МИНИСТРЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ АВТОНОМНОЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет заочной формы обучения

Кафедра

**Контрольная работа**

Тема: Гигиенические требования к рабочему месту. Заболевания кожи: причины, симптомы, профилактика

Студентки Микульските С.И.

Специальности начальное обучение

Курс 2 № зачетной книжки ЗНК-6-03-05

Руководитель

Получена

Передана на рецензию

Возвращена рецензентом

г. Симферополь 2004-2005 уч. год.

План

Оборудование школьных помещений

Гигиена зрения

Причины кожных заболеваний

Симптомы заболеваний кожи

Аллергические заболевания кожи

Инфекционные и паразитарные заболевания кожи

Список использованных источников

## Оборудование школьных помещений

Оборудование школьных помещений должно отвечать санитарно-гигиеническим требованиям, способствовать обеспечению педагогического процесса и проведению внеклассной учебно-воспитательной работы.

Учебные классы и кабинеты оснащаются мебелью согласно с действующими нормативными документами.

Мебель следует подбирать соответственно роста детей. Запрещено использовать вместо стульев скамейки и табуретки.

Для учащихся недопустима поза, при которой расстояние от поверхности парты до глаз меньше 30 сантиметров. Физиологической является поза, при которой угол наклона грудной части тела до поясничной равняется 145о.

Для обеспечения учащихся мебелью, в соответствии с длиной тела, необходимо иметь 6 их размеров. Разница между ростовыми группами составляет - 15 сантиметров.

В каждом классе следует предусматривать 2-3 размера мебели с перевесом одного из них. Существенный перевес в современных условиях имеет трансформирующая мебель. Правильное размещение детей за школьными партами может быть при условии, когда в одном помещении обучаются дети с разницей в возрасте не более двух лет.

Размещать мебель в классной комнате прямоугольной конфигурации следует так, чтобы расстояние было:

между внешней стеной и первым рядом парт 0,6 - 0,7 метров;

между рядами двухместных парт не менее 0,6 метров;

между третьим рядом парт и внутренней стеной или шкафами, которые стоят возле стены, не менее 0,7 метров;

между передней партой и демонстрационным столом не менее 0,8 метров;

от передней стенки с классной доской до передних парт не менее 2,4 - 2,6 метров;

от задних столов до задней стены не менее 0,65 метров;

от задних столов до шкафов, которые стоят вдоль заднего края стены не менее 0,8 метров;

от демонстрационного стола до классной доски - не менее 1,0 метра;

между столом преподавателя и передней партой учеников - не менее 0,5 метра;

наибольшее расстояние последнего места от классной доски - 9 метров;

высота нижнего края доски над полом для учеников первых классов 0,7-0,8 метров, 2-4 классов - 0,75-0,8 метров, 5-12 классов - 0,8-0,9 метров.

В классных комнатах поперечной и квадратной конфигурации, в которых мебель размещается в 4 ряда, должно быть увеличено расстояние от доски до первого ряда парт (не менее 3 метров), чтоб обеспечить угол зрения до 35о. расстояние от первого ряда парт до внешней стены должно быть 0,8-1,0 метров, между рядами парт, столов - 0,6, от задних парт до шкафов, размещенных около внутренней стены - 0,9-1,0 метров.

Ученики с пониженной остротой зрения должны сидеть за первыми партами в первом ряду. Школьники с пониженным слухом размещаются за первыми и вторыми партами крайних рядов. Ученики, которые часто болеют простудными заболеваниями, ревматизмом, ангинами размещаются в третьем ряду парт (около внутренней стены).

Для профилактики нарушений осанки не менее двух раз в год школьников пересаживают с первого ряда в третий и наоборот, не нарушая соответствия группы мебели их росту и с учетом остроты зрения и слуха.

Школьная мебель расставляется в учебном помещении так, чтоб ближе к доске были меньшие размеры, дальше - большие.

Школьная мебель должна быть промаркирована. Маркировка наносится в виде линий шириной 2 сантиметра или круга диаметром 2,5 сантиметра на обоих боках парты, стола, стула. Мебель первой группы обозначают оранжевым, 2 - фиолетовым, 3 - желтым, 4 - красным, 5 - зеленым и 6 - голубым цветами. Кроме цветной маркировки для контроля группы мебели должна быть цифровая маркировка, которая наносится на внутреннюю поверхность крышки стола.

В классном журнале в листке здоровья необходимо указать необходимый размер мебели для каждого ученика.

Цвет краски для окрашивания крышки парт - зеленая гама и натурального дерева пастельных тонов, краска должна быть матовой.

Парты должны быть только стандартные, утвержденные с МОЗ Украины. Размеры столов и стульев в каждом комплекте мебели должны совпадать с маркировкой.

## Гигиена зрения

Исследования специалистов показали, что наилучшие условия для работы зрительного анализатора создаются при естественной освещенности в пределах от 600 до 1200 лк. Санитарными нормами для классных помещений установлен минимально допустимый уровень освещенности: при лампах накаливания - 150 лк, при люминесцентных лампах - 300 лк.

Очень важное значение в создании рациональных условий освещения имеет правильно подобранная арматура источников света. Она должна защищать глаза учащихся от слепящего действия лучей и обеспечивать равномерное освещение.

Неправильная посадка школьника за партой также может послужить причиной нарушения зрения. Расстояние от глаз до книги (тетради) должно быть не меньше 30-35 сантиметров, при чтении за столом необходимо пользоваться поставкой для книг.

## Причины кожных заболеваний

Причины кожных болезней чрезвычайно разнообразны и сложны. Кожа постоянно подвергается внешним воздействиям, в том числе инфекционным (бактерии, вирусы, простейшие, грибы и т.д.), что может вызвать в ней аномальные изменения.

С другой стороны, кожа теснейшим образом связана с внутренними органами и поэтому их заболевание тоже может послужить причиной патологического процесса. В развитии кожного поражения исключительно важны индивидуальное предрасположение, степень сопротивляемости организма, а также социальные факторы - условия труда и быта.

Примерами непосредственного воздействия заболеваний внутренних органов на состояние кожи является ее побледнение при анемии, пожелтение при гепатите. На коже отражаются различные нарушения обмена веществ: сахарный диабет (фурункулез, кожный зуд), витаминная недостаточность (изменение цвета).

Прослеживается связь кожных высыпаний с нарушением функции желез внутренней секреции: микседема: у лиц с заболеваниями щитовидной железы, появление угрей в период полового созревания. Разнообразные кожные сыпи нередко возникают у больных с нарушениями в системе кроветворения (лейкозы, лимфогранулематозы, лимфомы).

Хронические тонзиллиты, гаймориты, кариозные зубы способствуют развитию крапивницы, экссудативной эритемы, псориаза, красной волчанки и других дерматозов. Бывают также врожденные заболевания кожи, которые возникают либо в результате внутриутробного проникновения инфекции (врожденный сифилис), либо генетически (наследственно) обусловлены.

## Симптомы заболеваний кожи

Клинические признаки кожных болезней можно разделить на несколько групп:

1) симптомы со стороны всего организма (повышение температуры, общая слабость и пр.);

2) субъективные кожные признаки (повышение и понижение чувствительности, зуд, жжение, стягивание кожи, онемение, боль и т.д.);

3) объективные кожные симптомы.

Всякое кожное заболевание или дерматоз представлено морфологическими элементами (сыпью, высыпаниями), которые принято делить на первичные элементы, т.е. те, которые по времени первыми появляются на коже, и на вторичные, которые возникают в результате дальнейшего развития заболевания.

Первичные морфологические элементы.

1. Пятно - ограниченное изменение цвета кожи и слизистой оболочки рта. Могут быть различных размеров, очертаний и цвета. По механизму возникновения различают пятна сосудистые и дисхромические.

Сосудистые пятна: следствие временного или стойкого расширения сосудов в результате воспаления либо нарушения целостности сосудистой стенки. Множественные, размером до 2 см в диаметре, называются розеолой, более крупные - эритемой. Розеола обычно наблюдается у больных с аллергическими дерматитами, токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, вторичным сифилисом. Розеолезные высыпания бывают также при инфекционных заболеваниях у детей (корь, краснуха, скарлатина) и у взрослых при паратифах, мононуклеозе и др. Эритематозные пятна склонны к слиянию, имеют неправильные очертания, четкие границы, нередко сочетаются с отеком кожи и сопровождаются интенсивным зудом. Они образуются у больных дерматитами, экземой, многоформной экссудативной эритемой.

Геморрагические сосудистые пятна (пурпура) на коже и слизистых появляются в результате кровоизлияния в эпидермис или сосочковый слой дермы (разрыв или повышение проницаемости сосудов). Цвет таких пятен, не исчезающих при давлении на них, зависит от времени их существования: от красного до коричневого. Единичные до 1 см в диаметре геморрагические пятна называются петехиями, крупные - экхимозами, а крупные кровоподтеки - гематомами. Геморрагические пятна наблюдаются у больных васкулитами, токсидермиями и при инфекционных заболеваниях (сыпной тиф, брюшной тиф, корь, дифтерия и др.).

Дисхромические пятна возникают из-за избыточного отложения в коже пигмента (гиперпигментация) или, наоборот, при его исчезновении (депигментация). Гиперпигментации могут быть врожденными (невусы) и приобретенными, например, веснушки, хлоазма при беременности. Депигментации также могут быть врожденными (альбинизм) и приобретенными (витилиго, вторичный сифилис, сыпной и брюшной тиф и др.).

2. Узелок - ограниченное уплотнение, обычно несколько возвышающееся над поверхностью кожи, определяется ощупыванием. По форме узелки бывают плоские, конусообразные или полушаровидные и остроконечные. Очертания разные, цвет от краснобурого до серовато-желтого или нормальной кожи. Поверхность узелка может быть гладкой, блестящей или покрываться обильным количеством чешуек. Величина - от просяного зерна (диаметр 1мм) до размера монеты (2,5 см в диаметре). При ряде заболеваний, например псориазе, узелки сливаются, образуя бляшки. Узелковые элементы характерны для красного плоского лишая, псориаза, вторичного сифилиса. Могут встречаться также у больных с клещевым возвратным тифом и с инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека.

3. Бугорок - внешне похож на узелок, но отличается глубоким расположением в коже и тем, что при исчезновении всегда оставляет рубец. Возникают при туберкулезе кожи, лепре, лейшманиозе, третичном сифилисе.

4. Узел - заложен в подкожножировой клетчатке. Увеличиваясь в размерах (до 5 см и более) спаивается с кожей, в центре уплотнения появляется размягчение, затем язва, заживающая рубцом. Образование узлов может быть следствием воспалительного процесса, опухолевого разрастания (в том числе злокачественного) и результатом отложения в коже солей кальция, холестерина.

5 Волдырь - припухлость кожи с интенсивным зудом, возникающая вследствие острого ограниченного отека дермы. Примером могут служить ожог крапивой или укус комара. Продержавшись несколько часов (даже минут), волдыри исчезают. Сыпь с образованием крупных участков со значительным количеством расчесов возникает при крапивнице, анафилактических реакциях, а также при некоторых инфекционных заболеваниях - вирусном гепатите, содоку и др.

6. Пузырек - полостной элемент, наполненный серозным прозрачным содержимым. Куполообразно возвышается над кожей и имеет размеры от 1 мм - 0,5 см в диаметре.

Пузырь - более крупный элемент. Содержимое его может быть прозрачным, мутным или геморрагическим. Возникают как на внешне неизмененной коже, так и на фоне отечного эритематозного пятна у больных пузырчаткой, герпетиформным дерматозом, герпесами. Довольно часто наблюдаются при инфекционных заболеваниях: ветряной оспе, скарлатине, малярии, дизентерии и т.д. В дальнейшем пузырьки и пузыри либо подсыхают и превращаются в корки, либо лопаются и на их месте образуется эрозия.

7, Гнойничок - полостной элемент с гнойным содержимым, выступающий над окружающей кожей в виде полушаровидного образования. Образуется в результате гибели (некроза) эпителиальных клеток под влиянием различных гноеродных микроорганизмов. Гнойное воспаление может возникнуть в волосяном фолликуле (фолликулит), тогда в центре гнойничка торчит волос. При локализации пустулы в эпидермисе, не затрагивающей волосяного фолликула, на поверхности кожи виден пузырь с дряблой тонкой покрышкой и серозным содержимым. Эта разновидность гнойничка носит название фликтены.

Вторичные морфологические элементы.

1. Чешуйки - отслаивающиеся клетки верхних рядов рогового слоя, потерявшие нормальную крепкую связь друг с другом, возникают на поверхности многих первичных элементов при их обратном развитии, т.е. заживлении.

Различают шелушение мелкопластинчатое (отрубевидное, как мука) и круп нопластинчатое. Обильное шелушение наблюдается у больных псориазом, ихтиозом, экземой и т.д.

2. Корка - продукт ссыхания содержимого пузырьков, пузырей, гнойничков, отделяемого эрозий и язв. По составу они могут быть: а) серозными - полупрозрачные, желтоватого цвета, тонкие; б) гнойными - непрозрачные, желтовато-зеленые, толстые, порой крошковатые; в) кровянистые - буро-черного цвета.

3. Эрозия - поверхностный дефект, захватывающий лишь эпидермис, заживающий без образования рубца. Дно эрозии обычно гладкое, красного цвета, не кровоточит. При механическом повреждении кожи или слизистой могут возникать травматические эрозии - ссадины. Они часто возникают при расчесах и покрываются кровянистыми корками.

4. Язва - дефект, захватывающий не только эпидермис, но и глубокие слои кожи (дерму, подкожную клетчатку), всегда заживает рубцом. Возникают язвы чаще в результате некротического распада или гнойного расплавления первичных элементов - бугорков, глубоких пустул. В ряде случаев могут образоваться в результате изъязвления эрозий или вследствие трофических нарушений в тканях (трофические язвы).

5. Трещина - дефект кожи из-за ее линейного разрыва. Поверхностные трещины располагаются только в потерявшем свою эластичность эпидермисе, глубокие трещины захватывают дерму, кровоточат, заживают с образованием рубцов. Наиболее часто трещины образуются в складках кожи и углах рта.

6. Гипер - и депигментации - вторичное изменение окраски кожи после исчезновения некоторых первичных элементов (узлов, бугорков, узелков), связаны с увеличением или уменьшением меланина - пигмента кожи. Пигментные пятна могут возникнуть и в результате повреждения стенок сосудов.

7. Рубец - представляет собой новообразованную ткань, которая развивается при заживлении язвенных дефектов и глубоких трещин. Внешний вид его отличается от окружающей кожи: эпидермис истончен, поверхность гладкая, ровная, без рисунка; пушковые волосы, сальные и потовые железы отсутствуют. Иногда рубцы бывают плотными, толстыми, возвышающимися над окружающими тканями и носят названия гипертрофических или келоидных. По величине и очертаниям рубец соответствует предшествующему дефекту кожи и по ним можно предположить причину их возникновения.

8. Лихенификация - уплотнение кожи, возникающее в результате различных воспалительных инфильтратов. Проявляется чрезмерным усилением кожного рисунка, сухостью и гиперпигментацией (шагреневая кожа). Может возникнуть и при слиянии папул при псориазе, красном плоском лишае и других заболеваниях.

## Аллергические заболевания кожи

Любой человек сталкивается со случаями непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, необычными реакциями на химические вещества бытового (синтетическая, одежда, косметика и т.д.) и профессионального окружения. Подсчитано, что в среднем аллергическими заболеваниями страдают около 10% населения земного шара и следует ожидать дальнейшего увеличения. Причиной их являются аллергены, способные сенсибилизировать (повысить чувствительность) организм. Их принято делить на две группы: экзоаллергены (из внешней среды) и эндоаллергены (или аутоаллергены), образующиеся в самом организме. Болезни, в которых основная роль принадлежит аллергической реакции на аутоаллергены, носят название аутоиммунных (аутоагрессивных, аутоаллергических).

Попадание в организм аллергена вызывает ответную реакцию, которая может развиваться в течение 15-20 минут (гиперчувствительность немедленного типа) или через 1-2 суток (гиперчувствительность замедленного типа). Включение того или иного типа аллергической реакции зависит от свойства антигена (химическая природа, количество, физическое состояние и др.) и реактивности организма (совокупность наследственных и приобретенных свойств человека). Среди аллергических заболеваний кожи наиболее часто

встречаются - дерматиты, экзема, нейродермиты, крапивница. Возбудители инфекционных болезней и продукты их жизнедеятельности также вызывают аллергические процессы, которые становятся составной частью патогенеза туберкулеза, лепры, сифилиса, микозов и других кожных поражений.

Аллергические дерматиты. Возникают при непосредственном воздействии на кожу веществ, способных вызвать аллергическую реакцию замедленного типа.

Симптомы и течение. На месте контакта с аллергеном развиваются покраснение, отечность, папулы и микровезикулы. Часть из них вскрывается, образуя участки мокнутия. При повторных воздействиях аллергенов может произойти трансформация дерматита в экзему.

Фотодерматит - является своеобразным аллергическим процессом, где необходимо "включение" солнечных, в частности ультрафиолетовых лучей. В качестве аллергенов выступают лекарственные средства (сульфаниламиды, гризеофульвин, ихтиол, антигистаминные препараты, кортикостероиды и др.), вещества, входящие в состав губных помад, моющих средств, эфирные масла, одеколон, духов.

Фитодерматиты ("фито"-растение). Причина - химические вещества, содержащиеся в млечном соке листьев и стеблей, а также в пыльце ядовитых растений (к ним относятся лютиковые, лилейные, молочайные), в частности при их применении в виде компрессов для лечения поясничных и суставных болей. Поражения возникают на открытых участках тела и представлены стойким покраснением, волдырями, пузырями и другой сыпью.

Крапивница. Аллергическая кожная реакция немедленного типа, вызываемая разнообразными эндогенными (внутренними) и экзогенными (внешними) факторами. Является очень распространенным заболеванием - наверное каждый третий человек перенес его хотя бы однократно. Среди аллергических состояний - занимает второе место после бронхиальной астмы и может возникать в любом возрасте.

Симптомы и течение. Характерно внезапное появление на любом участке кожи многочисленных волдырей, сильно зудящих и ярко-розового цвета. Они плотной консистенции, величиной до ладони и более. Высыпание их продолжается 1-2 часа, затем волдыри бесследно исчезают, но могут появиться новые. Обычно приступ длится несколько часов-дней (острая крапивница), но иногда продолжается месяцы и даже годы (хроническая крапивница). Процесс может сопровождаться недомоганием, головной болью, лихорадкой.

В клинической практике чаще всего используется классификация крапивницы, исходящая из этиологических факторов, например, лекарственная, пищевая, механическая (искусственная), холодовая (реакция на холод может быть замедленной, проявляясь через 1-2 суток), тепловая (возникает главным образом перед менструацией, во время беременности, у стариков, чаще при переходе с холода в тепло), токсическая (при непосредственном воздействии на кожу разражителей - крапивы, волосков гусениц, медуз, пчел и т.д.), световая (вызываемая ультрафиолетовыми, инфракрасными и видимого спектра лучами).

Хронические формы крапивницы нередко связаны с нарушениями функций печени, почек, желудочно-кишечного тракта, глистными инвазиями, очагами хронической инфекции (в миндалинах, зубных гранулемах, желчном пузыре и протоке и пр.), токсикозом беременных, продуктами распада злокачественных опухолей.

Детская крапивница или строфулюс (детская почесуха) относится к заболеваниям с пищевой сенсибилизацией. Развивается на фоне экссудативного диатеза, чаще у искусственно вскармливаемых и перекармливаемых детей.

Симптомы и течение. Волдыри быстро трансформируются в узелки розово-коричневого цвета, величиной до булавочной головки с маленьким пузырьком на вершине.

Из-за расчесов появляются эрозии и кровянистые корки. Излюбленная локализация сыпи - крупные складки туловища, на верхних конечностях, иногда распространяется на все тело. При длительном течении болезни дети становятся беспокойными, раздражительными, капризными, теряют аппетит и сон. Одновременно наблюдаются диспепсические расстройства в виде рвот, поносов или запоров. В большинстве случаев заболевание к 3-7 годам проходит бесследно, но иногда наблюдается трансформация в диффузный нейро-дермит, почесуху. Необходимо помнить, что детскую крапивницу надо дифференцировать с чесоткой, так как клинически эти заболевания очень сходны.

Гигантская крапивница (отек Квинке) - острый процесс, для которого характерно внезапное появление отека подкожной клетчатки, фасций, мышц. Отек, размером с куриное яйцо и даже больше, наблюдается в местах с рыхлой клетчаткой - губы, веки, щеки, слизистые оболочки полости рта, мошонки. Продержавшись от нескольких часов до 2-3 суток, он затем бесследно проходит.

Особенно опасным является отек Квинке в области гортани. При этом сначала отмечается охриплость голоса, "лающий" кашель, затем нарастает затруднение дыхания с одышкой. Цвет лица приобретает синюшный оттенок, затем резко бледнеет. При отсутствии рациональной терапии (в том числе подкожная инъекция 0,1% 1 мл адреналина) больные могут погибнуть при явлениях асфиксии.

## Инфекционные и паразитарные заболевания кожи

В этот раздел входит обширная группа поражений кожного покрова, вызываемых различными возбудителями - вирусами, бактериями, патогенными микрогрибами и т.д. К паразитарным дерматозам относятся зудящие болезни кожи, вызываемые животными-паразитами. Одни из них внедряются в глубь кожи и проводят в ней полностью или частично свой жизненный цикл, другие паразиты наружные - это кровососущие насекомые (вши, блохи, клопы, комары, некоторые виды мух и др.), а также клещи, обитающие на животных и птицах (собаках, кошках, крысах, голубях и т.д.), на злаках, зерне, в траве и соломе, в перьях подушек и одеял и пр. Клещевые поражения кожи нередко возникают как массовые заболевания.

Для развития любого инфекционного или паразитарного заболевания не достаточно только присутствия возбудителя, для его активизации требуются соответствующие условия - состояние организма (ослабленный иммунитет, травма кожного покрова) и внешней среды (запыленность, загрязненность, повышенная температура). Эти факторы необходимо учитывать при проведении лечения.

Чесотка. Заразное заболевание, вызываемое чесоточным клещом, который различим глазом в виде беловатой, величиной с маковое зерно, точки. Может жить и размножаться только на коже человека. Подсчитано, что без лечения только за три месяца способно родиться шесть поколений клещей в количестве 150 000 000 особей.

Оплодотворенная самка пробуравливает в верхних слоях эпидермиса чесоточный ход - галерею, где откладывает яйца, из которых вылупляются личинки, те выходят на поверхность и вместе с самцами, которые живут на коже, своими укусами порождают зуд и расчесы. Инкубационный период чесотки равен 7-10 дням. Заражение происходит, как правило, при непосредственном тесном контакте больного со здоровыми или, что встречается реже, через различные предметы - общее постельное (наволочки, простыни, одеяло) и носильное белье, верхнюю одежду, перчатки.

Симптомы и течение. Для чесотки характерны зуд, особенно усиливающийся ночью, парные узелково-пузырьковые высыпания с локализацией в определенных излюбленных местах. Внешне чесоточные ходы представляют собой едва возвышенные над уровнем кожи тонкие, как ниточка, полоски, идущие прямолинейно, или зигзагообразно. Нередко конец хода заканчивается прозрачным пузырьком, сквозь который видно белую точку - тело клеща.

На месте укусов возникают мелкие, величиной с просяное зернышко и несколько больше узелки, которые из-за расчесов покрываются кровянистыми корочками.

Постоянные повреждения кожи нередко осложняются различными видами гнойничковой инфекции и развитием экземного процесса.

Излюбленная локализация чесоточной сыпи: кисти, особенно межпальцевые складки и боковые поверхности пальцев, сгибательные складки предплечий и плеч, район сосков, особенно у женщин, ягодицы, кожа полового члена у мужчин, бедра, подколенные впадины, у маленьких детей - подошвы, а также лицо и даже волосистая часть головы.

Туберкулез кожи. Группа различных по клинической картине поражений кожи, обусловленных внедрением в нее микобактерий туберкулеза (бактерий Коха).

Возбудитель попадает в кожу или слизистую оболочку рта чаще всего через кровь или лимфу из какого-либо туберкулезного очага во внутренних органах (т. н. вторичный туберкулез). Возникновению туберкулеза кожи способствуют гормональные дисфункции, состояние нервной системы, астения, инфекционные заболевания и другие факторы.

Колликвативныи туберкулез кожи (скрофулодерма) - самая частая форма туберкулеза кожи. Возникает у детей, подростков, взрослых. В подкожной клетчатке возникают глубокие узлы разной величины, тестоватой консистенции, синюшно-багрового цвета, слегка болезненные. Вскоре они размягчаются и при вскрытии их возникают узкие свищевые ходы. Несколько ходов могут сливаться, образуя язвы с мягкими нависающими краями и дном, покрытым некротическими массами. При их заживлении остаются грубые, бахромчатые ("лохматые") рубцы. У больных скрофулодермой нередко находят активный туберкулезный процесс в легких.

Индуративный туберкулез кожи наблюдается в подавляющем большинстве у женщин 16-40 лет и локализуется преимущественно симметрично на голенях. Глубоко в дерме и в подкожной клетчатке возникают плотные узлы, кожа над которыми постепенно приобретает розово-синюшный цвет.

Узлы, вскрываясь, образуют язвы. Заживают они медленно, оставляя гладкий втянутый рубец. Заболевание склонно к рецидивам в осеннее и зимнее время.

Папулонекротический туберкулез кожи возникает преимущественно у девушек и молодых женщин. Плотные, полушаровидные, изолированные папулы розовато-синюшного цвета, размером от просяного зерна до горошины располагаются в толще предплечий, голеней, бедер, реже туловища и лица. В центре папулы обнаруживается очажок некроза, постепенно подсыхающий в буроватую или грязно-серого цвета корочку.

После заживления остаются вдавленные, как бы "штампованные" рубчики. Заболевание склонно к рецидивам в осеннее и зимнее время.

Лихеноидный туберкулез кожи (лишай золотушных). Болеют дети и подростки, страдающие туберкулезом легких и лимфатических узлов. Обычно на коже груди, спины, живота и боковых поверхностях туловища появляются мелкие сгруппированные бугорки, покрыты легко снимаемыми серого цвета корочками. После их заживления остается пигментация, иногда точечные рубчики.

Лепра (проказа). Характеризуется длительным инкубационным периодом, долгим течением и поражением кожи, слизистых оболочек, периферической нервной системы и внутренних органов. Возбудителем этого хронического общего инфекционного заболевания является микобактерия лепры.

По сведениями ВОЗ в мире зарегистрировано около 15 млн больных лепрой, в основном в странах Южной Америки, Африки и Азии. Спорадические случаи бывают повсеместно. Проказу считают малозаразным заболеванием, при котором решающим фактором является длительный, повторный контакт, во время которого происходит сенсибилизация организма.

Больше всего чувствительны к лепре дети, профессиональное заражение медицинских работников практически не наблюдается.

Инкубационный период продолжается от З до 10 и более лет. В конце его отмечаются общие симптомы: лихорадка, слабость, сонливость, потеря аппетита и другие. Различают три типа болезни.

Лепроматозныи тип - наиболее тяжелый и заразный.

Симптомы и течение. Кожные поражения расположены на лице, тыльной стороне кистей, предплечьях, голенях и представлены ограниченными бугорками (лепромами). Цвет их от розового до синюшно-красного, поверхность гладкая и блестящая, иногда покрыта отрубевидными чешуйками. Лепромы полушаровидно возвышаются над поверхностью кожи и, тесно прилегая друг к

другу, нередко образуют сплошные бугристые инфильтраты. При поражении лица придают ему вид "львиной морды".

Одновременно с изменениями на коже часто наблюдается поражение слизистых оболочек носа, полости рта, гортани. Больные жалуются на сухость во рту, носу, сукровичное отделяемое, частые кровотечения, затрудненное дыхание, осиплость голоса. Изъязвление хрящевой перегородки носа приводит к его деформации.

Поражение глаз вызывает нарушение зрительной функции и даже полную слепоту. Из внутренних органов поражается печень, селезенка, легкие, почки и другие. Нарушаются все виды чувствительности кожи (температурная, болевая и тактильная), особенно на руках и ногах. Больные, не ощущая тепла и холода, не чувствуя боли, нередко подвергаются тяжелым ожогам, травмам. У части больных ослабляются и истощаются мышцы лица и конечностей, пальцы рук и ног искривляются, укорачиваются, а иногда и разрушаются. На стопах появляются глубокие язвы, трудно поддающиеся лечению. Такие последствия приводят больных к глубокой инвалидности.

Больные с лепроматозным типом проказы являются основным источником заражения проказой и представляют большую опасность для окружающих.

Туберкулоидный тип является более доброкачественным и характеризуется высокой сопротивляемостью организма, легче поддается лечению. Поражается преимущественно кожа, где появляются бляшки или бугорки красного цвета, различной формы и величины с четкими краями. После заживления высыпаний остаются белые пятна - депигментация или рубчики. Иногда поражаются периферические нервы с последующим нарушением по ходу их температурной, болевой и тактильной чувствительности кожи. Хроническое течение туберкулоидной лепры может прерываться обострением, во время которых в очагах поражения часто обнаруживаются микобактерии проказы.

Недифференцированный (неопределенный) тип в основном встречается у детей и характеризуется, главным образом, неврологическими симптомами (полиневриты) и пятнами на коже различной величины и очертаний. Волосы на участках поражения выпадают, нарушается кожная чувствительность и потоотделение. Пораженные нервы утолщаются, становится болезненными. Через несколько месяцев развивается атрофия мышц, приводящая к деформации верхних и нижних конечностей. Лицо становится маскообразным, исчезает мимика. Развиваются паралич и парезы. На подошвах стоп появляются прободающие язвы, трудно поддающиеся лечению.

Распознавание. Необходимо учитывать данные анамнеза, наличие расстройств чувствительности, сыпь на коже, кремовый оттенок склер, вы - падение бровей, ресниц, полиневриты и т.п. Необходимо провести бактериологические исследования соскоба со слизистой носа, поставить лепраминовую пробу.

## Список использованных источников

1. Инфекционные болезни. Обзор Комитета по инфекционным болезням Американской Академии Педиатрии. Симферополь. "Таврида", 1993 г. - 672 с.
2. Кальченко Е.И. Гигиеническое обучение и воспитание школьников. Книга для учителя. Москва. Просвещение, 1984 год - 127 с.
3. Справочник фельдшера. В 2-х томах. Т-1/ под редакцией А.А. Михайлова, - 3-е издание, перераб. и доп. - М. .: ООО "Издательство Новая волна", 1997 - 590 с.