

нас, что практика «ретроспективного диагноза» требует предельной осмотрительности. Не взирая на это, влияние Колумба, Шекспира и сифилиса остается с нами и в этом, новом тысячелетии.

ПЕДАГОГИКА

УДК 616.5-079.4

АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ДЕРМАТОЗОВ

Р.Ф.Айзятюлов, К.В.Романенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

При анализе результатов клинического обследования пациента прежде всего необходимо установить какой из выявленных первичных морфологических элементов сыпи является основным среди различных проявлений болезни (например, пузырек при экземе). Иногда такой вывод делают на основании имеющихся уже вторичных морфологических элементов, возникших в результате эволюции первичных (например, эрозии или корки после пузырьков). После уточнения основного первичного морфологического элемента определяются заболевания, при которых бывают такие высыпания. Затем на основании данных анамнеза, объективного обследования определяется своеобразие и специфичность сыпи у пациента, сопоставляются эти данные с особенностями проявлений при различных дерматозах – излюбленная локализация сыпи, количество высыпаний, симметрия, расположение, группировка, склонность к слиянию, размеры, форма, границы, цвет, консистенция, глубина залегания, характер поверхности, шелушение, их динамика и др., результаты вспомогательных методов исследования – пальпация, поскабливание, диаскопия и др. Такой анализ позволяет отобрать болезнь, при которой комплекс симптомов совпадает с выявленными изменениями у обследованного пациента. Затем на основании данных общего обследования определяется особенность течения данной болезни у конкретного больного, характер его иммунитета, влияние сопутствующих болезней, т.е. решается вопрос о конкретной болезни у данного пациента, о ее особенностях. Отсюда и индивидуализированная терапия.

При составлении алгоритма дифференциального диагноза дерматозов рекомендуется учитывать перечень болезней, систематизированных по первичным морфологическим элементам. Он приводится ниже.

РОЗЕОЛА: инфекционная (сифилитическая вторичная и третичная, при кори и др. инфекционных заболеваниях); токсическая; розовый лишай Жибера; отрубевидный лишай.

ЭРИТЕМА: инфекционная (рожистое воспаление, эризипелоид Розенбаха); многоформная экссудативная эритема; стойкая (красная волчанка, розацеа, периоральный дерматит); кольцевидная центробежная эритема Дарье; хроническая кольцевидная мигрирующая эритема Афцелиуса-Липщютца; эритема элеватум диутинум; младенцев; лучевая (рентгеновская, солнечная); от действия тепла; лекарственная; токсическая; аутоксическая; неврогенная; эмоциональная; диабетическая; парасориаз.

ЭРИТРОДЕРМИЯ: первичная (инфекционная, токсическая, эксфолиативная Вильсон-Брок); красный отрубевидный лишай; эритродермия грудных детей Лейнера.

Вторичная – истинная или себорейная экзема; псориаз; красный плоский лишай; Т-лимфома (премикотическая стадия грибовидного микоза).

ВОЛДЫРЬ: крапивница; ангионевротический отек Квинке; острый ограниченный отек кожи (эритромелалгия Вейр-Митчела); мастоцитоз.

ПАПУЛА: сифилис; псориаз; красный плоский лишай; парасориаз; псевдосифилитические папулы; бородавки, заразительный моллюск; базальноклеточная карцинома; кольцевидная гранулема; невродермит; амилоидоз; муциноз; аллергический васкулит; лимфома.

БУГОРОК: сифилис; туберкулезная волчанка; лепра; лейшманиоз; саркоид Бенъе-Шаумана-Бека; лимфома; папуло-некротический туберкулез кожи; лишай золотушный.

УЗЕЛ: сифилитическая гумма, колликативный туберкулез кожи; уплотненная эритема Базена; узловатая эритема; узловатая стрептодермия Дегоса; узловатый ревматизм кожи; подострый узловатый мигрирующий гиподермит; липоидный некробиоз; ненагнаивающийся узловатый рецидивирующий лихорадочный паникулит; хроническая узловатая пиодермия; глубокий микоз; лимфома.

ПУЗЫРЕК: экзема; дерматоз Дюринга; герпес простой и опоясывающий, беременных; аллергии при гнойничковых, грибковых заболеваниях кожи; дисгидроз.

ПУЗЫРЬ: акантолитическая пузырьчатка; пемфигоид; дерматоз Дюринга; многоформная экссудативная эритема; поздняя порфирия кожи; гидроа вакциноформная; буллезная токсидермия и буллезные дерматиты; пузырьчатка новорожденных эпидемическая и сифилитическая; буллезный эпидермолиз врожденный.

ПУСТУЛА: пиодермиты; инфильтративно-нагноительная форма дерматофитий; угревая болезнь; субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона; пустулезный бактериод Эндрюса.

ВЕГЕТАЦИЯ: остроконечные кондиломы; пиогенная гранулема; вегетирующая пузырьчатка; пигментная и вегетирующая сосочковая дистрофия кожи; бородавчатый туберкулез; вегетирующая токсидермия.

В специальных лекциях систематизированы заболевания, характеризующиеся кровоизлияниями в кожу (пурпуры), гемосидерозы, кератозы, атрофии кожи, склерозы, пойкилодермии.

УДК 616.5+616.97(477)

О ПРИОРИТЕТАХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Р.Ф.Айзятулов, К.В.Романенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Одним из аспектов учебно-воспитательной работы является ознакомление студентов и врачей-курсантов с заслугами отечественных медиков в развитии дерматовенерологии, с их приоритетами в разработке отдельных разделов учения о кожных и венерических болезнях. Эти сведения должны органически включаться в лекционный курс и разборы, проводимые на практических занятиях, иллюстрировать тот большой вклад, который внесли отечественные ученые в развитие науки и практического здравоохранения, воспитывать гордость за нашу отечественную медицину. Это также способствует восстановлению исторической справедливости в науке.

Приводим некоторые приоритеты отечественных ученых в области дерматовенерологии:

Н.А.Черногубов (1925) – установил этиологию и патогенез вегетирующей и пиодермии.

А.И.Поспелов (1896) – описал «симптом зонда» при туберкулезной волчанке.

П.Ф.Боровский (1898) – открыл возбудителя пендинской язвы.

И.И.Гительзон (1931) – описал атипичную форму болезни Боровского в виде бугорков, располагающихся кольцами или дугами вокруг заживших язв и названных им «металейшманиоз».

И.И.Гительзон (1929) – массовые прививки против болезни Боровского.

Б.Иольсон (1895) – описал поражения кровеносных сосудов при лепре.

Н.А.Торсуев (1947) – описал лепрозную реакцию, сходную с проявлениями дерматоза Дюринга.