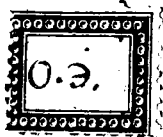

**МАТЕРИАЛЫ ПО ОТБОРУ И ЛЕЧЕНИЮ
КОЖНЫХ, ВЕНЕРИЧЕСКИХ И УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
НА ВОЙСКОВЫХ И АРМЕЙСКИХ ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ**



ВЫПУСК ПЕРВЫЙ

ОПЕЧАТКИ

Стр.	Графа:	Напечатано:	Следует:
8	Название болезни	1) Пиодермит	2. Пиодермит
8	Тоже	б) остиофолликулит	1) остиофолликулит
15	Лечение (строка 3 снизу)	Ol. Rusci	Ol. Rusci,



Обязательный
ЭКЗЕМПЛЯР

МАТЕРИАЛЫ
ПО ОТБОРУ И ЛЕЧЕНИЮ
КОЖНЫХ, ВЕНЕРИЧЕСКИХ
И УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
НА ВОЙСКОВЫХ И АРМЕЙСКИХ
ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ

ВЫПУСК ПЕРВЫЙ

ИЗДАНИЕ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОГО ЭВАКОПУНКТА № 95

1941

Если по военно-полевой хирургии имеются четкие указания, дающие возможность врачам-хирургам свободно ориентироваться в выборе метода оперативного вмешательства и терапевтических средств, то по профилактике и лечению кожных и венерических заболеваний до сих пор не издано инструкций для врачей полевых частей и для работников эвакогоспиталей.

Издание таких инструкций настоятельно необходимо. Они будут способствовать предупреждению распространения кожных и венерических болезней, ускорят возвращение в строй заболевших бойцов и командиров Красной Армии и унифицируют методы диагностики и лечебно-профилактической помощи этой группе больных на этапах эвакуации.

Кафедра кожных и венерических болезней Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова, совместно с врачами кожно-венерического отделения Ленинградского Красноармейского госпиталя № 442, разработала указания о порядке направления из частей в госпитали военнослужащих, больных сифилисом, кожными и урологическими заболеваниями. Начальник кафедры профессор бригаврач С. Т. Павлов в дальнейшем дополнил составленные указания материалами по лечению кожных больных, которые в настоящей брошюре представлены в виде схемы. Указания и материалы составлены с учетом опыта боевой работы санитарной службы Красной Армии и на основе достижений современной дермато-венерологии.

Мы полагаем, что издание этих материалов облегчит отбор заболевших кожными и венерическими болезнями и поможет войсковому врачу в вопросах профилактики и лечения пиодермитов и чесотки.

Ответственный редактор военврач I ранга *М. И. Левин*.

19041. Сдано в набор 30/X—41 г. Подписано к печати 12/XI—41 г.
Формат 60×84/16. Печ. л. 1. Бум. л. 0,5. Зн. в п. л. 40000. Зак. 4546.

Начальник РЭП № 95 военврач I ранга

С. Г. Сиверс.

УКАЗАНИЯ О ПОРЯДКЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИЗ ЧАСТЕЙ В ГОСПИТАЛИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, КОЖНЫМИ И УРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

I. СИФИЛИС

1. Направлению на стационарное лечение и эвакуацию подлежат:
 - а) больные с активными проявлениями сифилиса на коже и слизистых оболочках, а также с поражением внутренних органов и центральной нервной системы;
 - б) больные в скрытом периоде сифилиса могут быть госпитализированы только для проведения первых трех курсов лечения, при наличии соответствующей документации и отсутствия возможности проводить лечение амбулаторно;
 - в) больные со скрытыми формами сифилиса при наличии противопоказаний к той или иной специфической терапии со стороны внутренних органов или нервной системы или при непереносимости специфических средств.
2. Больные, у которых сифилис диагностирован только положительной реакцией Вассермана, при отсутствии указаний на проявление сифилиса в анамнезе, госпитализации и эвакуации не подлежат.

II. МЯГКИЙ ШАНКР

Подлежат госпитализации и эвакуации все случаи мягкого шанкра как осложненные, так и не осложненные.

III. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Госпитализации и эвакуации подлежат больные с распространенными формами кожных заболеваний, трудно поддающимися амбулаторному лечению, а также случаи чесотки, осложненной пиодермией.

Из ограниченных форм прежде всего госпитализации подлежат грибковые заболевания волосистых частей, острые и осложненные формы эпидермофитии стоп, препятствующие ходьбе, кистей рук, а также заболевания, требующие специальных методов лечения (рентгенотерапия и др.).

IV. ГОНОРРЕЯ И УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Госпитализации и эвакуации подлежат все больные острой, не осложненной гонореей мочеиспускательного канала при отсутствии возможности проводить лечение амбулаторно.
2. Обязательной госпитализации подлежат все больные с осложненной гонореей мочеиспускательного канала (эпидидимит, простатит и т. д.).
3. Островоспалительное заболевание мочеполовой сферы (цистит, пиелит и т. д.) не гонорройного характера— также требует эвакуации.
4. Не подлежат госпитализации и эвакуации: все больные с явлениями хронического гонорройного и негонорройного уретрита (незначительные слизистые выделения, нити в моче и т. д.), хронического простатита, остатками эпидидимита, а также больные, страдающие ночным недержанием мочи.

Объем лечебной помощи в войсковом районе гри

Название болезни	Осложнение	Клиническая картина	Локализация
1. Чесотка		<p>Сильный зуд, усиливающийся при согревании в постели. Высыпание мелких, величиною с булавочную головку папуло-везикул, расчесываемых и превращающихся в точечные кровянистые корочки;</p> <p>чесоточные ходы в виде серых полос или валиков длиной от $\frac{1}{4}$ до $\frac{3}{4}$ см.</p>	<p>Кисти рук, особенно боковые поверхности пальцев, внутренняя поверхность лучезапястного сустава, сгибательные поверхности верхних конечностей, боковые поверхности груди и живота и ягодицы, внутренние поверхности бедер;</p> <p>кисти рук, тыла стопы и головки полового члена, окружность сосков у женщин.</p>

наиболее часто встречающихся болезнях кожи

Причина или предрасполагающие моменты	Профилактика	Лечение	На каком этапе эвакуации проводится лечение
Соприкосновение счесоточным больным совместное пребывание и пользование одной постелью, баней, спальным постельным и нательным бельем и др.)	Соблюдение общегигиенических правил и лечение всех заболевших. Тщательная стирка (обязательное кипячение) постельного и нательного белья, паровая дезинфекция одежды и белья (в зимнее время на морозе вывешивать на 5—10 часов)	<p>Мазевой способ (для индивидуального лечения)</p> <p>Rp. Ung. Wilkinsonii 30.0 S. Мазь</p> <p>#</p> <p>Rp. Ung. Sulfuratum 10%—20% 30.0 S. Мазь</p> <p>Втирание в кожу мази при помощи тампона (грубая ветошь) 2 раза в день в течение 3 дней. На 4-й день баня или душ и смена белья.</p> <p>Способ Демьяновича (для массовой обработки)</p> <p>1) Sol. Natr. hyposulfurosum 60%—200.0</p> <p>2) Sol. Ac. muriatici puri 6%—100.0</p> <p>100 куб. см первого раствора наливают в тарелку, и больной, раздетый до гола, втирает раствор в пораженные участки кожи при помощи кистей рук, постоянно смачиваемых в растворе. Втирание производится в течение 10 минут и после нескольких минут отдыха—повторно еще 10 минут. После высыхания переходят к растиранию вторым раствором, проводя его также два раза по 10 минут (соляная кислота наливается в пригоршню постепенно прямо из бутылки). По окончании лечения больной надевает чистое белье. Мытье в бане или под душем разрешается не ранее, чем через 3—4 дня. В случае неуспеха, через 2—3 дня повторная обработка.</p>	ПМП или ДМП

Название болезни	Осложнение	Клиническая картина	Локализация
1) Пиодермит (гнойничковое поражение кожи) а) стафилококковый пиодермит б) остеофолликулит	Пиодермит (частое осложнение)	Кроме проявлений чесотки, на коже имеется высыпание импетиго, эктим и фолликулитов (см. пиодермит)	Чаще на кистях рук, в области лучезапястных суставов, но также на любом участке кожи.
	Явления раздражения кожи (дерматиты), возникающие после длительного втирания мазей	Фолликулярное расположение и образование пустул.	Мелкие, величиною от булавочной головки до просыаного зерна, пустулки, в центре пронизанные волосом, окруженные гиперемизированной каемкой.

Причина или предрасполагающие моменты	Профилактика	Лечение	На каком этапе эвакуации проводится лечение
Трение, втирание мази, мацерация кожи под компрессом, потливость и т. д.		<p>Смазывать раствором анилиновых красок (см пиодермит) и борно-риванолово-нафталановой пастой.</p> <p>Rp. Rivanoli 0.6 Ac. borici Naphtalani aa 1.5 Pasta Zinci 30.0 S. Паста</p> <p>После затихания явлений пиодермита — обычное лечение чесотки.</p> <p>Rp. Pasta Lassari 30.0 S. паста # Rp. Ac. borici 1.5 Talcı 28.5 S. Присыпка</p> <p>Rp. Methylen blau 2.0 Spir. vini 70%—100 0 S. Наружное. Смазывать 1 раз в день.</p> <p>или Rp. Brilliant. Grün. 2.0 Spiriti vini 70%—100 S. Наружное. Смазывать 1 раз в день.</p>	ГБА. ПМП или ГБА.

Название болезни	Осложнение	Клиническая картина	Локализация
Сикоз		Хроническое течение. Высыпание остеофолликулитов с воспалительным уплотнением кожи пораженного участка.	Борода, усы, реже лобок и волосистая часть головы.
2) Глубокий фолликулит		Узелки красного цвета, величиной от горошины до лесного ореха, увенчанные пустулой, пронизанные волосом. В дальнейшем — рассасывание или нагноение с образованием абсцесса различной глубины.	
3) Фурункул		Багрово-красного цвета узел, резко болезненный, увенчанный небольшой пустулкой, по вскрытии которой обнаруживается зеленоватого цвета верхушка некротического стержня, последовательно отторгающегося нагноением.	

Причина или предрасполагающие моменты	Профилактика	Лечение	На каком этапе эвакуации проводится лечение
		<p>Обтирание 2% салициловым спиртом с последующей присыпкой 5% борным тальком.</p> <p style="text-align: center;">#</p> <p>Rp. Sulfur. ppt. 5.0—10.0 Glycerini 30.0 Aq. destillat. ad 100.0 S. Наружное.</p> <p>В остром периоде смазывание раствором анилиновых красок (см. Остеофолликулит), в дальнейшем — ручная эпиляция, обтирание 2% салициловым спиртом и смазывание мазью следующей прописи:</p> <p>Rp. Ac. tannici 1.5 Sulfur ppt. 3.0. Vasellini 30.0 S. Мазь</p> <p>Обтирание 2% салициловым или камфарным спиртом, смазывание раствором анилиновых красок, чистым ихтиолом или следующей мазью:</p> <p>Rp. Sulf. depur. 3.0 Ac. carbolici Camphor. trit. aa 1.0 Vasellini ad 20.0 S. Мазь.</p>	<p>ПМП.</p> <p>Ограниченные случаи на ПМП, упорные и распространенные случаи на ГБА.</p>
Внешние Травматизация кожи трением, расчесами, раздражение фолликулов попаданием пылевых частиц, мацерация компрессами.		<p>Местное. Чистый ихтиол с наложением поверх ватной пластики, ртутный пластырь, серно-карболово-камфарная мазь (см. глубокий фолликулит) с коллоидной или клеоловой повязкой, очищение в окружности путем обтирания спиртом.</p>	<p>ПМП.</p> <p>Ограниченные и одиночные фурункулы на ПМП, распространенные и рецидивирующие формы — на ГБА.</p>

Название болезни	Осложнение	Клиническая картина	Локализация
Фурункулез		Повторное множественное высыпание фурункулов.	
4) Карбункул		Сходная с фурункулом, но узел — с более мощной инфильтрацией.	
5) Гидрадезит		Одиночные или множественные воспалительные узлы, величиной от вишневой косточки до грецкого ореха. Резкая болезненность. Узлы нагнаиваются и вскрываются перфорационным отверстием.	Подмышечные впадины
5) Стрептококковый пиодермит			

Причина или предрасполагающие моменты	Профилактика	Лечение	На каком этапе эвакуации проводится лечение
Общие. Истощающие хронические заболевания, упадок питания, авитаминоз, малокровие, хронические кишечные интоксикации, нарушение обмена веществ (диабет) и т. п.		Общие. Аутогемотерапия, инъекции 10—20% скипидара в прованском масле (от 0,25 до 1,5 куб. см через день), вакцинация (поливалентная стафилококковая).	
То же, что и при фурункуле		Лечение то же, что и при фурункуле. Вначале лечится, как фурункул, в случае развития общих явлений — хирургическое вмешательство	На том же, что и при фурункуле.
То же		То же, что и при фурункуле. При склонности к длительному течению — облучение ультрафиолетовыми лучами или рентгенотерапия	Начальные и abortивные протекающие формы подлежат лечению на ПМП. Тяжелые формы препятствуют движению верхней конечности на ГБА.

Название болезни	Осложнение	Клиническая картина	Локализация
1) Импетиго-вульгарис		Острое высыпание небольших вялых пузырей (фликтен), окруженных узким воспалительным венчиком. В течение нескольких часов вскрытие фликтен и образование янтарно-желтых, бугристых корок, увеличивающихся в окружности и в толщину; по удалении корок — влажная эссадина.	Чаще всего лицо, волосистая часть головы, но также и на любом участке кожи.
2) Эктимма		Высыпание крупных, величиной до лесного ореха, вялых пузырей (фликтен), наполненных вначале прозрачным, в дальнейшем мутным, часто кровянистым содержимым, окаймленных яркорозовым венчиком. В дальнейшем фликтены засыхают с образованием грязно-желтой корки, по удалении которой обнаруживается поверхностное изъязвление круглой или овальной формы, с отвислыми краями, сочным, покрытым грязно-серым налетом дном и обильным сукровично-гнойным отделяемым. Медленное и вялое заживление с образованием рубца.	Голеня, ягодицы, реже поясница и верхние конечности.
3) Хроническая стрептодермия	Экзематизация	Хроническое заболевание. Поражает значительные участки кожи; кожа гиперемирована, покрыта большим количеством тонких, лоскутно-пластинчатых корок, по удалении которых обнаруживается мокнутие; резкое отграничение от здоровой кожи. Краевое шелушение, в виде каемки, отслоившейся эпителии и склонность к периферическому росту. Часто рецидивирует.	Голеня, в окружности неопытно-содержимых ран и язв (паратравматическая стрептодермия).

Причина или предрасполагающие моменты	Профилактика	Лечение	На каком этапе эвакуации проводится лечение
Контагиозное заболевание.		Тщательно очищать окружающую кожу 2% салициловым спиртом. # Rp. Rivanoli 0,15 Ac. borici Naphtalani aa 1,5 Vasellini 30,0 S. Мазь. # Rp. Hydr. ppt. albi Ac. salicyl. aa 0,6 Vasellini 30,0 S. Мазь То же, что и при импетиго вульгарис. В вяло протекающих случаях Rp. Ung. Wilkinsonii 30,0 S. Мазь # Rp. Arg. nitrici 0,3 Bals. Peruvianaе 3,0 Vasellini 30,0 S. Мазь. (мазь Микулича) Облучение ультрафиолетовыми лучами.	ПМП, распространенные формы — на ГБА.
Повышенная потливость, длительное пребывание на ногах (поход), плохая пригнанная обувь, небрежно надета портька и т. д.		То же, что и при эктимме. Rp. Sol. 1/4% Arg. Nitrici или Rp. Sol. 1% Resorcini 200,0. S. Для примочек. # Rp. Methyl violet 0,3 Vasellini 30,0 S. Мазь. Риванол—борно-нафтал. мазь (см. импетиго). В длительных случаях Rp. Ung. Wilkinsonii 30,0 S. Мазь. Rp. Ol. Rusci Naphtalani aa 15,0 S. Наружное. Рентгенотерапия.	ПМП, вяло протекающие формы — на ГБА. ПМП, упорные и часто рецидивирующие случаи — ГБА.
			ГБА