
ВСВ «Медицина»
2021**

УДК 616.5; 616.97
ББК 55.83; 55.81я73
Д36

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів медичних (фармацевтичних)
закладів фахової передвищої та вищої освіти*

Авторський колектив:

В.І. Степаненко — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматології та венерології з курсом косметології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, президент Української асоціації лікарів дерматовенерологів та косметологів; **А.І. Чоботарь** — викладач дерматології та венерології вищої категорії, викладач-методист, голова циклової комісії вузьких клінічних дисциплін Кіровоградського медичного фахового коледжу ім. Є.Й. Мухіна, дерматовенеролог вищої категорії МСЧ Кіровоградської льотної академії Національного авіаційного університету; **С.О. Бондарь** — директор Кіровоградського медичного фахового коледжу ім. Є.Й. Мухіна, доктор філософії у галузі охорони здоров'я, викладач акушерства, гінекології, репродуктивного здоров'я, спеціаліст вищої категорії; **Л.В. Чоботарь** — викладач вищої категорії Кіровоградського медичного фахового коледжу ім. Є.Й. Мухіна; **О.Н. Краснослободцева** — викладач дерматології та венерології вищої категорії, викладач-методист Першого київського медичного коледжу

У навчальному посібнику системно, відповідно до навчальної програми і тематичних планів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти, викладено практичну частину. У кожній темі розкрито актуальність, мету, описано етіологію та патогенез, клінічні прояви, діагностику, лікування і профілактику різних дерматозів і захворювань, які передаються статевим шляхом. Питання, тести, клінічні задачі та завдання, запропоновані алгоритми для відпрацювання практичних навичок допоможуть студентам і медичним працівникам вивчити, повторити та закріпити навчальний матеріал.

Для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти.

Рецензенти:

М.М. Лебедюк — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматології та венерології Одеського національного медичного університету; **Б.Г. Коган** — доктор медичних наук, професор кафедри дерматології та венерології з курсом косметології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; **М.Ю. Попович** — головний лікар Кіровоградського ОШВД, головний дерматовенеролог Департаменту охорони здоров'я ОДА; **В.П. В'юницький** — директор Київського міського медичного фахового коледжу, викладач вищої категорії, викладач-методист; **В.М. Косенюк** — заступник директора з навчально-виробничої роботи Київського міського медичного фахового коледжу, викладач вищої категорії, викладач-методист; **Л.В. Томенко** — викладач дерматології та венерології вищої категорії Кіровоградського медичного фахового коледжу ім. Є.Й. Мухіна, дерматовенеролог вищої категорії Кіровоградського ОШВД

© В.І. Степаненко, А.І. Чоботарь, С.О. Бондарь,
Л.В. Чоботарь, О.Н. Краснослободцева, 2015, 2021

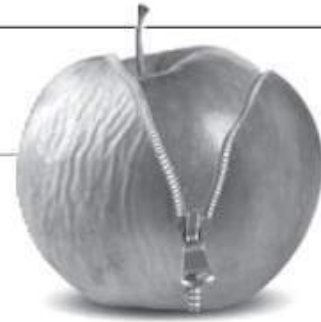
ISBN 978-617-505-855-8 © ВСВ «Медицина», оформлення, 2021

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ПЕРЕДМОВА	6
ТЕМА № 1 Анатомія, фізіологія та гігієна шкіри. Загальні питання етіопатогенезу шкірних хвороб. Основи діагностики. Деонтологія в дерматології і венерології	7
ТЕМА № 2 Принципи загального та місцевого лікування в разі шкірних хвороб. Побічна дія лікарських засобів	26
<i>Заключний тестовий контроль.</i> ТЕМА № 1 «Анатомія та фізіологія шкіри. Діагностика. Принципи лікування»	36
ТЕМА № 3 Дерматозоонози	41
ТЕМА № 4 Гнійничкові захворювання шкіри (піодермії)	69
<i>Заключний тестовий контроль.</i> ТЕМА № 2 «Гнійничкові і паразитарні захворювання»	92
ТЕМА № 5 Хвороби шкіри нез'ясованої етіології	97
<i>Заключний тестовий контроль.</i> ТЕМА № 3 «Хвороби шкіри нез'ясованої етіології. Захворювання потових залоз»	115
ТЕМА № 6 Дерматомікози	119
<i>Заключний тестовий контроль.</i> ТЕМА № 4 «Дерматомікози»	147
ТЕМА № 7 Алергійні дерматози. Дерматит. Екзема	152
<i>Заключний тестовий контроль.</i> ТЕМА № 5 «Алергійні хвороби шкіри. Професійні захворювання шкіри»	180

ТЕМА № 8	
Вірусні та бульозні дерматози	186
<i>Заключний тестовий контроль.</i>	
ТЕМА № 6 «Вірусні захворювання шкіри»	208
<i>Заключний тестовий контроль.</i>	
ТЕМА № 7 «Пухирцеві захворювання. Червоний вовчак. Склеродермія»	212
ТЕМА № 9	
Гонококова, хламідійна, трихомонадна інфекція	217
<i>Заключний тестовий контроль.</i>	
ТЕМА № 8 «Захворювання, які передаються переважно статевим шляхом. Профілактика»	254
ТЕМА № 10	
Сифіліс первинний	263
ТЕМА № 11	
Сифіліс вторинний	288
ТЕМА № 12	
Сифіліс пізній (третинний) і вроджений	302
<i>Заключний тестовий контроль.</i>	
ТЕМА № 9—12 «Сифіліс»	320
ТЕМА № 13	
ВІЛ-інфекція	328
ДОДАТОК	
Схема написання навчальної історії хвороби пацієнта із дерматологічними захворюваннями	349
ЛІТЕРАТУРА	358

Тема № 5

ХВОРОБИ ШКІРИ НЕЗ'ЯСОВАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ



I. Науково-методичне обґрунтування теми

Актуальність теми визначається тим, що:

1.1. Такі захворювання, як псоріаз та червоний плоский лишай є не тільки поширеними, а й небезпечними щодо їх подальшого розвитку в організмі, і тому клінічні прояви цих патологій повинні знати медичні працівники усіх фахів, щоб сприяти їх ранній діагностиці та своєчасному кваліфікованому лікуванню.

1.2. Відзначають значну поширеність (до 5 % населення в усьому світі) цих патологій у структурі загальної дерматологічної захворюваності, помітне збільшення частоти тяжких та інвалідизуючих форм, а також недостатню ефективність існуючих методів лікування і профілактики.

1.3. Серед хворих, змушених перебувати на стаціонарному лікуванні, ці патології становлять до 20—25 % щодо інших дерматозів.

1.4. Клінічну картину псоріазу та червоного плоского лишая визначають не тільки зміни з боку шкіри, а й ураження інших внутрішніх органів.

1.5. Ці патології виявляють в осіб усіх вікових груп з однаковою частотою як у жінок, так і в чоловіків, а в окремих випадках — і в дітей.

Усе це і обумовлює актуальність та важливість знання клінічних проявів цих хронічних дерматозів не тільки дерматовенерологами, а й лікарями, фельдшерами, медичними сестрами, від яких нерідко залежить як своєчасне усвідомлення пацієнтом необхідності та обов'язковості лікування у фахівця, так і запобігання подальшому розвитку та поширенню висипань по всій шкірі в такого хворого.

II. Навчальна мета

2.1. ЗНАТИ:

- сучасні уявлення про етіопатогенез псоріазу та червоного плоского лишая;
- чинники, що зумовлюють розвиток цих захворювань;
- характерні патоморфологічні зміни в епідермісі й дермі;
- класифікацію цих дерматозів;

- клінічні прояви та особливості їх перебігу;
- найтипівіші ускладнення;
- діагностику та диференціальну діагностику цих дерматозів;
- методику визначення біодози УФО за Горбачовим;
- методику ультрафіолетового опромінення при псоріазі;
- загальні принципи лікування хвороб, що вивчаються;
- базові принципи місцевої терапії;
- здійснення трудової експертизи;
- принципи диспансеризації в ШВД.

2.2. Уміти:

- цілеспрямовано зібрати загальний і дерматологічний анамнез у хворих із вищевказаною патологією та провести обстеження хворого;
- охарактеризувати наявні патологічні елементи у хворого на червоний плоский лишай, псоріаз, рожевий лишай;
- деонтологічно виважено поводити себе з хворим і його рідними;
- на основі результатів обстеження встановлювати попередній клінічний діагноз з урахуванням особливостей психологічного статусу конкретного хворого;
- за потреби намітити план необхідного додаткового обстеження;
- роз'яснити хворому раціональну тактику його поведінки в ході подальшого лікування та диспансерного спостереження;
- професійно проводити санітарно-освітню та психокоригувальну роботу.

2.3. Оволодіти практичними навичками:

- збирання загального та дерматологічного анамнезу з наступним проведенням детального клініко-лабораторного дослідження;
- визначення тріади псоріатичних симптомів;
- встановлення попереднього клінічного діагнозу;
- тестового визначення рівнів реактивної та особистісної стривоженості;
- визначення біодози УФО;
- проведення місцевої терапії та УФО;
- проведення диференціальної діагностики;
- заповнення спеціальної медичної документації на диспансерного хворого.

III. Виховна мета

Виховувати в медичних працівників професійний підхід та виважене деонтологічне ставлення до хворого під час з'ясування його дерматологічного анамнезу, стану стривоженості, типу пси-

хологічного сприйняття та проведення наступного клінічного дослідження.

Під час обстеження хворого та лікування слід враховувати не тільки клінічні особливості захворювання, а й індивідуальні психологічні особливості реагування хворого на цю специфічну дерматологічну патологію.

Наголошувати на соціальних, психологічних та юридичних аспектах розвитку та поширення дерматологічних захворювань.

IV. Матеріали для доаудиторної самостійної роботи

Етіологія	<p><i>Псоріаз:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — вірусна; — інфекційна; — спадкова; — нервова; — ендокринна. <p><i>Червоний плоский лишай:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — токсико-алергійна; — нейрогенна; — вірусна; — імунні порушення
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Клінічні прояви цих дерматозів подібні одне до одного і характеризуються наявністю на шкірі певної кількості епідермо-дермальних плоских папул запального характеру напівсферичної форми.

Наприклад, для червоного плоского лишая також характерні полігональність, воскоподібний блиск, точкоподібне втиснення у центрі та поява сітки Уїкхема після змащування висипань олією. Висипання майже завжди супроводжуються свербіжем різного ступеня інтенсивності.

Псоріазу притаманна наявність специфічних феноменів унаслідок відповідного тертя поверхні папул: стеаринової плями — термінальної плівки — точкової кровотечі. Відчуття свербіжу виникає досить рідко.

	Псоріаз	Червоний плоский лишай
Улюблена локалізація	Розгинальні поверхні рук та ніг	Згинальні поверхні рук і ніг
Уражуються	Шкіра, слизові оболонки, суглоби, нігті	Шкіра, слизові оболонки, нігті
Еволюція висипки	Лусочки, гіпердепігментовані плями	Блідне

	Псоріаз	Червоний плоский лишай
Клінічні форми	Точковий, бляшковий, географічний, дифузний, тотальний, долонь та підшов, пустульозний, ексудативний	Кільцеподібний, серпігінозний, смугоподібний, зостериформний, везикулярний, бульозний, атрофічний, геморагічний

Клініко-морфологічна характеристика стадійності псоріазу

Стадії Ознаки	Прогресивна	Стаціонарна	Регресивна
Поява нових папул	Спостерігається постійно	Не буває	Не з'являються. Бляшки розпадаються на окремі папули
Величина папул	Дрібні	Великі	Різні
Периферійний ріст папул	Спостерігається	Не відмічається	Не відмічається
Крайова зона росту	Є	Відсутня	Відсутня
Лущення	У центральній частині елементів висипки	Є по всій поверхні, суцільне, виражене	По всій поверхні помірне, незначне
Псевдоатрофічний обідок (симптом Воронова)	Відсутній	Є	Відсутній
Свербіж елементів висипки	Часто	Рідко	Рідко
Вторинні пігментації	Відсутні	Відсутні	Є на місцях папул
Ізоморфна реакція (симптом Кебнера)	Спостерігається	Не буває	Не викликається
Псоріатична триада	Легко і постійно викликається	Викликається	Виразена не на всіх елементах

	Псоріаз	Червоний плоский лишай
Ускладнення	Еритродермія, артропатія	Еритродермія
Гістопатологічні зміни в ураженій шкірі	Акантоз, папіломатоз, паракератоз, агранульоз, мікроабсцеси Мунро	Гіперкератоз незначний, паракератоз нерівномірний, акантоз, гранульоз
Диференціальна діагностика	Червоним плоским лишаєм	Псоріазом
	Папульозним сифлідом	Папульозним сифлідом

Діагноз / Ознаки	Псоріаз	Червоний плоский лишай	Папульозний сифілід
Форма елементів	Кругла, овальна	Полігональна	Кругла
Колір висипань	Яскраво-червоний	Синюшно-червоний, воскоподібний блиск	Мідно-червоний
Консистенція	М'яка	М'яка	Щільноеластична
Схильність до периферичного росту	Є	Ні	Ні
Лущення	У центрі папул або суцільне	Відсутнє	Може бути по периферії (комірець Біетта)
Улюблена локалізація	Розгинальні поверхні, волосиста частина голови	Згинальні поверхні, слизова оболонка порожнини рота і статеві органи	Будь-яка
Тривалість висипань	Місяці, роки	Місяці	1,5—2 міс.
Свербіж	Незначний	Інтенсивний	Відсутній
Патогномонічні симптоми	Тріада Ауспітца, симптом Кебнера	Кільце Пospelова, сітка Уікхема, симптом Кебнера	Симптом Ядасона
Поверхня папул	Гладка	Точкоподібне вдавнення в центрі	Напівсферична
Додаткові особливості клінічного перебігу	Виражена сезонність, часті рецидиви, мономорфність висипки	Мономорфність висипань, рідкісні рецидиви	Поліморфізм висипань, рецидивний перебіг. Позитивні серологічні реакції

Алгоритм лікування:

- загальне та місцеве;
- всебічне ретельне клінічне обстеження.

Загальне лікування:

- дієта з урахуванням стану травного тракту;
- препарати, які регулюють рівень мікроелементів;
- антибіотики широкого спектра дії при виявленні у хворих вогнищ хронічної соматичної інфекції;
- нормалізація мікроциркуляторних порушень: гіпербарична оксигенація, гемосорбція, обмінний плазмаферез;
- традиційні методи лікування: десенсибілізувальна, седативна терапія; вітамінотерапія; біогенні стимулятори;

- при резистентному перебігу: стероїдні та нестероїдні протизапальні препарати;
- курортотерапія: морські купання, грязелікування (о. Кунігунда, Закарпаття).
- фізіотерапевтичні методи терапії: УФО, ПУВА-терапія.

Визначення біодози УФО за Горбачовим

Біодозиметр Горбачова — це апарат із металевою пластинкою розміром 10×6 см, яка вшита в клейонку і має шість прямокутних отворів, що закриваються рухомою заслінкою. Біодоза — це час УФО-опромінення, після якого приблизно через добу з'являється еритема на шкірі.

Саме визначення біодози УФО здійснюється після закріплення біодозиметра Горбачова на візуально здоровій шкірі, дещо збоку від середньої лінії живота. Решту шкіри вкривають простиратлом. Лампу УФО розміщують під прямим кутом безпосередньо над біодозиметром на відстані 50 см. Проводячи опромінення, кожні 30 с відкривають новий отвір біодозиметра. Таким чином, шкіра під першим отвором опромінюється протягом 3 хв, а під останнім — 30 с. Еритема з'являється приблизно через 24 год після опромінення. За наявності 5 смуг, яскравість яких підвищується, біодоза дорівнює 1 хв; 4 смуги — 1 хв 30 с. Визначена біодоза є відображенням індивідуальної чутливості шкіри хворого до УФ-променів конкретної лампи на відстані 50 см.

Методика ультрафіолетового опромінення шкіри при псоріазі

У разі псоріазу шкіру хворих опромінюють УФ-променями тільки при осінньо-зимовій формі і лише в стаціонарній і регресивній стадіях після попереднього визначення біодози УФО за Горбачовим. У будь-якому випадку цей метод лікування призначають з урахуванням індивідуальних особливостей конкретного пацієнта та унеможливлення появи ізоморфної реакції на УФО.

У клінічній практиці ШВД використовують такі різновиди УФО, як тотальне, зональне, фокусне (прицільне). При зональному варіанті УФО шкіру поділяють на такі 12 ділянок-зон: 1 — шия; 2 — спина; 3 — сідниці; 4 — груди; 5 — живіт; 6 — верхні кінцівки; 7 — бічна поверхня тулуба; 8 — бічна поверхня тулуба; 9 — передня поверхня нижніх кінцівок; 10 — задня поверхня нижніх кінцівок; 11 — бічні поверхні нижніх кінцівок; 12 — обличчя, голова.

Опромінюють УФ-променями послідовно по одній ділянці на день гіпереритемними дозами (3—4 біодози), починаючи з шиї та спини, щоб насамперед подіяти на паравертебральні сегменти. При

цьому площа зони одноразової дії УФО не має перевищувати 600 см². На цю ділянку шкіри не можна наносити лікарські препарати впродовж доби до та після відповідної процедури опромінювання. У процесі лікування слід звертати особливу увагу на неприпустимість зміни відстані від джерела опромінення до поверхні шкіри, що опромінюється. Потрібно враховувати також збільшену чутливість деяких ділянок шкіри (внутрішні поверхні стегон) до УФО. Слід обов'язково користуватися захисними окулярами, щоб уникнути негативного впливу на очі (відшарування сітківки ока).

Місцеве лікування

У випадках, коли висипка супроводжується значним свербезем

1. 1—2 % саліцилова мазь.
2. «Псоркутан».
3. «Псоріатен».
4. «Дипросалік».
5. «Скін-кап».
6. Нафталан-мазь.
7. 10—20 % сірчано-дьюгтева мазь.
8. Гормональні мазі.
9. Шампунь «Frederm».

Лікарсько-трудова експертиза

При обмежених формах ураження:

— показані всі види професійної діяльності, оскільки хворі цілком працездатні.

У разі несприятливого перебігу (резистентність до лікування, часті рецидиви, схильність до значного поширення, короткочасні ремісії, роботи з помірним фізичним і нервово-психічним навантаженням та поза дією активних хімічних речовин) встановлюють:

— інвалідність III групи, якщо хворого неможливо перевести на іншу роботу;

— інвалідність II групи — хворим з еритродермією при порушенні їх загального стану;

— інвалідність I групи — хворим із тяжкою формою псоріатичної артропатії.

Профілактика

1. Усунення патогенетичних чинників, які мають велике значення в розвитку та перебігу хвороби.
2. Періодичні медичні огляди.
3. Проведення сезонного протирецидивного лікування.

Виписування рецептів

- Rp.: Vitamini «A» 0,33
D.t.d. № 100 in caps.
S. По 1 капсулі 3 рази на день
- Rp.: Sol. Cyanocobalamini a 500 мг
D.t.d. № 10 pro inject
S. Вітамін B₁₂, для внутрішньом'язових ін'єкцій
- Rp.: Tab. Ketotifeni 0,001 № 10
DS. По 1 таблетці 3 рази на день
- Rp.: Tab. Claritini 0,001 № 20
DS. По 1 таблетці 1 раз на день
- Rp.: Ung. Diprosalic 30,0
DS. Змащувати 2 рази на день при псоріазі
- Rp.: Ung. Vipsogal 30,0
DS. Змащувати 2 рази на день при псоріазі
- Rp.: Tab. Methotrexati 0,0025 № 20
DS. По 1 таблетці 2 рази на день, 5 днів
- Rp.: Befungini 100,0
DS. 3 чайні ложки розвести в 150 мл теплої перевареної води, вживати по 1 столовій ложці 3 рази на день
- Rp.: Convallariae majalis
Menthae piperitae
Calendulae officinalis aa 50,0
MDS. Залити окропом, довести до кипіння, настояти 40 хв, додати у ванну на 200—250 мл води
- Rp.: Ac. salicylici 2,0
Vaselini ad 100,0
MDS. 2 % саліцилова мазь, застосовується при псоріазі

Практична робота студентів

1. Участь студентів у збиранні анамнезу у хворих на псоріаз, червоний плоский лишай, рожевий лишай, з'ясуванні скарг, описуванні патологічних елементів висипу на шкірі, характерних для цієї групи захворювань.

2. Визначення студентами псоріатичної тріади у хворих на псоріаз.

3. Визначення студентами біодози ультрафіолетового опромінення.

4. Застосування мазей у хворих на псоріаз, червоний плоский лишай.

Клінічні випадки

Випадок 1. Хвора віком 38 років, машиніст насосних установок. Поступила в клініку в листопаді. Вважає себе хворою з жовтня, коли з'явилися висипання на слизовій оболонці порожнини рота, що супроводжувалися печінням та болем під час споживання їжі. Лікувалася у стоматолога з діагнозом «афтозний стоматит», отримувала вітаміни групи В, зовнішні антисептичні засоби. Поліпшення не наставало. В анамнезі — гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, з приводу чого лікувалася бігуанідами. Менструація з 15 років, мала 7 вагітностей, з яких 1 закінчилася пологами та 6 — медичними абортами. Мати пацієнтки хвора на цукровий діабет протягом 10 років, рідна сестра — на псоріаз. Шкірний покрив без змін. На слизових оболонках щік, верхньої губи і спинці язика виявлено сірувато-білі папули розміром до просіяного зерна, які місцями утворюють кільця і півкільця. У центрі правої щоки — кілька дрібних ерозій яскраво-червоного кольору на набряклій і гіперемованій основі. У легенях вислуховується везикулярне дихання. Межі серця в нормі, тони ясні, ритм не порушений. Пульс 76 за 1 хв, задовільного наповнення і напруження. АТ — 160/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Загальний аналіз крові: еритроцити — $4,45 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін — 148 г/л, лейкоцити — $4,4 \cdot 10^9/\text{л}$, еозинофіли — 5 %, поліморфноядерні — 1 %, сегментоядерні — 62 %, лімфоцити — 31 %, моноцити — 1 %; ШОЕ — 15 мм за 1 год. Глюкоза крові — 8,8 ммоль/л. Аналіз сечі: добовий діурез — 1500 мл, густина — 1011, білка немає, глюкоза — 2 %, лейкоцити — 2—4 в полі зору, плоский епітелій — 1—2 в полі зору. При ЕКГ — помірні дистрофічні зміни в міокарді. Гістологічне дослідження біоптату слизової оболонки щоки біля ерозій: виражений паракератоз, потовщення зернистого шару, нерівномірний акантоз, місцями дефект епітелію, оточений запальним інфільтратом, що складається переважно з лімфоцитів. Діагноз: синдром Grinspan — червоний плоский лишай (ерозивна форма) слизової оболонки порожнини рота, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба ІІА стадії.

Випадок 2. Хвора Ш., 62 років, пенсіонерка. Перебуває в клініці шкірних хвороб; 6 міс. тому виникли печіння і біль у роті, з'явилася ранка на слизовій оболонці щік. Лікувалася стероїдними мазями, відзначалося тимчасове покращання. Перенесла пневмонію і контузію. В анамнезі: цукровий діабет, гіпертонічна хвороба. АТ підви-

щується до 200/100 мм рт. ст. Помірного стану вгодованості. Шкіра суха, місцями з висівкоподібним лущенням. На слизовій оболонці щік — симетрично розташовані ерозії і виразки яскраво-червоного кольору з оксамитовим дном, неправильної форми, навколо яких множинні папули. У легенях вислуховується везикулярне дихання, перкуторний звук не змінений. Межі серця розширені, тони приглушені, акцент II тону на аорті. АТ — 170/90 мм рт. ст. Пульс 78 за 1 хв, задовільного наповнення. Печінка і селезінка не збільшені. При ЕКГ електрична вісь зміщена вліво, є ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Загальний аналіз крові: еритроцити — $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін — 142 г/л, лейкоцити — $7,2 \cdot 10^9$ /л, еозинофіли — 1 %, поліморфноядерні — 2 %, сегментоядерні — 63 %, лімфоцити — 33 %, моноцити — 1 %; ШОЕ — 20 мм за 1 год. Глюкоза крові — 6,66 ммоль/л. Аналіз сечі: густина — 1022, каламутна, білка немає, глюкоза 0,5 %, лейкоцити — 6—10 у полі зору, плоский епітелій — 1—3 в полі зору. Діагноз: синдром Grinspan — червоний плоский лишай (ерозивно-виразкова форма) слизової оболонки ротової порожнини, цукровий діабет середнього ступеня тяжкості, гіпертонічна хвороба ІІБ стадії. Після лікування (інсулін по 80 ОД на добу, фторафур по 0,4 г на добу, тавегіл, вітамін В₁₂, метилурацил) клінічні прояви червоного плоского лишая регресували.

Випадок 3. Хворий К., 66 років, інженер. Лікувався в клініці шкірних хвороб з діагнозом: червоний плоский лишай (ерозивно-виразкова форма) слизової оболонки порожнини рота. В анамнезі — цукровий діабет середнього ступеня тяжкості, гіпертонічна хвороба ІІБ стадії, ішемічна хвороба серця, стенокардія. У лютому виникли виразки на слизовій оболонці щік. Захворювання пов'язує з травмуванням зубною щіткою. Через 4 міс. з'явилися сверблячі висипання на шкірі рук. Протягом 30 років страждає на гіпертонічну хворобу з максимальним підвищенням АТ до 200/100 мм рт. ст. та ішемічну хворобу з частими нападами стенокардії. Переніс інфаркт міокарда. Хворіє на цукровий діабет середнього ступеня тяжкості, хронічний коліт і гастрит. При об'єктивному обстеженні встановлено ураження слизової оболонки щік у вигляді ерозій і виразок величиною з 2-копійчану монету на набряклій і гіперемійованій основі. На згинальних поверхнях передпліч симетрично розташовані сверблячі полігональні папули синюшно-рожевого кольору, схильні до групування. У легенях — перкуторний звук не змінений, дихання ослаблене, везикулярне. Тони серця глухі, систолічний шум на верхівці. Ліва межа серця зміщена вліво на 1,5 см. АТ — 170/100 мм рт. ст. Пульс — 84 за 1 хв. Живіт при пальпації помірно болючий у надчрепній ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний. Гістологічне дослідження біоптату шкіри: ро-

говий шар потовщений, виражений гіпергранульоз, нерівномірний акантоз, клітини базального шару в стані вакуольної дистрофії. У верхніх шарах дерми виявлено смугоподібні інфільтрати, які складаються переважно з лімфоцитів. При ЕКГ електрична вісь серця відхилена вліво, негативний асиметричний зубець *T* у відведеннях *V*—*V*; гіпертрофія лівого шлуночка з дистрофічними змінами міокарда. Загальний аналіз крові: еритроцити — $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін — 148 г/л, лейкоцити — $4,3 \cdot 10^9/\text{л}$, еозинофіли — 1 %, поліморфноядерні — 2 %, сегментоядерні — 59 %, лімфоцити — 35 %, моноцити — 3 %; ШОЕ — 9 мм за 1 год. Глюкоза крові — 8,25 ммоль/л. Аналіз сечі: добовий діурез — 3 л, густина — 1025, глюкоза — 1,3 %, білка немає, лейкоцити і плоский епітелій — поодинокі в полі зору. Шлунковий сік: жовтуватого кольору, одношаровий, загальна кислотність — 84,0, хлоридна кислота вільна — 60,0, зв'язана — 22,0. Отримував інсулін по 50 ОД на добу, хлорпропамід по 1 таблетці на добу, 10 вливань усередину 4 % розчину фторафуру, метилурацил, обзидан, сустан, аплікації гідрокортизонової мазі. У результаті лікування загальний стан покращився, зникли ознаки червоного плоского лишая, знизилася АТ до 150/90 мм рт. ст., рівень глюкози в крові (4,99 ммоль/л) і в сечі (до 0,5 %). Відзначається поєднання цукрового діабету, гіпертонічної хвороби і дисемінованого червоного плоского лишая.

Випадок 4. Хворий А., 52 роки, поступив у стаціонар у лютому зі скаргами на рясні висипання на тулубі та кінцівках, що супроводжуються сильним свербіжем. Вважає себе хворим із січня, коли вперше з'явилися висипання на тулубі й кінцівках. Зі слів хворого приймав з приводу зубного болю анальгін, у середньому по 10 таблеток (5 г) на день. Через кілька днів після появи висипу виник сильний свербіж.

Ріс і розвивався нормально, освіта середня, працює водієм таксі. Переніс ексудативний плеврит, пневмонію, грип, ангіну. Одружений, має 2 дітей. Алергійний анамнез без особливостей. Хворий правильної статури, помірного стану вгодованості. Кістково-м'язова система без змін. Пахвинні та пахові лімфатичні вузли збільшені до розмірів вишні, не спаяні зі шкірою, безболісні. Межі легень у нормі. Перкуторно вислуховується легеневий звук. При аускультатії — везикулярне дихання над усією поверхнею легень. Межі серця не збільшені. Серцеві тони ясні, ритмічні. Пульс — 80 за 1 хв. АТ — 120/80 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом, вологий. Живіт при пальпації безболісний в усіх відділах. Печінка не збільшена, безболісна. Симптом Ортнера негативний. Селезінка не пальпується. Дизуричних явищ немає. Симптом постукування негативний з обох боків. Хворий орієнтується в просторі і в часі. Під час госпіталізації на шкірі тулуба, верхніх і нижніх кінцівок виявлено мно-

Рекомендована література



Протокол Хашимото.
90-денна програма
відновлення здоров'я
щитоподібної залози



Ліки під ногами! Про
лікування рослинами



Тіло. Інструкція з
використання



Здоров'я на вашому
столі: наук.-попул. вид.



Фітотерапія в
гастроентерології



Харчування в піст

Перейти до категорії
Дерматологія. Венерологія

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ