Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

**СБОРНИК**

**МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

**по дисциплине «Дерматовенерология»**

**для специальности 31.05.02 – Педиатрия (очная форма обучения)**

Красноярск

2018

Сборник методических указаний для обучающихся к клиническим практическим занятиям по дисциплине «Дерматовенерология» для специальности 31.05.02 – Педиатрия (очная форма обучения) / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева, А.Н. Смыкова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 171 с.

**Составители:** доктор медицинских наук, профессор Карачева Ю.В.,

кандидат медицинских наук, доцент Яковлева Т.А.,

кандидат медицинских наук, ассистент Смыкова А.Н.

Сборник методических указаний к клиническим практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия (Очное, высшее образование, 6,00), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации 17 августа 2015 № 853, стандартом организации «Рабочая программа дисциплины (модуля). СТО 7.5.04-16. Выпуск 2».

КрасГМУ

2018 г.

**1.Занятие № 1**

**Тема:** «Особенности физиологии и гистологии кожи детей. Методика осмотра ребенка дерматовенерологом. Специальные методы исследования в дерматологии. Морфологические элементы сыпи».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание основ анатомии и физиологии кожи позволит практическим врачам легко ориентироваться в особенностях клинических проявлений различных дерматозов и в их дифференциальной диагностике.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

**Учебная:**

**-знать:**

* анатомо-физиологические основы строения кожи;
* знать общие патологические процессы в эпидермисе и дерме;
* знать патоморфологические паттерны острых и хронических дерматозов.

**- уметь:**

* анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, используя знания анатомо-физиологических основ.

**- владеть:**

* оценкой результатов гистопатологических исследований различных нозоологических форм кожных заболеваний.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. Дерма состоит из следующих слоев :

а) сетчатый

б) шиповатый

в) роговой

г) зернистый

д) базальный

2. В состав эпидермиса не входит следующий слой:

а) базальный

б) сосочковый

в) шиповатый

г) зернистый

д) роговой

3. Слизистая оболочка полости рта состоит из следующих слоев:

а) базального и зернистого

б) шиповатого и рогового

в) зернистого и рогового

г) блестящего и базального

д) шиповатого и базального

4. Клетки Лангерганса расположены в слое кожи:

а) блестящем

б) зернистом

в) роговом

г) шиповатом

д) сетчатом

5. Слои дермы:

а) сосочковый и сетчатый

б) базальный и шиповидный

в) зернистый

г) гранулярный

д) шиповидный

6. Апокриновые потовые железы расположены:

а) в подмышечных впадинах

б) на ладонях

в) на голове

г) на подошвах

д) вокруг рта

7. Кровеносные сосуды в коже отсутствуют в:

а) эпидермисе

б) дерме

в) гиподерме

г) подкожно-жировой клетчатке

д) собственно коже

8. Сальные железы в коже отсутствуют:

а) на лице

б) на груди

в) на ладонях

г) на волосистой части головы

д) на туловище

9. Чувство холода воспринимается с помощью:

а) телец Фатера-Пачини

б) телец Мейснера

в) колб Краузе

г) телец Руффини

д) клеток Меркеля

10. Тельца Руффини:

а) самый крупный рецептор кожи

б) расположены в гиподерме

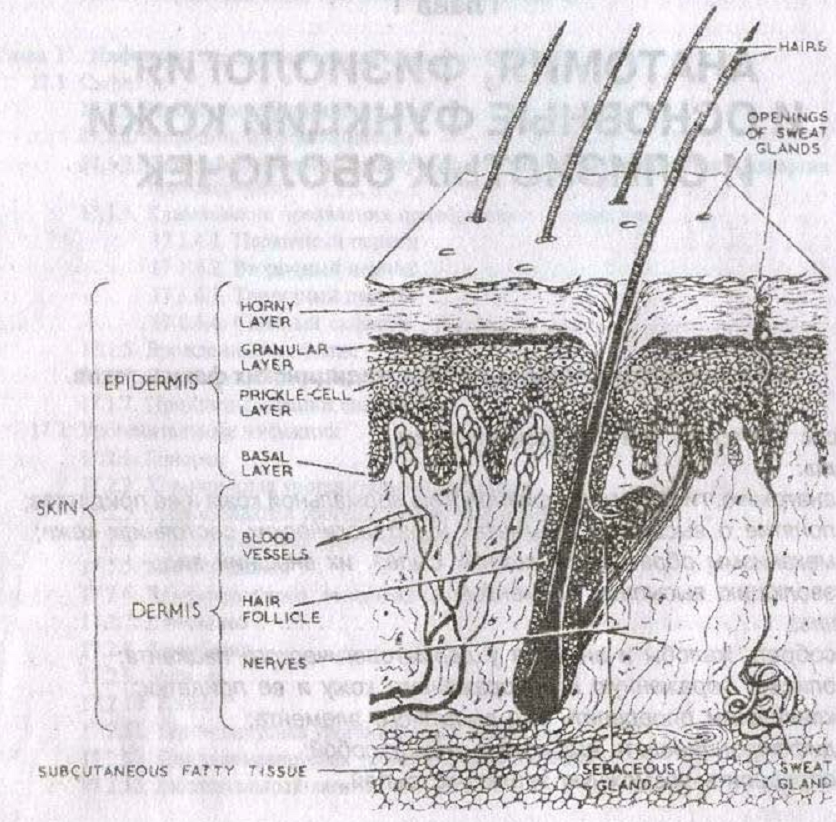
в) расположены в глубоких слоях дермы

г) ответственны за чувство глубокого давления

д) ответственны за чувство холода

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК.СТРОЕНИЕ И ФУНКЦИИ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ.

Кожа – особый орган тела человека, ее площадь у взрослого человека составляет от 1,5 до 2,5 м2. Она состоит из трех плотно прикрепленных друг к другу слоев: эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки. К придаткам (или производным) кожи относят кожные железы (потовые и сальные), а также волосы и ногти.

**Эпидермис** представлен многослойным плоским ороговеваюшим эпителием эпидермального типа. Эпидермис состоит из следующих слоев клеток: базального, шиповатого, зернистого, блестящего (присутствует только в коже ладоней и подошв) и рогового.

*Базальный слой* располагается на базальной мембране. Базальная мембрана имеет толщину 0,7-1,5 мкм и состоит из *блестящей,* или *светлой, пластинки (lamina lucida),* граничащей с цитоплазмой базальных клеток, и *плотной пластинки (lamina densa),* примыкающей к дерме. Клетки базального слоя (базальные кератиноциты) прикрепляются к пластинке базальной мембраны, содержащей адгезивные белки ламинин и фибронектин, с помощью *полудесмосом* (электронно-плотные участки цитоплазматической мембраны кератиноцитов, связанные с внутриклеточными тонофиламентами).

*Шиповатый слой* представлен 3-15 рядами (большее число рядов характерно для кожи ладоней и подошв) клеток полигональной формы, прочно связанных друг с другом посредством десмосом и интердигиталий.

*Зернистый слой* образован 1-3 рядами плоских клеток веретенообразной формы с темным ядром и базофильными включениями в цитоплазме (кератогиалиновые гранулы). Эти включения содержат вещество белковой природы, обеспечивающее процесс ороговения кератиноцитов, – *филаггрин.* Он способствует агрегации и стабилизации разрозненных тонофиламентов, составляющих цитоскелет эпидермоцитов, в единый комплекс.

*Блестящий слой* выявляют только в коже ладоней и подошв. Он состоит из 1-2 рядов оксифильных клеток с нечеткими границами и плохо определяемыми органеллами. При изучении под электронным микроскопом представляет собой нижние ряды рогового слоя.

*Роговой слой* представлен роговыми чешуйками – постклеточными структурами. Они не содержат ядер и органелл, но богаты белком кератином и постоянно слущиваются. Толщина рогового слоя эпидермиса зависит от анатомической локализации участка кожи. В эпидермисе помимо кератиноцитов имеется три типа дендритических клеток: меланоииты, клетки Лангерганса и клетки Меркеля.

*Меланоциты* (пигментные дендритические клетки, пигментные дендроциты) локализуются в базальном слое эпидермиса у лиц с белой кожей. У представителей негроидной расы, а также у представителей европеоидной расы в местах естественной пигментации, указанные клетки обнаруживаются также и в шиповатом слое.

*Клетки Лангерганса* (внутриэпидермальные макрофаги, или беспигментные дендритические клетки) имеют моноцитарное происхождение, они обеспечивают захват, процессинг антигена и антиген-презентацию. Эти клетки участвуют в иммунных реакциях, продуцируют интерферон и лизоцим.

*Клетки Меркеля* (осязательные эпителиоидоциты) расположены в базальном слое эпидермиса и в эпителии фолликулов волос. Эти клетки имеют нейроглиальное происхождение и принимают участие в формировании тактильных ощущений на коже.

*Дерма* состоит из двух слоев, нечетко отграниченных друг от друга: сосочкового и сетчатого.

*Сосочковый слой* прилежит непосредственно к эпидермису и представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью. Этот слой определяет рисунок гребешков и бороздок на поверхности кожи.

*Сетчатый слой* дермы образован плотной неоформленной волокнистой соединительной тканью. Содержит волокнистые структуры; коллагеновые, эластические и ретикулярные (ретикулиновые, аргирофильные) волокна.

*Подкожная жировая клетчатка*является продолжением дермы. Состоит из белой жировой ткани и прослоек рыхлой волокнистой соединительной ткани, имеет различную толщину в зависимости от локализации, половой принадлежности, эндокринного статуса и питания.

Кровоснабжение кожи осуществляется двумя артериальными и венозными сплетениями – поверхностным и глубоким. Поверхностное сплетение представлено сосудами мелкого калибра (капилляры, артериолы, венулы), расположенными в сосочковом слое дермы и отвечающими за микроциркуляцию в коже. Глубокое сплетение образовано сетью сосудов более крупного калибра в сетчатом слое дермы и подкожной жировой клетчатке, с его участием осуществляется терморегуляция. Между поверхностным и глубоким сплетениями имеются анастомозы.

Лимфатическая система кожи представлена поверхностной сетью, начинающейся с сосочковых синусов (в сосочках дермы), и глубокой сетью (в гиподерме), между которыми расположены отводящие сосуды.

Иннервация кожи обеспечивается афферентными и эфферентными нервными волокнами, образующими субэпидермальное и дермальное сплетения. Эфферентные волокна иннервируют гладкомышечную ткань кровеносных сосудов, потовые железы и мышцы, поднимающие волос.

Особенностью строения губ является наличие трех отделов: кожного, промежуточного и слизистого. Кожный отдел имеет типичное строение кожи. Особенностью строения дермы этого отдела является наличие вплетенных в нее мышечных волокон, обеспечивающих подвижность губ. Промежуточный отдел губы называют красной каймой. Он покрыт мно­гослойным частично ороговевающим эпителием, особенностью которого, по сравнению с эпителием кожи других участков, является большая толщина и неполное ороговение.

Особенностью строения кожи гениталий (головка полового члена, внутренний листок крайней плоти, внутренняя поверхность больших половых губ, малые половые губы) является неполное ороговение эпителия, отсутствие волос и наличие специфических желез (тизониевые, бартолиниевые и др.).

*Сальные железы* являются простыми альвеолярными железами с голокринным типом секреции. Состоят из концевых отделов и выводных протоков. В подавляющем большинстве сальные железы связаны с волосяными фолликулами, а их протоки открываются в устья волосяных фолликулов.

*Потовые железы*подразделяют на эккринные (простые трубчатые) и апокринные (простые трубчато-альвеолярные) железы.

*Эккринные потовые железы* располагаются во всех участках кожного покрова и являются железами с мерокринным типом секреции (при выделении секрета клетка сохраняется целой). Начинают функционировать с момента рождения и участвуют в терморегуляции. Состоят из концевого секреторного отдела и выводного протока.

*Апокринные потовые железы* расположены в коже подмышечных впадин, ареол сосков молочных желез, перианальной, перигенитальной областей. Иногда они обнаруживаются вокруг пупка, в области крестца.

Поверхность кожи покрыта сплошной, тонкой водно-жировой эмульсионной пленкой – *водно-липидной мантией*

*Волосы*представляют собой ороговевшие нитевидные придатки кожи. У взрослых на поверхности тела имеется до 2 миллионов волос, из них на голове насчитывают до 100 тысяч. Известно, что у блондинов волос в среднем на 10% больше, чем у брюнетов. Цвет волос зависит от активности меланоцитов и обусловлен двумя пигментами: желто-красным феомеланином и черно-коричневым эумеланином. Варианты цвета волос зависят от комбинации обоих пигментов. Структура и цвет волос являются генетически детерминированными и во многом зависят от расы.

Ногти состоят из ногтевой пластинки и ногтевого ложа.

*Ногтевая пластинка* расположена на ногтевом ложе и состоит из нескольких слоев роговых чешуек, плотно связанных друг с другом. Компактно уложенные роговые чешуйки образованы твердым кератином. Прочность смыкания роговых чешуек обеспечивается высокоспециализированными липидами. Поверхность ногтевой пластинки покрыта водно-липидной мантией кожи. Обновление ногтя на пальцах кистей происходит примерно за 4 месяца, а на стопах – за 6.

Выделяют проксимальную, дистальную и латеральные части ногтевой пластинки. Проксимальная часть, или корень, находится в задней ногтевой щели и покрыта эпонихиумом (ногтевой кожицей, или кутикулой). В области корня ногтя имеется небольшая полулунной формы зона – лунка, не покрытая эпонихием, имеющая более светлую, по сравнению со всей ногтевой пластинкой, окраску. Дистальная часть ногтевой пластинки заканчивается свободным отрастающим краем ногтя, расположенным на подногтевой пластинке – ногтевом ложе (гипонихиум). Латеральные части ногтевой пластинки ограничены слева и справа кожными складками, или околоногтевыми валиками (паронихиум). Ногтевая пластинка отделена от ногтевых валиков бо­ковыми ногтевыми щелями.

*Ногтевое ложе*представлено многослойным эпителием, состоящим из базального и шиповатого слоев. Оно образует продольные эпидермальные гребешки, чередующиеся со складками подлежащей дермы.

**Основные функции кожи**

|  |  |
| --- | --- |
| **Структуры и факторы, обеспечивающие эти функции** | **Функция** |
| Защитная | Механическая защита: прочность соединения эпидермиса и дермы (6азальная мембрана); сцепление роговых чешуек; высокоспе-циализированные межклеточные липиды; амортизация за счет каркаса дермы (коллагеновые волокна) и подкожной жировой клетчатки. Защита от ультрафио-лета: синтез меланина; наличие рогового слоя. Защита от микро-организмов: плотное сцепление роговых чешуек; высокоспециали-зированные липиды; водно-липид-ная мантия; обновление эпите-лиального пласта и отшелушивание роговых чешуек. Поддержание водного баланса: плотное сцепле-ние роговых чешуек; высокоспе-циализированные липиды; водно-липидная мантия |
| Обменная | Синтез витаминов А и D (эпидермис); гормонов (подкожная жировая клетчатка) |
| Терморегулирующая | Эккринные потовые железы; физические свойства водно-липидной мантии; глубокие сосудистые сплетения; подкожная жировая клетчатка |
| Рецепторная | Клетки Меркеля; эфферентные и афферентные нервные волокна; ин­капсулированные и свободные нервные окончания |
| Участие в водно-соле­вом обмене | Секреция пота эккринными потовыми железами |
| Резорбционная | Всасывание в системный кровоток веществ, попадающих на кожу, поверхностные сосудистые сплетения |
| Иммунная | Синтез в эпидермисе интерлейкинов и других цитокинов; захват, процессинг и транспорт антигенов; антиген-презентация клетками Лангерганса; местный иммунный надзор лимфоидными клетками дермы и ги­подермы |
| Экскреторная | Выделение с потом и кожным салом продуктов метаболизма, лекарственных и токсических веществ |

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1. Сделать зарисовки строения кожи.

2. Сделать зарисовки придатков кожи.

3. Разобрать меланогенез.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1.**

На прием к дерматологу обратился больной 39 лет с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х дней. Начало заболевания больной связывает с ожогом кипятком.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже верхних конечностей. Высыпания представлены полостными элементами, содержащими прозрачную жидкость, покрышка элементов дряблая, тонкая, диаметр высыпаний от 0,5 см до 1 см. Элементы расположены на видимо неизмененной коже.

1. Какая функция кожи нарушена?
2. В каком слое кожи находится шиповатый слой?
3. Где находятся клетки Меркеля?
4. Перечислите придадки кожи.
5. Перечислите слои дермы.

**Задача №2.**

На прием к дерматологу обратился больной 19 лет с жалобами на высыпания на коже в правой подмышечной впадине.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 5 дней, когда после бритья со слов больного на коже появилась краснота, воспалительный узел. Самостоятельно смазывал высыпания раствором бриллиантовой зелени, улучшения не отмечает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, правая подмышечная область слегка гиперемирована, в толще кожи пальпируются два болезненных ограниченных уплотнения округлой формы.

1. Какие потовые железы вы знаете?
2. Перечислите слои эпидермиса.
3. Какие функции выполняют потовые железы?
4. Строение волос.
5. Какие фазы развития волос?

**Задача №3.**

Больной 17 лет обратился в ККВД с жалобами на изменение ногтей на пальцах кистей. Субъективные ощущения отсутствуют.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около года, когда без видимой причины ногти стали рости не ровными. Наблюдается у эндокринолога по поводу сахарного диабета.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре ногтевые пластинки изменены, утолщены.

1. Строение ногтей?
2. Чем представлено ногтевое ложе?
3. Какие части выделяют у ногтевой пластинки?
4. С какой периодичностью обновляются ногти на пальцах кистей и стопах?
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

**Задача №4**

Больная 33-х лет поступила на стационарное лечение с жалобами на высыпания в области кистей, мокнутие, умеренный зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение трех лет. Начало заболевания связывает контактом со стиральным порошком, когда впервые возникли высыпания на кистях, сопровождающиеся зудом. После применения кортикостероидных мазей высыпания полностью регрессировали. В дальнейшем после стирки высыпания периодически появлялись вновь. Однако последнее обострение возникло на фоне стрессовой ситуации, контакта с порошком не было.

Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность: у бабушки больной по отцовской линии была пищевая аллергия на клубнику, проявляющаяся высыпаниями на коже в виде узелковых элементов.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, симметричный, локализуется на коже тыла кистей. Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации, мелкокапельное мокнутие.

1. Дайте определение морфологическим элементам, имеющимся у данной больной.
2. Какие виды вторичных морфологических элементов вы знаете?
3. Перечислите слои дермы.
4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи.
5. Выпишите рецепты гипосенсибилизирующего и антигистаминного препаратов.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 19 лет с жалобами на высыпания на коже рук, туловища.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 5 дней, когда на коже рук, туловища появилась краснота, дряблые пузырьки, корочки. Самостоятельно смазывал высыпания раствором бриллиантовой зелени, несмотря на это продолжали появляться свежие высыпания в виде пузырьков с гнойным содержимым.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. При осмотре на коже верхних конечностей и туловища наблюдаются поверхностные полостные элементы с вялой покрышкой, мутноватым гнойным содержимым, окруженные венчиком гиперемии. Элементы сыпи расположены вне связи с фолликулами. На месте некоторых элементов – серозно-гнойные корки.

1. Перечислите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
2. При каких заболеваниях возникают пустулезные элементы сыпи?
3. Перечислите слои эпидермиса
4. Какие виды шелушения вы знаете?
5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки).

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Особенности строения кожи
2. Функции кожи в норме.
3. Гистопатология эпидермиса и дермы.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Особенности оценки состояния кожи дерматологического больного.

2. Современные особенности строения кожи и её придатков.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре | |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | |
| **Основная литература** | | | | | | |
| 1. | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 | |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | | |
| 2. | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  | |
| 3. | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  | |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие № 2**

**Тема:** «Пиодермии у детей периода новорожденности, у детей старшего возраста. Чесотка. Клинические проявления. Лечение и профилактика».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики пиодермий и чесотки необходимы врачам общей практики в их повседневной работе, учитывая очень большую распространенность, заразный характер данных заболеваний и необходимость проведения профилактических мероприятий.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* этиологию и эпидемиологию пиодермий ;
* классификацию пиодермий;
* особенности клинических проявлений и течения пиодермий ;
* **уметь:**
* составлять алгоритм обследования и лечения больных страдающих пиодермиями ;
* исследовать содержимое пузырей, пузырьков и пустул;
* определять чувствительность больного к антибиотикам;
* проводить эпиляцию при вульгарном сикозе.
* **владеть:**
* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание;

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

Выберите один правильный ответ.

1. ФУРУНКУЛ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОПАСЕН:

1) развитием рожистого воспаления лица

2) развитием флегмоны шеи

3) развитием заглоточного абсцесса

4) развитием тромбоза кавернозного синуса

5) развитием флегмоны дна полости рта

2. ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ :

1) локализация высыпаний

2) количество высыпаний

3) течение

4) общая семиотика

5) развитие осложнений

3. При подозрении на шанкриформную пиодермию необходимо провести исследование:

1) на бледную трепонему серозного отделяемого с поверхности язвы

2) реакцию Грегерсена

3) реакцию Манту

4) пробу Бальзера

5) пробу Ядассона

4. Язва при шанкриформной пиодермии:

1) правильных округлых или овальных очертаний

2) неправильных очертаний

3) дно неровное, бугристое

4) сопровождается болезненностью

5) в основании отсутствует уплотнение

5. При шанкриформной пиодермии регионарные лимфатические узлы:

1) не спаяны между собой и с окружающей кожей

2) спаяны между собой и с окружающей кожей

3) болезненные

4) нагнаиваются

5) мягкой консистенции

6. При шанкриформной пиодермии, пока не исключен диагноз сифилиса, назначаются:

1) антибиотики

2) повязки с физиологическим раствором

3) сульфаниламиды

4) мази с антибиотиками

5) противовирусные мази

7. При вульгарной эктиме больному назначаются:

1) антибиотики

2) противогрибковые средства

3) примочки с 2% раствором борной кислоты

4) мази с кортикостероидами

5) противовирусные средства

8. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ:

1) вульгарный сикоз

2) фурункул

3) гидраденит

4) карбункул

9.ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТСЯ:

1) антибиотики

2) вскрытие абсцессов

3) анилиновые красители

4) местно ихтиоловая мазь

5) антибиотики, вскрытие абсцессов,

анилиновые красители, местно ихтиоловая мазь

10.ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) антибиотики

2) чистый ихтиол

3) анилиновые красители

4) УВЧ

5) УФО

11. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Sarcoptes scabiei hominis

2) Demodex folliculorum

3) Leishmania tropica

4) Treponema pallidum

5) Chlamydia trachomatis

12. ОСНОВНЫе КЛИНИЧЕСКИе ПРИЗНАКи ЧЕСОТКИ:

1) зуд в вечернее и ночное время

2) парное расположение морфологических элементов сыпи

3) узелки, чесоточные ходы

4) зуд в вечернее и ночное время; парное расположение морфологических элементов сыпи

* 5) зуд в вечернее и ночное время; парное расположение элементов сыпи; узелки, чесоточные ходы

13. Для чесотки характерны:

1) бугорки

2) узлы

3) парно расположенные пузырьки и узелки

4) волдыри

5) полигональные папулы

14. наиболее частое осложнение чесотки:

1) вторичная пиодермия

2) сепсис

3) рубцовая атрофия кожи

4) флегмоны

5) эритродермия

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

Пиодермии занимают по частоте 1 место среди кожных заболеваний и возникают при внедрении в кожу гноеродных кокков: стафилококков или стрептококков. Помимо наличия возбудителей и степени их вирулентности, с одной стороны, для развития пиодермий необходим ряд условий, приводящих к снижению защитных сил организма и способствующих развитию инфекции, т.е. три “м”- макроорганизм, микроорганизм и среда (medium).

К экзогенным факторам относят загрязнение кожи, ее мацерацию, травматизацию, изменение рН кожи в сторону щелочности. К эндогенным - авитаминозы, функциональные нарушения нервной системы, изменения гормонального фона, углеводного обмена и т.п.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:**

Важными факторами, способствующими возникновению пиодермии,являются массивность инфицирования, вирулентность микробов, наличие входных ворот для инфек­ции и состояние иммунитета.

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

**По этиологическому агенту**:

1. стафилодермии,

2. стрептодермии,

3. стрептостафилодермии.

**По течению:**

1. острые

2. хронические

**По глубине поражения:**

1. поверхностные

2. глубокие

**По распространенности:**

1. ограниченные

2. диффузные

3. распространенные

**По взаимосвязи:**

1. приуроченные к фолликулярно-железистому аппарату

2. неприуроченные к фолликулярно-железистому аппарату.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:**

СТАФИЛОДЕРМИИ.

Отличительной особенностью стафилодермий является их связь с придатками кожи (волосами, фолликулами, железами). Различают несколько разновидностей стафилококковых пиодермий.

* ОСТИОФОЛЛИКУЛИТ
* ФОЛЛИКУЛИТ
* ФУРУНКУЛ
* КАРБУНКУЛ
* ГИДРАДЕНИТ
* ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ - это острое, контагиозное заболевание, возникающее в первые дни жизни ребенка. На коже появляются серозные пузыри, эрозии, быстро растущие по периферии. Заражение обычно происходит от матери или медперсонала.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Острые пиодермии

(фурункул, карбункул, гидраденит, эпидемическая пузырчатка новорожденных и др.)

* антибиотики, сульфаниламиды
* устранение неблагоприятных экзогенных факторов
* наружное лечение

Хронические пиодермии

(фурункулез, вульгарный сикоз, хронические язвенные, вегетирующие, узловатые формы)

* санация очагов фокальной инфекции, лечение диабета и др. висцеральной патологии
* специфические иммунопрепараты (стафилококковый анатоксин, антифагин и др.), средства, усиливающие иммуногенез
* на первоначальных и заключительных этапах – антибиотики
* наружное лечение

ПРОФИЛАКТИКА:

Основу контроля за стафилококковой инфекцией в больницах (и в любом другом месте) является тщательное соблюдение гигиенических стандартов и неукоснительное соблюдение правил асептики. Циркулирующие патогенные штаммы стафилококка также чувствительны к дезинфицирующим средствам, как и обычные непатогенные штаммы.

Важное мероприятие - выявление носителей патогенного стафилококка (на слизистой носа) среди персонала, особенно в отделениях новорожденных. Фаготипирование коагулазоположительных стафилококков помогает выявить источник в случае внутрибольничных инфекций.

**Чесотка –** паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещем. Чесоточный зудень паразитирует только в кожи человека в поверхностных слоях эпидермиса.

Первые описания чесотки появились более 3000 лет назад в Китае, Ассирии.

В 1834 году Ренугги впервые доказал роль чесоточного клеща в этиологии чесотки.

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудителем чесотки является Sarcoptes scabiei. Тип членистоногих.

Класс паукообразных. Отряд акариформных. Подотряд чесоточных.

Термин псевдосаркоптоз включает поражение человека чесоточными клещами, следующих животных: собаки, лошади, овцы, крупный рогатый скот, козы, кролики, свиньи, лисицы, птицы, крысы и др.

Жизненный цикл клеща. Плодовитость 2-3 яйца в сутки, через 3-4 дня вылупляются шестиногие личинки, через 2-3 дня первая линька – протонимфа, через 2-3 дня вторая линька – взрослая особь. Полный цикл примерно 10 дней, продолжительность жизни 1,5 месяца – 50 яиц.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

Инвазивные стадии клеща – молодая самка и личинки – протонимфы. Яйца клещей устойчивы к акарицидным средствам в не хозяина живут не более 4 дней.

Пути передачи:

* прямой чесотка – болезнь тесного телесного контакта 60 % случаев
* непрямой, более редкий связан со слабой жизнестойкостью клеща во внешней среде. Заражение: постельные принадлежности, игрушки, письменные принадлежности, предметы личной гигиены, одежда.

Заболевание регистрируется чаще в осенне-зимний период, что связано с сезонным повышением плодовитости клеща.

Инкубационный период зуд появляется в 1-2 день у сенсибилизированных больных, через 2 недели у впервые заразившихся элементы на коже наблюдаются в тот же день в месте внедрения клеща.

КЛИНИКА:

Основные признаки:

- зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время;

- наличие типичных чесоточных ходов;

- типичная локализация высыпаний;

- наличие характерных для чесотки симптомов: Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари;

- преобладание при осложненной чесотке стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах; эктим - на голенях и ягодицах; остиофолликулитов и фурункулов на туловище и ягодицах;

- отсутствие эффекта от проведенного ранее лечения антигистаминными, десенсибилизирующими, противовоспалительными средствами, в том числе кортикостероидными мазями.

КЛИНИКА ,ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ:

- наличие зудящих высыпаний у одного или нескольких членов семьи;

- наличие зудящих высыпаний среди членов организованного коллектива;

- возникновение заболевания после тесного телесного и полового контакта в постели в вечернее и ночное время;

- непрямой путь заражения при наличии нескольких больных в очаге;

- возможность заражения через предметы, которыми непрерывно пользуется большой поток людей – матрацы в поездах, спальные мешки на туристических базах и т.д.

- улучшение состояния после лечения одним из противочесоточных препаратов с доказанной эффективностью.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ:

* Чесотка детей.

А) дети младшего возраста

Б) дети школьного возраста

В) дети всех возрастных групп

* Чесотка пожилых людей
* Чесотка «малосимптомная»
* Чесотка без поражения кожного покрова
* Постстероидная чесотка
* Норвежская чесотка (корковая)
* Скамбиозная лимфоплазия
* Псевдочесотка

ДИАГНОСТИКА:

Диагноз чесотки ставится на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, лабораторного обнаружения возбудителя. В редких случаях возможно использование лечебного критерия – получение положительного эффекта при лечении «ex juvantibus» одним из противочесоточных препаратов.

Методы для микроскопии клеща:

* метод извлечения клеща иглой;
* метод тонких срезов;
* метод послойного соскоба;
* метод обнаружения чесоточного клеща по Соколовой;
* метод щелочного препарирования кожи;
* метод прокрашивания чесоточных ходов метиленовым синим.

ЛЕЧЕНИЕ:

Главным принципом лечения чесотки является этиотропное лечение направленное на уничтожение возбудителя акарицидными препаратами:

1. Серосодержащие мази
2. Метод профессора М. П. Демьяновича
3. Линдан
4. Бензилбензоат
5. Эсдепаллетрин (SPREGAL)

ПРОФИЛАКТИКА.

Дезинсекционные мероприятия: обеззараживание всех постельных принадлежностей, полотенец, нательного белья – кипячением.

При массовой дезинсекции использование дезинсекционной камеры.

Препарат для индивидуальной обработки аэрозоль – A – PAR.

Методику проведения текущей дезинфекции объясняет лечащий врач, а проводит ее сам больной или ухаживающий за ним член семьи.

В стационарах нательное белье и одежду поступающих больных подвергают обработке в дезкамере. Таким же способом обрабатываются после выписки из стационара постельные принадлежности, которыми пользовались больные чесоткой.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 48 лет с жалобами на болезненное уплотнение красного цвета над верхней губой слева. Беспокоит озноб и чувство недомогания.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 5 дней. После бритья появился гнойничок над верхней губой. Больной пытался его выдавить. Через день образовалось болезненное уплотнение величиной чуть больше горошины. Через два дня инфильтрат увеличился, кожа над ним покраснела. Температура тела была 37.4 С. Больного стали беспокоить головные боли, общее недомогание.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже носогубного треугольника слева узел величиной до вишни, болезненный при пальпации. Кожа над узлом синюшно-красного цвета. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.
3. Укажите возможные осложнения.
4. Принципы лечения заболевания.
5. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача №2**

На прием к дерматологу обратилась женщина 30 лет. Работает няней в детском саду. Жалобы на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 5 дней. На коже щек, вокруг рта появилась краснота, дряблые пузырьки, корочки. Самостоятельно смазывала высыпания раствором бриллиантовой зелени, несмотря на это продолжали появляться свежие высыпания в виде пузырьков.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже лица в области щек, подбородка на фоне разлитой эритемы множество фликтен, серозно-гнойных корочек, эрозий.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.
3. Эпидемиология заболевания
4. Перечислите клинические разновидности данного заболевания.
5. Выпишите рецепты наружной терапии.

**Задача №3**

На прием к дерматовенерологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже спины, бедер, ягодиц; повышение температуры тела до 380, общую слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение трех лет, когда появились единичные болезненные узлы в области спины и груди, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. За медицинской помощью обратилась к хирургу. Диагностировали фурункулы. Была назначена антибактериальная терапия, физиолечение. С этого времени периодически отмечала появление фурункулов на коже туловища и конечностей. Приём антибиотиков эффекта не дает. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. Высыпания локализуются на туловище и конечностях, представлены 5 ограниченными плотными узлами багрово-красного цвета, высыпающими над уровнем кожи, болезненными при пальпации. Отдельные узлы в центре имеет пустулу, у двух узлов в центре отчетливо виден некротический стержень с гнойным отделяемым.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Ключевые звенья патогенеза заболевания.
4. Составьте алгоритм обследования больной.
5. Рекомендации больной после курса терапии.

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратился больной 60 лет с жалобами на высыпания на лице и трещины в углах рта. Беспокоит зуд, слюнотечение.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2-х недель, когда впервые появились трещины в углах рта, затем высыпания на лице. Лечился самостоятельно – полоскал рот раствором фурацилина и смазывал трещины облепиховым маслом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже лица и в углах рта. На коже лица вялые пузырьки, медово – желтые корочки, эрозии; в углах рта – линейные трещины.

При осмотре полости рта больного обнаружены кариозные зубы.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.
3. Эпидемиология заболевания.
4. Составьте алгоритм обследования больного.
5. Особенности режима больного.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 30лет с жалобами на болезненность указательного пальца правой руки, чувство озноба, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х дней, когда во время работы травмировал ногтевую фалангу указательного пальца. На коже валика ногтя появился пузырь с прозрачным содержимым, через некоторое время содержимое пузыря помутнело и пузырь вскрылся.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже заднего ногтевого валика указательного пальца правой руки дугообразная, огибающая ноготь, мокнущая, красного цвета эрозия. Температура тела 37,6 С. Локтевые лимфатические узлы справа незначительно увеличены, болезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.
3. Принципы терапии заболевания.
4. Возникновение какого осложнения возможно в данном случае?
5. Профилактика заболевания.

**Задача №6**

На прием к детскому дерматологу обратилась мать с грудным ребенком.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок заболел 2 недели назад, когда появились высыпания пузырьков на коже туловища, лица и конечностей, сопровождающиеся сильным зудом. Педиатром диагностирован аллергический дерматит и назначено лечение (тавегил и адвантан). Положительно эффекта от лечения не наблюдалось. Ребенок постоянно беспокоится по ночам из-за интенсивного зуда, плачет, прерывисто спит. Два дня назад появились гнойнички на кистях и стопах, сопровождающиеся подъемом температуры до 38С.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс носит распространенный характер с преимущественной локализацией на животе и лице. Высыпания представлены парными везикулезными элементами, кровянистыми и гнойными корочками, экскориациями, пустулами, окруженными ярко гиперемированным воспалительным венчиком.

У матери также отмечаются высыпания и зуд.

1. Поставьте диагноз.

2. Особенности клинических проявлений заболевания у детей.

3. Какие симптомы характерны для данного заболевания?

4. Какое заболевание называют псевдосаркоптозом?

5. Особенности лечения заболевания у детей.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Современное представление о систематике и семиотике пиодермий.

2. Диагностика пиодермий.

3. Клинические формы пиодермий.

4. Дифференциальная диагностика пиодермий.

5. Тактика ведения больных пиодермиями.

6. Клинические разновидности чесотки.

7. Современные методы лечения больных чесоткой.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой:**

1.Классификация пиодермий.

2. Диагностика пиодермий.

3. Алгоритм обследования больных пиодермиями.

4. Клинические формы пиодермий.

5.Алгоритм обследования больных чесоткой.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** |
| **Основная литература** | | | | | | |
| 1 | Дерматовенеро-логия : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 | |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 | |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие № 3**

**Тема:** «Грибковые заболевания кожи. Эпидемиология. Отрубевидный лишай. Микроспория. Трихофития. Микозы стоп. Кандидозы у детей. Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание вопросов клинической микологии, этиологии, эпидемиологии, и патогенеза необходимы врачам общей практики, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, трудности дифференциальной диагностики, трудности в лечении данной патологии.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* этиопатогенетические факторы развития микозов кожи;
* эпидемиологию грибковых заболеваний кожи.

**-уметь:**

* определить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи.
* владеть методами пальпации кожи, проведения поскабливания и диаскопии элементов сыпи.
* проводить микроскопическое исследование при микозах.
* проводить культуральную диагностику при микозах.
* составить алгоритм обследования больного.

**-владеть:**

* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать микозы.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ:

1) трихофития, эпидермофития, фавус

2) фавус, дрожжевой глоссит

3) микроспория, фавус, трихофития

4) трихофития, микроспория, хейлит

2. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) стрептококки

2) стафилококки

3) грибы

4) вирусы

5) гонококки

3. Зоофильными грибами вызывается:

1) микроспория

2) поверхностная трихофития

3) розовый лишай

4) разноцветный лишай

5) микоз стоп

4. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ:

1) трихофития

2) микроспория

3) эритразма

4) отрубевидный лишай

5) хромомикоз

5. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ:

1) сахарный диабет

2) солнечный загар

3) растительная диета

4) васкулит кожи

5) гипертоническая болезнь

6. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Malassezia fufur

2) Corynebacterium minutissimum

3) Tricoph. Rubrum

4) Trichofiton schonleinii

5) Candida albicans

7. ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1) стрептококками

2) грибами

3) стафилококками

4) коринебактериями

5) вирусами

8. МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОРАЖАЕТ:

1) гладкую кожу и волосистую часть головы

2) сальные железы

3) слизистую оболочку полости рта

4) тельца Руффини

5) потовые железы

9. ТРИХОФИТИЯ ОТНОСИТСЯ:

1) к дерматомикозам

2) к кандидозам

3) к глубоким микозам

4) к кератомикозам

5) к псевдомикозам

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) гистологическую биопсию

2) пробу Ядассона

3) кожные пробы

4) РИФ

5) пробу Бальзера

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

На долю микозов приходится от 37-42% от всех болезней кожи и ногтей. Микозы стоп по частоте приближаются к простудным заболеваниям. У 18-40% больных обезображивающие изменения ногтей вызывают возбудители микозов стоп.

На сегодня известно около 400 болезнетворных грибов – возбудителей зарегистрированных случаев микозов.

Существующие классификации возбудителей, как правило, отражают их таксономическое положение или особенности морфологии. Наиболее целесообразная классификация: распределение в зависимости от уровня патогенности/биологической угрозы, которую представляет каждый болезне­творный гриб. В России возбудителей инфекционных заболеваний клас­сифицируют по группам патогенности (I-IV по убыванию), в зависимости от опасности, которую они представляют не только для человека, но и об­щества. Большинство возбудителей микозов относится к IV группе пато­генности (оппортунистические инфекции), возбудители эндемических микозов и криптококкоза – к III группе. За рубежом используют так на­зываемые уровни биологической защиты (BSL – biological safety levels), характеризующие возбудителей по степени риска, который представляет контакт с ними, в частности, для сотрудников микробиологической лабо­ратории.

Все известные возбудители микозов относятся к 1-3 группам BSL. К 1 группе BSL отнесены условно-патогенные грибы, вызывающие глу­бокие микозы случайно, как правило, только на фоне иммунодефицита или критического состояния пациента. Сюда же входят случайные возбу­дители недерматофитных онихомикозов.

Ко 2 группе BSL относятся условно-патогенные грибы, лучше приспо­собленные к обитанию в среде макроорганизма. Случаи обусловленных ими глубоких микозов встречаются регулярно. Во 2 группу также входят основные возбудители подкожных микозов. Сюда же причислены дерматофиты и другие облигатно патогенные возбудители поверхностных ми­козов.

К 3 группе BSL отнесены инфекционные формы диморфных возбудите­лей эндемических микозов, криптококкоза и редкие нейротропные возбу­дители феогифомикоза.

Дерматофиты – многоклеточные микроорганизмы, аэробы; используют для питания белки, пептоны, аммонийные соли, нитраты, нитриты, хорошо размножаются в кератине. Благоприятная среда – кожа, волосы, ногти. Инфицирование через контакт со спорами.

По среде обитания подразделяются на виды:

-антропофильные;

-зоофильные;

-геофильные.

Для диагностики микозов используют микроскопию патологического или биопсийного материала, посев на среды Сабуро, мясопептонную с сердечно-мозговой вы­тяжкой и их модификации. При подозрении на глубокие и диссеминированные микозы используются иммунологическая и молекулярная диагностики.

В России общепринятой классификацией дерматомикозов долгие годы являлась классификация, предложенная Н. Д. Шеклаковым в 1976 г. В настоящее время она полностью пересмотрена и составлена в соответствии с МКБ-10. В основу классификации положен принцип локализации процесса; она удобна с практической точки зрения, однако не учитывает этиологических особенностей в некоторых локализациях.

РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ

Разноцветный, или отрубевидный, лишай – малокон¬тагиозное хроническое заболевание людей преимуще¬ственно молодого и среднего возраста, характеризую¬щееся поражением рогового слоя эпидермиса и весь¬ма слабо выраженной воспалительной реакцией.

ЭТИОЛОГИЯ. Возбудителем является факультативно патогенный липофиль-ный дрожжеподобный гриб Pityrosporum orbiculare (seu Malassezia furfur). Заразительность заболевания весьма незначительная.

КЛИНИКА. Заболевание представлено перифолликулярно рас-положенными округлой формы пятнами разных размеров светло-коричнево¬го цвета (цвета «кофе с молоком») с четкими границами. Локализация: кожа верхней части туловища (грудь, живот и спина), реже – шея, живот и конеч¬ности.

ДИАГНОСТИКА. Диагноз устанавливают на основании характерной клиниче¬ской картины и данных лабораторных исследований.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. Высыпания разноцветного лишая на коже туловища могут напоминать разрешающиеся розеолы при вторичном сифилисе. Депигментированные высыпания на коже шеи необходимо отли¬чать от витилиго и истинной сифилитической лейкодермы.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА. Применяют азольные соединения (клотримазол, кетоконазол и др.) в форме шампуня, крема или раствора. Форма шампуня наиболее предпочтительна.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ

Дерматомикозы (син. дерматофитии) - группа грибко¬вых заболеваний, обусловленных дерматофитами ро¬дов Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton, паразитирующих на человеке и животных.

У человека дерматофиты поражают эпидермис (в основном его роговой слой, расщепляя белок кератин с помощью протеолитических ферментов), а также придатки кожи – волосы (микроспорумы и трихофитоны) и ногти (трихофитоны и эпидермофитон).

Микроспория

Микроспория – высококонтагиозное заболевание, по¬ражающее кожу и волосы, вызываемое различными видами грибов рода Microsporum и наиболее распро¬страненное в настоящее время у детей.

ЭТИОЛОГИЯ. Из зооантропофильной группы наиболее час¬тым возбудителем микроспории является Microsporum canis (источники – котята, собаки, дети). Из антропофильной группы наиболее частым возбудителем заболевания является Microsporum ferrugineum, реже встречается Microsporum audouinii . Инкубационный период при микроспории у человека равен 2-4 дням.

КЛИНИКА. Первым признаком поражения волосистой части головы является появление очагов прорежения волос. Волосы в пределах очагов поражения изменены: они обломаны все на высоте 4-6 мм, тусклые, серые, утолщенные.

ДИФ.ДИАГНОСТИКА– как при трихофитии.

ЛЕЧЕННИЕ И ПРОФИЛАКТИКА– как при трихофитии.

ТРИХОФИТИЯ

Трихофития – контагиозное заболевание человека и животных, которое вызывается различными видами грибов рода Trichophyton и поражает кожу, волосы и ногти. По частоте этот микоз занимает второе место после микроспории.

ЭТИОЛОГИЯ. Возбудители трихофитии подразделяются на группы в зависимости от типа поражения волос.

По клиническим проявлениям трихофитию принято разделять на три формы: поверхностную, хроническую и инфильтративно-нагноительную.

ДИФ.ДИАГНОСТИКА. Сходство с инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы, области бороды и усов имеют микоз, вызванный Tr. rubrum, импетигинозный сифилид и вульгарный сикоз.

Микоз стоп

Под микозом стоп понимают поражение кожи стоп, вы¬зываемое некоторыми дерматофитами, плесневыми и дрожжевыми грибами, имеющее общую локализацию и сходные клинические проявления.

ЭТИОЛОГИЯ. Наиболее частыми возбудителями микоза стоп являются красный трихофитон (Trichophyton rubrum) и межпальцевой трихофитон (Trichophyton mentagrophytes, var. interdigitaie), реже эти заболева¬ния вызывают дрожжеподобные грибы рода Candida и паховый эпидермофитон (Epidermophyton floccosum).

КЛИНИКА. В зависимости от ответной воспалительной реакции и локализации поражений выделяют пять клинических форм микоза стоп: стертую, интертригинозную, дисгидротическую, острую, сквамозно-гиперкератотическую. Нередко у одного пациента можно обнаружить их сочетание.

Онихомикоз

Онихомикоз – грибковое поражение ногтевых пластинок, медленно прогрессирующее и протекающее хронически.

ЭТИОЛОГИЯ. Возбудителем онихомикоза чаще всего является красный три¬хофитон, второе и третье место по частоте занимают межпальцевой трихофи¬тон и паховый эпидермофитон. В настоящее время возрастающее значение в этиологии онихомикоза приобретает смешанная грибковая инфекция из-за присоединения плесневых и дрожжеподобных грибов рода Candida.

КАНДИДОЗ

Кандидоз – это заболевание кожи, ногтей и слизистых оболочек, иногда внутренних органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida.

ЭТИОЛОГИЯ. Наиболее существенное значение в патологии человека имеет гриб Candida albicans. Гораздо реже патологические изменения могут вызвать другие грибы этого рода (Candida tropicalis, Candida krusei и др.).

КЛИНИКА. Различают следующие разновидности кандидоза:

1. Поверхностный кандидоз (рта, гениталий, кожи, ногтевых валиков и ногтей).

2. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз детей и под¬ростков (хронический кожно-слизистый кандидоз).

3. Висцеральный кандидоз (поражение различных внутренних органов и си¬стем): кандидоз глотки, пищевода и кишечника, кандидоз бронхов и легких, кандидозная септицемия и др.

Врачи (терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, хирурги, стоматологи, оториноларингологи и др.) в повседневной практике чаше встречаются с проявлениями поверхностного кандидоза. По локализации поражений разли¬чают:

• Кандидоз слизистых оболочек и кожи: кандидозный стоматит, кандидоз-ный глоссит, кандидоз углов рта (дрожжевая заеда), кандидозный хейлит, кандидозный вульвовагинит, кандидозный баланопостит.

• Кандидоз кожи и ногтей: кандидоз больших складок, кандидоз малых складок, кандидозные паронихии и онихии (онихомикоз).

К наиболее частой форме поверхностного кандидоза слизистых оболочек относится кандидозный стоматит. Различают несколько форм кандидоза слизистой оболочки рта (две – острые и две – хронические):

• острый псевдомембранозный кандидоз («молочница», или soor);

• острый атрофический кандидоз;

• хронический гиперпластический кандидоз («кандидозная лейкопла¬кия»);

• хронический атрофический кандидоз.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к дерматовенерологу обратился больной 26 лет с жалобами на высыпания на подошвах, в межпальцевых складках стоп, зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Около года назад заметил шелушение кожи в межпальцевых складках стоп. Спустя некоторое время на коже межпальцевых складок стали появляться трещины, беспокоил зуд. В течение последней недели появились пузырьки на подошвах.

Больной активно занимается спортом, посещает бассейн, спортзал, пользуется сауной.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, покрышки пузырьков плотные.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?

4. Методы общей и наружной терапии.

5. Меры общей и личной профилактики.

**Задача №2**

На прием к дерматовенерологу обратился больной 45 лет с жалобами на высыпания в области паховых складок, бедер, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания на коже бедер в виде пятен розового цвета. Отмечал зуд. За медицинской помощью не обращался. Постоянно пользуется общественной баней, не соблюдает правил личной гигиены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. Симметричный. В паховых складках, на внутренней поверхности бедер очаги полициклических очертаний с хорошо выраженным отечным периферическим валиком из пузырьков, микропустул, корочек, чешуек. В центре очагов шелушение.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?

4. Назначьте лечение больному.

5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратился больной 60 лет с жалобами на высыпания в паховых складках, болезненность в полости рта при приёме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, высыпания на слизистой щек в виде крупинок белого цвета. За медицинской помощью больной не обращался, самостоятельно не лечился. Вскоре появилось ощущение дискомфорта, а затем и болезненности в полости рта, связанные с приёмом пищи. Из сопутствующих заболеваний отмечает бронхиальную астму, по поводу которой получает глюкокортикостероиды.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. На слизистой щек эрозии, покрытые белым налетом. В паховых складках эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. По периферии эрозий отсевы пузырьков и пустул.

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. Составьте план обследования больного.

4. Методы общей и наружной терапии.

5. Выпишите рецепты.

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на высыпания в складках кожи под молочными железами, в паховых складках.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, в складках кожи под молочными железами. Самостоятельно обрабатывала высыпания раствором бриллиантовой зелени. Улучшения не отмечала. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет, пиелонефрит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В складках кожи под молочными железами, паховых складках крупные эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи, окаймленные белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. Вокруг эрозий имеются отсевы, представленные мелкими вялыми пузырьками, эритематозными пятнами.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.

4. Составьте план лечения больной.

5. Выпишите рецепты.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на высыпания в углах рта, боли при глотании.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 1 недели, когда после проведения курса химиотерапии по поводу заболевания предстательной железы почувствовал болезненность в полости рта при приёме пищи.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На слизистой полости рта в области щек, губ, мягкого неба эрозии, покрытые белесоватым «творожистым» налетом. Налет легко снимается шпателем. Кожа в углах рта воспалена, также покрыта белым налетом. В правом углу рта при снятии налета обнажается эрозия линейной формы.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Наметьте план лечения больного.

5. Выпишите рецепты.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1.Этиология дерматомикозов.

2.Патогинез грибковых заболеваний кожи.

3.Особенности современной классификации микозов по МКБ 10.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой:**

1. Патогенез микозов.

2. Классификация микозов.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №4**

**Тема:** «Аллергодерматозы у детей. Дерматиты. Токсикодермии. Экзема. Крапивница. Детская почесуха. Атопический дерматит. Клиника. Лечение. Диспансеризация. Профилактика».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание клинических особенностей дерматитов, токсикодермии и экземы необходимо врачам общей практики, учитывая очень большую распространенность этих заболеваний.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

**-знать:**

− определение понятия «дерматит»;

− принципиальные различия в патогенезе простых и аллергических дерматитов;

− клинические проявления простых и аллергических дерматитов;

− методы диагностики и лечения;

− возможные причины профессиональных дерматитов

- этиопатогенетические факторы развития токсикодермий.

− классификацию токсикодермий.

− клинические формы токсикодермий.

.

**-уметь**:

− осмотреть больного, определить высыпные элементы;

− поставить предварительный диагноз;

− наметить план лабораторного обследования;

− провести накожную капельную и аппликационную аллергическую пробу;

− провести рациональную наружную терапию.

-**владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. Облигатными раздражителями являются:

а) концентрированные кислоты

б) полимеры

в) синтетические моющие средства

г) слабые растворы щелочей

д) слабые растворы кислот

2. К физическим факторам, которые могут вызвать контактный дерматит, относятся:

а) растения

б) воздействия низких и высоких температур

в) кислоты

г) щелочи

д) полимеры

3.При контактном аллергическом дерматите наименее поражаются:

а) веки

б) шея

в) половые органы

г) руки

д) ладони

4. Раздражители, не вызывающие простой контактный дерматит:

а) механические

б) физические

в) биологические

г) психоэмоциональные

д) химические

5. Характер течения простого контактного дерматита:

а) рецидивирующий

б) острый

в) подострый

г) хронический

д) латентный

6. Для клинической картины контактного простого дерматита не характерно:

а) боль

б) жжение

в) эритема

г) четкие очертания

д) нерезкие границы

7. Для простого контактного дерматита не характерно:

а) четкие границы

б) локализация в местах контакта с раздражителем

в) появление волдырей

г) гиперемия

д) жжение

8. Для ожога, вызванного концентрированной щелочью не характерно:

а) сухой струп

б) мягкий струп

в) нечеткие границы

г) постепенное распространение некроза в глубь и по периферии

д) рыхлый струп

9.Для клинической картины контактного аллергического дерматита не характерно:

а) зуд

б) боль

в) жжение

г) эритема

д) нерезкие границы

10. При контактном аллергическом дерматите наименее поражаются:

а) веки

б) шея

в) половые органы

г) руки

д) ладони

11. Клинические особенности контактного аллергического дерматита:

а) моновалентная чувствительность

б) поливалентная чувствительность

в) высыпания по всему кожному покрову

г) доминируют мокнутие и серозные колодцы

д) эволюционный полиморфизм

12. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1) пятно

2) пузырек

3) волдырь

4) пузырь

5) узелок

13. При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют:

1) кортикостероиды

2) тигазон

3) рентгенотерапию

4) ПУВА-терапию

5) гемодез

14. быстрее всех приведет к разрешению отека Квинке:

1) преднизолон

2) пипольфен

3) адреналин

4) глюконат кальция

5) димедрол

15. Токсикодермия характеризуется:

1) бурной воспалительной реакцией кожи

2) отсутствием эритемы

3) хорошим общим состоянием

4) медленным регрессом после устранения контакта с аллергеном

5) хроническим течением

16. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ: 1) гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства

2) цитостатики

3) фтивазид

4) ламизил

5) дифлюкан

17. У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1) симметричное расположение очагов

2) асимметричное расположение очагов

3) появление буллезных элементов

4) наличие резких границ очагов поражения

5) появление бугорков

18.ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО:

1) язвы

2) узлы

3) боль, жжение

4) симптом Поспелова

5) жирные желтые чешуйки

19. во время мокнутия и везикуляции целесообразно применить:

1) нитрофунгин

2) резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%

3) 10% серную мазь на вазелине

4) бензилбензоат

5) формалиновую мазь

20. патоморфологическое изменение характерное для экземы:

1) папилломатоз

2) баллонирующая дистрофия

3) гиперкератоз

4) спонгиоз

5) акантолиз

20.для экземы у детей характерно (УК-1,ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6):

1) локализация в области лица

2) мозаичные рубцы

3) отсутствие мокнутия

4) симптом Бенье положительный

5) симптом Никольского

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

ДЕРМАТИТЫ ПРОСТЫЕ И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ

Общие сведения

**Дерматиты** (dermatitis) – воспалительные заболевания кожи, развивающиеся в результате непосредственного контакта с внешними повреждающими факторами физической и химической природы.

ЭТИОЛОГИЯ.

Причинами контактных дерматитов являются:

1. Физические факторы – трение, давление, высокие и низкие температуры, инфракрасные, ультрафиолетовые, рентгеновские лучи, ионизирующая радиация, электрический ток, лазерное излучение.

2. Химические факторы – кислоты, щелочи, соли, сложные органические соединения и пр.

ПРОСТЫЕ ДЕРМАТИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ.

Простой дерматит развивается в месте контакта повреждающего фактора с кожей и характеризуется следующими признаками:

• воспалительные изменения кожи возникают сразу после действия повреждающего фактора;

• площадь простого дерматита равна площади воздействия фактора;

• границы поражения четкие;

• клиника зависит от интенсивности и времени воздействия фактора;

• жалобы больного на боль и жжение;

• зуд не характерен.

ПРОСТЫЕ ДЕРМАТИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ХИМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Причиной простого (артифициального) дерматита может быть попадание на кожу агрессивных химических веществ: кислот, щелочей, концентрированных солевых растворов, боевых отравляющих веществ, компонентов ракетного топлива; некоторых лекарственных препаратов, применяемых накожно; биологических веществ – соков растений, выделений гусениц, насекомых, рыб, медуз и др.

**Лучевые поражения кожи (фотодерматозы)**

Дерматиты от воздействия инфракрасного излучения.

В этой группе поражений выделяют острый дерматит, вызванный интенсивным тепловым излучением. В этом случае клинические проявления поражения идентичны таковым при термических ожогах.

Хронический дерматит называют хронической тепловой эритемой, причиной которой является длительное тепловое воздействие на кожу инфракрасных лучей небольшой интенсивности. Такая тепловая эритема может возникать у тех, кто долго находится у открытого огня (камины, печи), у рабочих горячих цехов (сталелитейное и металлопрокатное, кузнечное производство).

ТЕРАПИЯ ПРОСТЫХ ДЕРМАТИТОВ.

Терапия простых дерматитов включает в себя:

• устранение действия поражающего фактора, при химическом воздействии – очистку кожи от химического вещества путем обильного промывания, нанесения веществ, нейтрализующих действие поражающего фактора;

• проведение рациональной наружной противовоспалительной терапии в зависимости от остроты и тяжести дерматита.

Симптоматическая терапия необходима при глубоких и тяжелых ожогах и лучевых поражениях (обезболивание, проведение детоксицирующей терапии, поддержание гомеостаза организма).

Следует отметить, что дерматиты I и II степени могут лечить дерматологи.

При острых дерматитах I степени рационально использовать холодные примочки с противовоспалительными средствами, жидкие кольдкремы. Для быстрого подавления воспалительной реакции допустимо кратковременное применение кремов, содержащих глюкокортикостероидные препараты. При солнечных дерматитах применяют антигистаминные препараты в виде гелей.

При наличии пузырных высыпаний проводят их вскрытие без удаления покрышки пузыря с последующим наложением влажно-высыхающих повязок с антисептическими растворами.

Больным, у которых развились некротические поражения кожи и более глубоколежащих тканей, а также повреждения больших площадей кожи (дерматиты III и IV степени), помощь оказывают хирурги в специализированном стационаре (так как требуется некротомия и интенсивная детоксикация).

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Аллергический дерматит (контактный аллергический дерматит) – воспалительное заболевание кожи, возникающее в месте контакта с определенным аллергеном в результате развития аллергической реакции замедленного типа.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Чаще всего аллергический дерматит вызывают моющие средства (стиральные порошки, моющие и чистяшие средства для посуды и др.), красители, синтетические смолы, лекарственные препараты (антибиотики, новокаин, сульфаниламиды и др.), косметические средства, соли хрома, никеля, кобальта и др.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА. Аллергический дерматит может быть острым, подострым и хроническим. Острый аллергический дерматит чаще всего возникает на открытых участках кожи и проявляется мелкими сгруппированными пузырьками, возникающими на фоне эритемы и отека. Эти проявления обычно расположены асимметрично, нечетко очерчены, часто выходят за пределы места контакта кожи с аллергеном и сопровождаются жжением и зудом. Многочисленные мелкие пузырьки вскрываются, образуя мелкие эрозии, которые стойко отделяют капельки серозного экссудата.

ДИАГНОЗТИКА.Для диагностики аллергического дерматита важно установить место его начала и локализацию проявлений. Сопоставление дифференциальных признаков перечисленных дерматозов позволяет в каждом конкретном случае установить правильный диагноз. Тщательно собранный анамнез помогает также выяснить спектр аллергенов (лекарственных, бытовых, профессиональных и др.), с которыми контактировал пациент. Используют капельные, компрессные и скарификационные пробы.

ЛЕЧЕНИЕ.Общая терапия обычно используется только при распространенном поражении кожи. Традиционно назначают антигистаминные препараты, неспецифическую десенсибилизирующую терапию в форме внутривенных инъекций 10 мл 30% раствора тиосульфата натрия или 10% раствора хлорида кальция. При выраженных островоспалительных проявлениях целесообразно кратковременное применение мочегонных и детоксицирующих средств.

Наружно применяют противовоспалительные препараты в лекарственной форме, которая зависит от стадии аллергического дерматита. В острой стадии назначают холодные, часто сменяемые примочки или влажно-высыхающие повязки с препаратами, усиливающими их противовоспалительное действие (2% раствор танина, 0,25% раствор нитрата серебра, и др.).

ТОКСИКОДЕРМИИ

Токсикодермиями (токсидермиями) называют пораже­ния кожи, вызванные гематогенно попавшими в нее ал­лергенами или токсинами.

*Алиментарные* (пищевые) токсикодермии могут вызываться различными продуктами питания, особенно богатыми природными и искусственными красителями, эфирными маслами и столь широко применяемыми в совре­менной пищевой промышленности стабилизаторами, консервантами и аро­матизаторами.

ЭТИОЛОГИЯ. Причинами развития токсикодермий могут быть различные вещества, попадающие в организм любыми путями (энтерально, паренте­рально, ингаляционно, ректально, вагинально, интраназально, конъюнктн-вально, путем всасывания с поверхности кожи) и гематогенно достигающие кожи. В связи с этим токсикодермий подразделяют на:

* лекарственные, или медикаментозные;
* алиментарные (пищевые);
* профессиональные (путем вдыхания, проглатывания химической пыли или всасывания профессиональных химических реагентов через кожу);
* аутотоксические, при которых роль аллергенов или токсинов выполня­ют продукты распада собственных тканей (распадающиеся опухоли), продукты жизнедеятельности бактерий, грибов, вирусов, простейших, гельминтов.

*Лекарственные* токсикодермий могут вызываться самыми разнообразными препаратами, наиболее частыми являются антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты, антималя­рийные средства, барбитураты, витамины группы В, галоиды (препараты брома, йода, хлора). Однако токсикодермию могут вызвать любые лекарст­венные средства, даже антигистаминные препараты и препараты из группы глюкокортикостероидов.

Среди традиционных пищевых причин токсикодермии можно назвать кофе, шоколад, ягоды земляники, клубники, малины, цитрусовые, куриные яйца и мясо, морепродукты и др.

ПАТОГЕНЕЗ. В патогенезе токсикодермии выделяют *аллергический, токсиче­ский* механизмы и их сочетание.

В большинстве случаев химические вещества, попадающие в организм, являются небелковыми субстанциями (гаптенами) и способны вызывать ал­лергические реакции только после соединения с белками тканей организма. Аллергическое повреждение кожи осуществляется посредством механизмов В - и Т-клеточного иммунитета через различные типы аллергических реак­ций – анафилактический, lgE-опосредованный, иммунокомплексный, ги­перчувствительности замедленного типа.

Токсический механизм развития токсикодермии может быть связан с по­бочным действием лекарственных препаратов на мембраны клеток организ­ма, приводящим к выбросу биологически активных веществ (цитокинов, ферментов, гистамина, ацетилхолина). Среди токсических механизмов раз­вития токсикодермии выделяют также кумуляцию (особенно характерно для антималярийных препаратов), передозировку, взаимодействие различных ле­карственных препаратов при полифармации.

КЛИНИКА.

Достаточно условно токсикодермии можно разделить на генерализован­ные, локализованные кожные реакции и токсико-аллергические синдромы.

***Генерализованные токсикодермические реакции*** кожи могут проявляться пятнистыми, волдырными, пузырными, узелковыми, пузырьковыми, гной­ничковыми, узловатыми сыпями.

Токсикодермии чаще проявляются мономорфными сыпями, реже наблю­дается полиморфизм – пятнисто-папулезные, пятнисто-уртикарные, пятнистобуллезные и другие сочетания высыпных элементов. Кожные высыпания зудят, нередко сочетаются с поражением слизистых оболочек и нарушением обшего состояния больного.

*Пятнистые* токсикодермий проявляются преимущественно гиперемиче-скими пятнами, реже геморрагическими (пурпура) и пигментными. Гиперемические пятна могут быть точечными, розеолезными, сливаться *в* обшир­ные эритемы, вплоть до эритродермии, шелушиться.

Геморрагические (пурпурозные) высыпания связаны с иммунокомплекс-ным поражением стенок сосудови яв­ляются признаком неблагоприятного течения токсикодермий.

Пигментными пятнами часто проявляются токсикодермий, вызванные сульфаниламидами, препаратами золота, серебра, ртути, висмута, антибиоти­ками тетрациклинового ряда, гормональными противозачаточными средст­вами. Токсическая меланодермия может возникать в результате действия уг­леводородов нефти и каменного угля, проникающих в организм через лег­кие.

*Волдырные (уртикарпые) сыпи* провоцируются различными лекарственны­ми препаратами (особенно антибиотиками пенициллинового ряда), многими продуктами питания, а также могут быть следствием ауготоксической реак­ции (при хронических колитах, сопровождающихся запорами, дискинезиях желчевыводящих путей, хронических гепатитах, глистных и протозойных ин­вазиях, онкологических заболеваниях и др.). Уртикарная токсикодермия мо­жет рассматриваться как обычная крапивница, протекать остро или хрониче­ски рецидивировать *.*

При развитии *папулезной кожной реакции* чаще наблюдаются распростра­ненные полушаровидные воспалительные папулы от милиарного до лентикулярного размера. Некоторые из них могут шелушиться и напоминать псори­аз, другие имитируют мелкие плоские папулы при красном плоском лишае.

*Везикуло-булезные высыпания* часто наблюдаются при тяжелом течении токсикодермий. Пузыри напряженные*,* наполнены серозным экссудатом, ги­стологически располагаются субэпидермально, акантолиза нет.

К ***локализованным токсикодермическим реакциям*** кожи относят фиксиро­ванную токсикодермию, локальные пигментации и узловатую эритему.

*Фиксированная токсикодермия* (фиксированная эритема) чаще провоциру­ется сульфаниламидами, пирозолонами (анальгином, амидопирином, пара­цетамолом), салицилатами, антибиотиками. Эта клиническая форма токси­кодермии проявляется одним или несколькими округлыми воспалительными пятнами от 2 до 5-6 см в диаметре, которые быстро приобретают синюшный оттенок, особенно в центре, где может формироваться пузырь. Постепенно островоспалительные явления разрешаются, оставляя после себя стойкую се­ровато-коричневую пигментацию. Высыпания могут быть в любом участке кожного покрова, однако наиболее часто фиксированная эритема располага­ется на коже кистей рук, стопах, в зоне половых органов и на слизистой обо­лочке рта. При каждом повторном приеме препаратов процесс рецидивирует в одних и тех же местах, усиливая пигментацию до черного цвета. Со време­нем фиксированная эритема может распространяться на другие локализации кожного покрова и слизистых оболочек.

*Локальные индуцированные пигментации* также могут быть проявлением токсикодермии. Наиболее часто подобные поражения развиваются под воз­действием ультрафиолетового излучения на лице в зоне щек. вокруг глаз у пациентов, получавших тетрациклиновые антибиотики, гормональные эстрогенные и антиандрогенные препараты. Подобные пигментации можно рассматривать как фототоксические реакции.

*Узловатая эритема* является своеобразной формой медикаментозной или ауготоксической токсикодермии. По патогенезу узловатая эритема представ­ляет собой узловатый аллергический заскулит с поражением сосудов гипо­дермы*.* Стенка сосуда поражается им­мунными комплексами, образующимися в организме в ответ на попадание химических аллергенов (лекарств – сульфаниламидов, препаратов йода, бро­ма, мышьяка, салицилатов, вакцин и др.) или патологических продуктов опухолевых клеток, жизнедеятельности микробной флоры (на фоне стрепто­кокковой ангины, гайморита, инфекций половых путей и др.).

Острая узловатая эритема характеризуется высыпанием в области перед-ненаружной поверхности голеней быстро развивающихся симметричных бо­лезненных ярко-розовых горячих узлов от 1 до 4-6 см в диаметре с перифокальным отеком. Узлы болезненны при пальпации и могут вызывать боли в покое. По мере разрешения болезненность узлов уменьшается. Кожа над ними меняет окраску на синюшную, затем желтовато-зеленоватую. Через 2-3 недели ухлы бесследно исчезают. Временно может сохраняться пигмен­тация. Развитию заболевания могут предшествовать продромальные явления: повышение температуры тела, недомогание, артралгии, миалгии.

Хроническая узловатая эритема характеризуется хроническим рецидиви­рующим течением с обострениями в холодное и сырое время года (весна,

осень). Также проявляется воспалительными рецидивирующими узлами на коже голеней. Возникает преимущественно у женщин среднего возраста на фоне очагов хронической инфекции или неопластических процессов в орга­нах малого таза. Общие проявления редки.

Начало токсикодермий острое. По тяжести течения их подразделяют на легкие, тяжелые и крайне тяжелые, протекающие по типу токсического эпидермального некролиза (ТЭН).

*Показатели тяжести течения токсикодермий:*

* тенденция к генерализации высыпаний и развитие эритродермии;
* поражение слизистых оболочек;
* наличие геморрагических высыпаний;
* болезненность кожи при потираний в зоне высыпаний;
* появление пузырных сыпей;
* нарастание признаков интоксикации (повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль, озноб);
* вовлечение в процесс внутренних органов (артралгии, миалгии, гемат­урия, абдоминальные боли, признаки ДВС-синдрома и др.);
* изменения показателей периферической крови (ускоренная СОЭ, лей­коцитоз с эозинофилией, анемия, тромбоцитопения).

При констатации тяжелого течения токсикодермий больные должны быть срочно госпитализированы в обязательном порядке.

ДИАГНОСТИКАтоксикодермий основывается на оценке клинической карти­ны заболевания, тщательном анализе анамнеза (прием лекарственных препа­ратов, новых пищевых продуктов и напитков, профессиональные факторы). При наличии приема каких-либо лекарств, целесообразно провести диагнос­тические аллергические пробы *in vitro* с кровью больного. Это могут быть те­сты лейкоцитолиза, торможения миграции лейкоцитов, моноцитарный тест, тесты легрануляции базофилов и бластгрансформации лимфоцитов и др.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА токсикодермий основана на определении высыпных элементов на коже и слизистых оболочках больного.

*Розеолезные варианты токсикодермий* дифференцируют от розеолезного вторичного сифилида, розового лишая Жибера, розеолезных высыпаний при ряде инфекционных заболеваний (сыпной и брюшной тиф, псевдотуберку­лез, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз и др.).

В отличие от токсикодермий, при вторичном сифилисе розеолезные вы­сыпания мономорфного размера не шелушатся, не сливаются между собой, не сопровождаются зудом. Диагноз подтверждается наличием других прояв­лений сифилиса и лабораторно (обнаружение возбудителя в серозном экссу­дате высыпаний и положительные серологические реакции).

Высыпания розового лишая Жибера могут напоминать пятнистую токси­кодермию. Клиническим отличием розового лишая является характер пятен: они расположены преимущественно на боковых поверхностях туловища по линиям натяжения кожи, слегка вытянуты (имеют овальную форму), в цент­ре пятен – своеобразное шелушение в виде «гофрированной пленки». Как правило, обнаруживается так называемое «материнское пятно» – элемент значительно большего размера с выраженным центральным шелушением. Зуд незначительный, общее самочувствие больного обычно нормальное.

При проведении дифференциального диагноза токсикодермии с пятни­стыми сыпями при инфекционных заболеваниях следует учитывать общую симптоматику, вовлечение в патологический процесс желудочно-кишечного тракта, полиаденит, специальные лабораторные тесты. В затруднительных случаях необходим осмотр больного инфекционистом.

*Папулезную сыпь при токсикодермии* следует дифференцировать от капле­видного псориаза, красного плоского лишая, милиарного и лентикулярного папулезного сифилида. Для уточнения диагноза следует провести поскабливание папул (при псориазе выявляется симптом псориатической триады), смазывание папул маслом (при красном плоском лишае выявляется сетка Уикхема). Необходим тщательный осмотр видимых слизистых оболочек. Для исключения сифилиса проводят дополнительную лабораторную диагностику.

*Пустулезный вариант токсикодермии* (галоидные угри) следует дифферен­цировать от других видов угревых высыпаний, прежде всего от вульгарных угрей, которые являются осложнением себореи, наиболее часто проявляются в юношеском возрасте.

В случае проявления токсикодермии *пузырями* необходимо проведение дифференциального диагноза с пузырными дерматозами, прежде всего с пу­зырчаткой и буллезным пемфигоидом *.*

Наиболее затруднителен дифференциальный диагноз *везикулезных высы­паний токсикодермии* с распространенной экземой, экссудативным вариан­том атопического дерматита, пиоаллергидами и микидами. У больных с атопическим статусом токсикодермия чаще про­является пятнисто-везикулезной сыпью.

*Волдырный вариант токсикодермии* следует дифференцировать от различ­ных видов крапивницы (физическая, контактная, наследственная, психоген­ная) и волдырей, возникающих при ряде других кожных заболеваний (дерма­тоз Дюринга, почесуха, аллергический васкулит, паразитарные заболевания, мастоцитоз) и являющихся лишь фрагментом общей многообразной клини­ческой картины.

Лечение токсикодермии включает в себя следующие направления:

1. Максимально возможное устранение действия *этиологического фактора* (отмена ранее принимаемых лекарственных препаратов, продуктов питания и пр.).
2. *Патогенетическое лечение* – детоксикационная и противоаллергическая терапия.

В качестве детоксикации целесообразно обильное питье, мочегонные пре­параты, очищение кишечника, энтеросорбенты, внутривенное струйное вве­дение 30% раствора тиосульфата натрия. В тяжелых случаях – внутривенное капельное введение гемодеза, физиологического раствора, 5% раствора глю­козы, проведение плазмафереза.

Противоаллергическая терапия включает в себя препараты кальция, анти­гистаминные средства, в случаях тяжелой токсикодермий – применение глюкокортикостероидных препаратов.

**3**. *Симптоматическая терапия* включает в себя наружные противозудные и противовоспалительные кремы, «болтушки».

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился больной 22-х лет с жалобами на высыпания на коже рук и ног, туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение недели, когда на коже туловища, рук и ног появились пятна ярко-красного цвета, сопровождающиеся зудом. Возникновение заболевания связывает с приемом антибиотиков по поводу хламидийной инфекции.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На коже шеи, верхних и нижних конечностей, груди, живота, спины на фоне эритемы множественные мелкие папулы, везикулы, единичные волдыри и экскориации.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?

3. Составьте план лечения больного.

4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

5. Выпишите рецепты антигистаминного и гипосенсибилизирующего препаратов.

**Задача №2**

В стационар центральной районной больницы поступила больная 30 лет с высыпаниями по всему кожному покрову. Субъективно резкая болезненность здоровой и пораженной кожи. Состояние тяжелое.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание связывает с приемом лекарственных препаратов по поводу ангины. Получала антибиотики, салицилаты.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит генерализованный характер, поражен весь кожный покров. Кожа имеет вид «ошпаренной кипятком». На фоне эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Содержимое пузырей серозное. При потягивании за покрышку пузыря происходит отслойка эпидермиса. При прикосновении и слабом трении кожи происходит отслойка эпидермиса. Эпидермис сморщивается под пальцами (симптом «смоченного белья»), легко отторгается с образованием обширных эрозий.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите этиологические варианты заболевания.

3. Перечислите диагностические критерии заболевания.

4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?

5. Основные принципы лечения.

**ЗАДАЧА №3**

К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на коже рук, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-4 дней, когда после стирки белья на коже рук появились высыпания, мокнутие. Беспокоил зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер с локализацией в области тыла кистей. Симметричный. На фоне эритематозной, отечной кожи множественные милиарные папулы, везикулы, эрозии, серозные и гемморрагические корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному заболеванию.
3. Критерии эффективности лечения.
4. Показания для госпитализации.
5. Наиболее частые ошибки в лечении.

**ЗАДАЧА№4**

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 2-х дней. Заболевание началось после приема антибиотиков по поводу ангины. Появилась сыпь на туловище, беспокоил зуд. Отдельные элементы сыпи за несколько часов исчезали, свежие элементы сыпи появлялись.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже конечностей и туловища. Высыпания представлены уртикарными элементами различной величины, возвышающимися над уровнем кожи, розово-красного цвета. Дермографизм красный, стойкий, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести больной?
3. Показания к госпитализации в дерматологический стационар.
4. Показания для госпитализации в отделение интенсивной терапии.
5. Принципы лечения заболевания.

**Задача№5**

В кожно-венерологический диспансер машиной скорой помощи доставлена больная.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух дней, когда после приёма лекарств по поводу респираторного заболевания стали появляться красные пятна и пузыри на коже туловища и конечностей, болезненность кожи. Высыпания сопровождаются слабостью, недомоганием, повышением температуры тела до 39-40 градусов, головной болью.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит генерализованный характер. Кожа напоминает «ошпаренную кипятком». На фоне эритемы определяются вялые пузыри, мокнущие ярко-красные эрозии. Симптом Никольского положительный. Общее состояние больной тяжелое.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите этиологические варианты заболевания?

3. Перечислите диагностические критерии заболевания.

4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?

5. Основные принципы лечения заболевания.

**6.Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Этиология и патогенез дерматитов.

2.Особенности клинических проявлений простого контактного дерматита и аллергического дерматита.

3. Дифференциальная диагностика дерматитов;

4.Традиционные методы лечения больных дерматитами.

Определение токсикодермии.

5. Классификация, этиология и патогенез токсикодермий.

6. Клиническая картина различных видов токсикодермий.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Дифференциальная диагностика дерматитов.

2. Алгоритм лечения больных дерматитами; принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

3. Дифференциальная диагностика дерматитов и токсикодермий.

4. Алгоритм лечения больных токсикодермиями: принципы лечения в зависимости от активности процесса, общее лечение, наружное лечение.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | | на кафедре |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | | **6** |
| **Основная литература** | | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №5**

**Тема:** «Псориаз. Красный плоский лишай. Особенности клиническоготечения у детей. Значение трудовой экспертизы, трудоустройства и диспансеризации больных псориазом. Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики псориаза красного плоского лишая необходимы врачам общей практики, учитывая тяжесть течения и полиорганность поражения при этих заболеваниях.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

− этиологические и патогенетические факторы развития псориаза.

− классификацию красного плоского лишая.

− особенности клинических проявлений и течения псориаза и красного плоского лишая.

**- уметь**

− воспроизвести симптом псориатической триады,

− составить алгоритм обследования и лечения больных.

**- владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1.ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

1) папулами

2) узлами

3) бугорками

4) волдырями

5) эрозиями

2. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) кожа ладоней и подошв

2) кожа волосистой части головы

3) складки

4) ногтевые фаланги

5) разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов

3. ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСОРИАЗА:

1) на лице

2) на сгибательных поверхностях предплечий

3) на локтях и коленях

4) на туловище

5) на ладонях и подошвах

4. СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ПОРАЖАЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

1) при артропатическом псориазе

2) при эритродермии

3) при генерализованном пустулезном псориазе

4) при универсальном псориазе

5) при себорейном псориазе

5. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ:

1) дегтярных препаратов высокой концентрации наружно

2) циклоспорина

3) тигазона

4) ПУВА-терапии

5) кортикостероидов

6. КРАТКОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПОКАЗАНО:

1) всем больным

2) при быстром прогрессировании заболевания

3) при застарелом псориазе

4) при псориазе складок

5) при ладонно-подошвенном псориазе

7. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА:

1) противовирусные средства

2) фунгицидные средства

3) антибиотики

4) сульфаниламиды

5) гипосенсибилизирующая и противовоспалительная терапия

8. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ:

1) кератолитические

2) антисептические

3) фунгицидные

4) противогрибковые

5) противовирусные

9. К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ПСОРИАЗИФОРМНЫХ ПУСТУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ:

1) герпетиформное импетиго Гебры

2 )субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона

3) бактерид Эндрюса

4) папулезный акродерматит детей

5) энтеропластический акродерматит

10.В ОСНОВЕ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПУВА – ТЕРАПИИ ЛЕЖИТ:

1) активация Т - клеточного иммунитета

2) подавление клеточной пролиферации

3) мембраностабилизирующее действие

4) активация функции коры надпочечников

5) активация меланоцитов

11. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК ПРИ ПСОРИАЗЕ:

1) онихогрифоз

2) онихошизис

3) точечное вдавление

4) изменение окраски

5) онихолизис

12. общим для типичного случая псориаза и красного плоского лишая является

1) наличие папул

2) нестерпимый зуд

3) локализация на передней поверхности конечностей

4) поражение слизистых оболочек

5) артралгии

13. локализация красного плоского лишая на коже

1) сгибательная поверхность конечностей

2) волосистая часть головы

3) ушные раковины

4) ладони и подошвы

5) ногтевые пластинки

14.Клиническая форма Красного ПЛоского лишая на слизистой полости рта

1) экссудативно-гиперемическая

2) пятнистая

3) бугорковая

4) рубцующаяся

5) узловатая

15. красный плоский лишай ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

1) с красной волчанкой

2) со склеродермией

3) с псориазом

4) с атопическим дерматитом

5) с экземой

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

Псориаз (чешуйчатый лишай, psoriasis) - один из наи­более распространенных хронических дерматозов мультифакториальной природы с доминирующим зна­чением в развитии генетических факторов, характери­зующийся ускоренной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением их дифференцировки, воспалени­ем в дерме.

ЭТИОЛОГИЯ заболевания остается невыясненной. Одной из основных гипо­тез его развития считают наследственную. Однако даже у людей с неблаго­приятным генотипом в возникновении заболевания играют роль различные *провоцирующие факторы* (инфекции, стрессы, алкоголь, некоторые группы медикаментов, эндокринные и обменные нарушения, артифициальные трав­мы).

КЛИНИКА. Первичное высыпание при псориазе представляет собой плоскую воспалительную эпидермально-дермальную папулу округлой формы с четкими границами, величиной 1-2 мм, розового или насыщен­но-красного цвета. Уже с момента появления поверхность папул начинает покрываться сухими, рыхло расположенными серебристо-белыми чешуйка­ми. В результате периферического роста милиарные папулы превращаются в лентикулярные и нуммулярные, соседние высыпания сливаются, образуя при этом бляшки самых разных очертаний.

**Клинические разновидности обычного псориаза**

*Себорейный псориаз* возникает у больных себореей при локализации высы­паний на волосистой части головы, в носогубных складках, за ушными рако­винами, в области груди и спины. Высыпания слабо инфильтрированы и их границы менее четкие, чем при обычной форме; пропитанные кожным са­лом желтоватые чешуйки удерживаются на поверхности, симулируя картину себорейного дерматита. Себорейные бляшки, особенно расположенные на затылке, могут сопровождаться интенсивным зудом.

*Экссудативный псориаз* обусловлен выраженным экссудативным компо­нентом воспалительной реакции. Вследствие проникновения на поверхность папул экссудата серебристо-белые чешуйки превращаются в желтоватые рыхлые корко-чешуйки, плотно прилегающие к поверхности кожи. В склад­ках очаги поражения напоминают инфекционную опрелость. Могут быть зуд и жжение. Симптом «стеаринового пятна» отрицательный.

*Ладонно-подошвенный псориаз* встречается чаще у лиц физического труда, что объясняется травматизацией этих участков кожи. Он может сопутство­вать высыпаниям на других участках кожного покрова, а может быть изоли­рованным, что затрудняет диагностику. Клинически проявляется либо обыч­ными псориатическими папулами (изолированными или сливными), либо гиперкератотическимп, симулирующими омозолелости (псориатические мо­золи). Характерны четкие границы очагов.

*Пятнистый псориаз* характеризуется слабо выраженной инфильтрацией высыпаний, которые после соскабливания чешуек выглядят, как пятна. Раз­вивается чаще остро, напоминает токсикодермию. Правильному диагнозу способствует выявление «псориатической триады».

**Тяжелые формы псориаза**

*Псориатическая эритродермия* развивается у больных распространенным псориазом в прогрессирующей стадии и представляет собой неспецифиче­скую токсико-аллергическую реакцию, спровоцированную различными фак­торами (инсоляция, нерациональная наружная или системная терапия, ауто­интоксикации и пр.).

Вначале эритемы появляются на свободных от псориатической сыпи уча­стках кожи, затем сливаются, занимая весь кожный покров. Кожа ярко-крас­ного цвета, отечна, инфильтрирована, местами лихенифицирована, горячая на ощупь, покрыта крупными и мелкими сухими белыми чешуйками. Папу­лы и бляшки становятся неразличимыми. Обшее состояние больных бывает резко нарушено, повышается температура тела. Характерна лимфаденопатия, выпадение волос, онихолизис. Больные испытывают зуд и жжение, жалуются на чувство стягивания кожи. Псориатическая «триада» не определяется, так как затушеваны характерные для заболевания гистопатологические признаки.

*Пустулезный псориаз* характеризуется высыпанием стерильных пустул. Различают две формы пустулезного псориаза: генерализованную (Цумбуша) и ограниченную, ладонно-подошвенную (Барбера).

*Генерализованный пустулезный псориаз* (тип Цумбуша) развивается, как правило, на фоне типичных псориатических высыпаний. Течение тяжелое с лихорадкой, недомоганием, лейкоцитозом, повышением СОЭ. Приступооб­разно на фоне яркой эритемы появляются мелкие поверхностные пустулы, сопровождающиеся жжением и болезненностью, расположенные как в зоне бляшек, так и на ранее неизмененной коже. Очаги эритемы с пустулизацией быстро захватывают обширные участки кожного покрова, псориатические бляшки перестают быть различимыми. Может развиваться эритродермия. Часты дистрофические изменения ногтей, поражения суставов, иногда по­чек. После разрешения процесса остается картина обычного псориаза.

*Локализованный пустулезный псориаз* (тип Барбера) встречается чаше, чем генерализованная форма. На ладонях (в области тенара и гипотенара) и по­дошвах появляются резко очерченные бляшки, в пределах которых имеются многочисленные пустулы 2-5 мм в диаметре. Не вскрываясь, пустулы посте­пенно подсыхают с образованием коричневых корок, другие появляются им на смену.

*Псориатический артрит* является одной из наиболее тяжелых форм псо­риаза, часто приводящих к инвалидизании. Поражение суставов может раз­виваться у больных с уже существующим поражением кожи, одновременно с псориатическими проявлениями на коже или предшествовать им. Процесс чаще начинается в дистальных межфаланговых суставах кистей и стоп с по­следующим поражением любых других суставов, но строгой закономерности в последовательности развития артрита нет. Диапазон клинических проявле­ний псориатического артрита варьирует.

ЛЕЧЕНИЕ псориаза. Для правильного выбора методов терапии псориаза удобно использовать символическую терапевтическую «лестницу». В ее основании – смягчающие средства для наружного исполь­зования. Чем выше вверх – тем сложнее и ответственнее терапия, тем выше риск побочных эффектов. Естественно, что чем более тяжело протекает псо­риаз, тем выше следует подняться для выбора метода лечения.

**Клинические формы псориаза:**

* Вульгарный
* Перевернутый
* Псориатическая эритродермия
* Веррукозный
* Экссудативный
* Устрицеобразный
* Экзематоидный
* Себорейный
* Интертригинозный
* Гениталий
* Ладоней и подошв
* Ногтевых пластинок
* Артропатический
* Пустулезный псориаз
* Пустулезный псориаз генерализованный Цумбуши
* Пустулезный псориаз ладоней и подошв Барбера
* Пустулез псориазиформный генерализованный ( субтип его- герпетиформное импетиго Гебры )
* Акродерматит стойкий гнойный Аллопо
* Пустулезный бактерид Эндрюса
* Псориатический артрит (ПА), диагностические критерии:
* 1.псориаз у больного или у близких родственников;
* 2.артрит дистальных и межфаланговых суставов кистей;
* 3.артрит 3 суставов одного и того же пальца кистей (осевое поражение);
* 4.разнонаправленное поражение;
* 5.асимметричный хронический артрит;
* 6.параартикулярные явления;
* 7.сосискообразная дефигурация пальцев стоп;
* 8,параллелизм течения кожного и суставного синдромов;
* 9.боль и утренняя скованность в позвоночнике сохраняется на протяжении не менее 3 месяцев
* 10.серонегативность по ревматоидному фактору;
* 11.акральный остеолиз;
* 12.анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей и (или) стоп;
* 13.рентгенологические признаки определенного сакроилеита;
* 14.синдесмофиты или паравертебральные оссификаты.

Формы ПА

* 1.Воспалительная ( псориатический полиартрит).
* 2.Дегенеративно-дистрофическая (псориатический полиартроз).
* 3.Артропатическая (псориатическая артропатия) смешанная или сочетанная (сочетание воспалительных и дегенеративно-дистрофических изменений).

**Современные методы терапии псориаза**

**Системная терапия**

* + Цитостатики (метотрексат)
  + Системные ретиноиды
  + Циклоспорин А.
* Фототерапия
  + Селективная фототерапия (УФО)
  + ПУВА-терапия (УФО на фоне приема фотосенсибилизаторов).

Анти ФНО альфа – Инфликсимаб (ремикейд).

**Наружная терапия псориаза**

1. Кератолитики
2. Препараты дегтя и дитранол , местные цитостатики (сейчас не применяются).
3. Наружные кортикостероиды
4. Кальципотриол - аналог витамина D (псоркутан, дайвонекс, дайвобет)
5. Ретиноиды – аналоги витамина А
6. Такролимус и пимекролимус (элидел) – ингибиторы цитокинов.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратился мужчина 39 лет с жалобами на высыпания по всему кожному покрову.

ИЗ АНАМНЕЗА. Впервые высыпания появились три года назад в зимнее время, располагались на коже туловища и конечностей. Лечился у дерматолога. Отмечал выздоровление. В последующем обострений не было. Настоящее обострение началось с высыпаний на руках, затем появились высыпания на туловище. Занимался самолечением. Принимал ванны с морской солью и смазывал кожу флуцинаром. Из сопутствующих заболеваний - хронический холецистопанкреатит, сахарный диабет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности нижних конечностей. Высыпания представлены лентикулярными папулами и бляшками розового цвета, поверхность их полностью покрыта серебристо-белыми чешуйками.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Врачей каких специальностей необходимо привлечь к решению вопросов диагностики и лечения сопутствующих заболеваний?
5. Составьте план лечения больного.

**Задача №2**

У девочки 9 лет около 4-х недель назад на фоне полного здоровья стали появляться ше­лушащиеся розовые зудящие бляшки на туловище и конечностях. Семейный анамнез по заболеваниям кожи не отягощен. До возникновения сыпи девочка ни­чем не болела, лекарственных средств не принимала.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ. Основные физиологические показатели в норме. Высыпания расположены симметрично на туловище и разгибательных поверхностях конечностей. Высыпания представлены розовыми бляшками, покрытыми серебристо-белыми чешуйками. На туловище беспорядочно расположенные розовые шелушащиеся папулы. В перианальной области эритема и умеренное шелушение.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общий анализ крови и СОЭ - в норме.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие феномены характерны для данного заболевания?
3. Перечислите клинические разновидности заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.
5. Особенности течения заболевания.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратился больной 34-х лет с жалобами на высыпания красного цвета на коже рук, ног и туловища, изменение ногтевых пластинок, незначительный зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около четырех лет. Впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания красного цвета, покрытые чешуйками, затем подобные высыпания появились на коже туловища. Причину заболевания связывает с нервным перенапряжением на работе. Дважды лечился в стационаре. Обострения заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. У деда и дяди по материнской линии отмечает подобное заболевание. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, представлен множественными милиарными и лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет элементов розово-красный, их поверхность покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом “наперстка”.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Клинические разновидности данного дерматоза.
3. Основные провоцирующие факторы заболевания.
4. Влияние заболевания на качество жизни.
5. Основные принципы лечения заболевания.

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей, боль в области правого лучезапястного сустава, суставов кистей, изменение ногтевых пластинок рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен около пяти лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов имеются бляшки красного цвета размером 5х8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость. Деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка». При поскабливании бляшек наблюдаются феномены «стеаринового» пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения.

1. Поставьте диагноз.
2. Инструментальные методы диагностики данного артрита.
3. Перечислите клинические варианты артрита, характерные для данного заболевания.
4. Показания к назначению препарата «Ремикейд».
5. Наружная терапия заболевания.

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, периодические боли в коленных суставах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение 5 лет, когда впервые осенью на руках появились высыпания красного цвета, покрытые чешуйками. Затем подобные высыпания появились на коже туловища и ног. Ухудшение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными милиарными и лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет элементов розово – красный, их поверхность покрыта серебристо – белыми чешуйками, по периферии ободок ярко – красного цвета. На местах давления одеждой милиарные папулы. При поскабливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Коленные суставы визуально не изменены, движения активные и пассивные ограничены, сопровождаются болезненностью.

1. Поставьте диагноз.

2. Основные принципы лечения заболевания.

3. Наружная терапия в данной стадии дерматоза.

4. С чем связано широкое применение топических стероидов в лечении заболевания?

5. Симптомы, заставляющие подозревать артрит при отсутствии кожного поражения.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Этиология, патогенез псориаза.

2. Классификация и клинические формы псориаза.

3. Клиника псориаза.

4. Диагностика псориаза.

5. Современные методы лечения псориаза.

6. Парапсориаз – современное представление.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Современные аспекты этиологии и патогенеза псориаза.

2. Особенности диагностики и лечения псориатического артрита.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |
|  | Псориаз (этиология, патогенез, клиника и лечение): учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2012. | 5 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №6**

**Тема:** «Туберкулез кожи. Клинические варианты. Люпозории. Принципы лечения. Лепра. Клиника. Диагностика. Организация и принципы лечения. Лепрозории».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики туберкулеза кожи и лепры необходимы врачам общей практики, учитывая многообразие клинических форм заболевания и тяжесть течения.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

* этиопатогенетические факторы развития туберкулеза кожи.

− классификацию диссеминированных и локализованных форм туберкулеза кожи.

− клинические проявления и разновидности туберкулезной волчанки.

− диагностику и принципы лечения больных туберкулезом кожи.

− этиологию и эпидемиологию лепры;

− клинические проявления лепры;

− диагностику и методы лечения больных лепрой.

**-уметь:**

− определять симптом «яблочного желе».

− определять симптом проваливания зонда ( А.И. Поспелова)

− составить алгоритм обследования больного.

− пальпация, граттаж кожи.

− диаскопия сыпи.

− определение тургора и эластичности кожи.

− исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности.

− диагностические тесты с гистамином, горчичником, нотиновой кислотой, УФО.

-**владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

1. К локализованным формам туберкулеза относятся:

1) гематогенный диссеминированный

2) колликвативный

3) папуло-некротический

4) лихеноидный

2. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ: 1) скрофулодерма

2) волчанка туберкулезная

3) туберкулез кожи бородавчатый

4) туберкулез милиарно-язвенный

5) туберкулез кожи папуло-некротический

3. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ:

1) бугорков

2) папул

3) геморрагических пятен

4) пустул

5) волдырей

4. ДЛЯ туберкулезной волчанки характерно:

1) бугорки плотной консистенции

2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага

3) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный

4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный

5) на рубцах не появляются свежие высыпания

5. положительный симптом Поспелова, феномен «яблочного желе», характерны для:

1) туберкулезной волчанки

2) третичного сифилиса

3) вторичного сифилиса

4) туберкулоидного типа лепры

5) лейшманиоза

6. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ:

1) края язвы мягкие, неровные, подрытые

2) края язвы плотные, ровные, штампованные

3) дно язвы гладкое, чистое, без налета

4) дно язвы зернистое

5) края язвы мягкие, неровные, подрытые; дно язвы зернистое

7. К ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ (УК-1,ПК-5):

1) язвенный

2) первичный шанкриформный

3) колликвативный

4) бородавчатый

5) острый диссеминированный милиарный

8. МУЖЧИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1) уплотненной эритемой Базена

2) скрофулодермой

3) бородавчатым туберкулезом кожи

4) острым милиарным туберкулезом кожи

5) туберкулезной волчанкой

9. ЖЕНЩИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1) уплотненной эритемой Базена

2) скрофулодермой

3) бородавчатым туберкулезом кожи

4) золотушным лишаем

5) острым милиарным туберкулезом кожи

10. УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

1) плотные и малоболезненные

2) мягкие и безболезненные

3) эластичные и безболезненные

4) мягкие и болезненные

5) плотные и болезненные

11. Возбудитель лепры при лепроматозном типе лепры обнаруживается:

1) в соскобе со слизистой перегородки носа

2) в крови

3) в моче

4) в лимфе

5) в пунктате лимфатического узла

12. Течение туберкулоидной лепры:

1) острое

2) подострое

3) хроническое с обострениями

4) хроническое без обострений

5) возможны все перечисленные варианты

13. Бугорки при туберкулоидной лепре:

1) крупные

2) мелкие и плоские

3) остроконечные

4) полушаровидные

5) не имеют специфического вида

14. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

1) в соскобе со слизистой перегородки носа

2) в соскобе с поверхности инфильтрата

3) в пункционном материале из инфильтрата

4) в слизистой желудка

5) в соскобе со слизистой перегородки носа, с поверхности инфильтрата, в пункционном материале из инфильтрата

15. ДЛЯ «ЛЬВИННОГО ЛИЦА» ПРИ ЛЕПРЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

1) глубокие инфильтраты кожи и подкожной клетчатки на лице

2) грубые складки на лице

3) утолщение носа, губ, ушных раковин

4) истончение и атрофия крыльев носа и ушных раковин

5) выпадение бровей

16. УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ:

1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации

2) возвышаются над уровнем кожи

3) захватывают подкожную клетчатку

4) проникают в кости

5) возвышаются над уровнем кожи; захватывают подкожную клетчатку; проникают в кости

17. ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ:

1) хронические отеки и слоновость

2) пахово-бедренные адениты

3) изъязвления

4) расстройства чувствительности

5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности

18. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ:

1) крупные

2) мелкие и плоские

3) остроконечные

4) полушаровидные

5) не имеют специфического вида

19. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ:

1) лежат изолированно

2) сливаются и немногочисленные

3) многочисленные

4) лежат изолированно, сливаются и немногочисленные, многочисленные

5) не сливаются

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) парезы, параличи

2) атрофия, трофические язвы, мутиляции

3) контрактуры, деформации кистей и стоп

4) лагофтальм

5) парезы, параличи; атрофия, трофические язвы, мутиляции; контрактуры, деформации кистей и стоп; лагофтальм

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

**Лепра –** хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией лепры. Характеризуется длительным инкубационным периодом, торпидным, затяжным течением с периодическим обострением (лепрозные реакции). Болезнь представляет собой системный процесс с поражением кожи, слизистых оболочек, нервно-эндокринной системы и внутренних органов.

ЭТИОЛОГИЯ:

Возбудитель лепры человека – микобактерия Гансена – Нейссера (Mycobacterium leprae), облигатный внутриклеточный паразит, проявляющий выраженный тропизм к коже, периферическим нервам и мышечной ткани, хотя встречается и в других органах и тканях.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

В мире приблизительно 12 млн. больных. Лепра наиболее распространена в странах Африки и Азии. Источником инфекции является больной лепрой. В распространении инфекции большое значение придается социально-экономическим факторам. Основной путь передачи инфекции воздушно-капельный, реже чрескожный (при повреждении кожного покрова). Заражение в возрасте 10 – 20 лет, больше всего больных в 30 – 50 летнем возрасте.

Инкубационный период составляет несколько лет.

КЛИНИКА.

***Лепроматозный тип –*** наиболее тяжелая форма заболевания. Характерен полиморфизм клинических проявлений, особенно в коже.

Обычно первые проявления заболевания – округлые или неправильных очертаний эритематозные пятна с блестящей поверхностью. Наиболее харак­терная локализация – лицо, разгибательные поверхности кистей, предпле­чий, голеней. Характерна симметричность высыпаний. В дальнейшем появ­ляется инфильтрация и образуются бляшки с нормальной чувствительностью или гиперестезией. Из-за усиления функции сальных желез поверхность бля­шек жирная, блестящая. Потоотделение снижено. Через 3-5 лет выпадают брови и пушковые волосы на бляшках. Возможно выпадение усов, бороды. При диффузной инфильтрации кожи лица углубляются естественные мор­щины и складки, надбровные дуги резко выступают, нос утолщен, щеки и губы имеют дольчатый вид.

***Туберкулоидная форма.*** Возбудитель выявляется при гистологическом ис­следовании органов, в кожных соскобах; в слизистой оболочке носа – отсут­ствует.

Характерно высыпание мелких красновато-синюшных плоских полиго­нальных папул, которые часто, сливаясь, образуют фигуры (диски, кольца, полукольца). Характерен периферический валик. Могут быть бляшки и бу­горки. Возможно шелушение, эритематозные и депигментированные высы­пания. Снижается чувствительность в элементах высыпаний и часто около них. Вначале развивается легкая гиперестезия, затем последовательно исче­зают термическая, болевая и тактильная чувствительность. Потоотделение снижается, затем прекращается. Волосы тускнеют, могут выпадать. Локали­зация асимметричная, на любом участке.

Между двумя полюсами «определенной» лепры (туберкулоидный и лепро­матозный типы) – промежуточная зона патологии.

ОСЛОЖНЕНИЯ.

Наиболее частыми осложнениями у больных лепрой являются:

1. Язвы в местах травм на потерявших чувствительность конечностях.

2. Лепроматозная реакция, наблюдаемая после успешной лекарственной терапии.

Существуют два типа реакций, которые могут возникать самопроизвольно, но чаще они развиваются спустя месяцы или годы после начала антибактериальной терапии. Эти острые воспалительные реакции наблюдаются почти у половины больных лепрой на одном из этапов развития заболевания.

Реакции I типа, называемые еще «обратными» реакциями, осложняют течение диморфной лепры и отражают изменение клеточного иммунитета у больного. Иммунитет при этом может как усиливаться, так и ослабляться. Обычно при реакциях I типа на пораженных участках наблюдаются острое воспаление и отек, сопровождающиеся острым невритом. Реакция может привести к необратимому выраженному повреждению нерва.

Реакция II типа, называемая также Erythema nodosum leprosum, встречается при лепроматозной форме заболевания. Считается, что эта реакция связана с преципитацией иммунного комплекса в сосудах в связи с высвобождением антигенов M.leprae после гибели возбудителя в ходе антибиотикотерапии. У пациентов образуются болезненные красные узелки, в основном на конечностях. Процесс сопровождается общими симптомами, включая лихорадку, лимфаденит, артралгию и неврит.

Подтверждающими методами являются бактериоскопический и гистоло­гический. Для бактериоскопического исследования при лепроматозном типе берут соскобы со слизистой носа. Дополнительными являютсяфункциональ­ные пробы с гистамином на потоотделение (слабо выражены), никотиновой кислотой (воспламенение), горчичником (нет реакции).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Диагноз проказы выставляется на основании следующих признаков:

1. характерные очаги поражения с отсутствием чувствительности;
2. утолщение периферических нервов;
3. лабораторное подтверждение наличия микобактерий в коже и других тканях.

Проводят дифференциальный диагноз:

1. с сифилисом,
2. с витилиго,
3. с токсикодермией,

4. с туберкулезной волчанкой.

ЛЕЧЕНИЕ.

Принципы лечения:

1. элиминация возбудителя;
2. профилактика лечения реактивных состояний;
3. профилактика и лечение неврологических осложнений;
4. обучение больного правилам поведения при отсутствии чувствительности кожи;
5. социальная адаптация.

*Противолепрозные средства:*

Дапсон и рифампицин курсами от 3 до 6 месяцев .

В начале 1900-х гг. в Бирме был разработан растительный препарат – хаулмугровое масло. Было обнаружено, что масло обладает слабым противолепрозным действием, поэтому оно стало первым препаратом, дающим эффект при лечении лепры. Первым высокоэффективным противолепрозным препаратом стал дапсон (диафенилсульфон), впервые использованный в начале 1940-х гг. в лепрозории в Карвилле (штат Луизиана, США), который до сих пор играет важную роль при лечении проказы во всем мире. Однако в 1960-1970 гг. появились резистентные к препарату штаммы M.leprae. Около половины вновь заболевших поражены этими устойчивыми штаммами.

ПРОГНОЗпри лепре неблагоприятный. Однако при рациональной и ранней терапии нередко наблюдаются продолжительные ремиссии. Критерий излеченности отсутствует. Менее благоприятен прогноз при лепроматозном типе лепры.

ПРОФИЛАКТИКА.

Состоит в раннем выявлении, рациональном лечении больных лепрой, обследовании групп населения в эндемических очагах, превентивном лечении лиц, находившихся в тесном контакте с больным лепрой. Диспансерное наблюдение не менее 5 лет в редких случаях на протяжении всей жизни.

Способов предупреждения проказы на сегодняшний день нет. Однако ведутся перспективные исследования по усовершенствованию вакцины, содержащей убитые микобактерии лепры; ее эффективность показана в опытах на мышах и броненосцах. Вакцинацию БЦЖ в целях профилактики лепры следует признать целесообразной.

Важное значение имеет санитарно-просветительная работа среди больных лепрой, членов их семей и здорового населения. Санитарное просвещение способствует преодолению лепрофобии, повышению эффективности национальных программ борьбы с лепрой.

**Туберкулез кожи.**

Туберкулезная палочка – Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, иногда – бацилла Кальметта-Герена (БЦЖ).

Туберкулез самая частая оппортунистическая инфекция у ВИЧ-инфицированных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

1. Экзогенное заражение

2. Аутоинокуляция

3. Эндогенное распространение инфекции

При экзогенном заражении у неиммунных больных - первичный туберкулез. У иммунных – бородавчатый туберкулез.

Пути эндогенного распространения:

• контактный (туберкулезный лимфаденит, туберкулез костей) приводит к скрофулодерме.

• лимфагенный – туберкулезная волчанка.

• гематогенный – милиарный туберкулез кожи, туберкулезная волчанка, колликвативный туберкулез.

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. Туберкулез кожи, развивающийся у ранее не инфицированных лиц: первичный аффект (первичный комплекс); колликвативный туберкулез (первичная гематогенная скрофулодерма); первичный аффект на месте прививки БЦЖ.

II. Туберкулез кожи, развивающийся у ранее инфицированных больных:

1) Преимущественно локальные формы: туберкулезная волчанка, бородавчатый туберкулез, скрофулодерма (вторичная по отношению к туберкулезу лимфатических узлов и реже других подлежащих тканей), язвенный (периорифицированный) туберкулез.

2) Преимущественно диссеминированные формы: папулонекротический туберкулез, лишай золотушных, эритема уплотненная, волчанка милиарная диссеминированная лица.

*Клинические формы туберкулеза кожи.*

Туберкулез кожи первичный.

Очень редко встречающаяся форма туберкулеза кожи, возникает обычно у ранее не инфицированных.

Первичный туберкулезный шанкр развивается после непосредственного проникновения М.tuberculosis в кожу. Возбудитель не может проникнуть в неповрежденную кожу, поэтому заражение происходит через мелкие порезы и ссадины. Описывались и необычные случаи «венерического» заражения во время полового акта, а также передача возбудителя при искусственном дыхании «рот-в-рот» и обрезании, проводимом раввином, больным туберкулезом.

*Туберкулезная волчанка.*

Возбудитель попадает в кожу преимущественно лимфо- или гематогенно из других очагов туберкулезной инфекции в организме. Возникает обычно в детском или юношеском возрасте. Волчанка как название кожного заболевания возникло в древнее время из народной речи. Мандарус (XV век) пишет: «… как будто бы кровожадный волк изгрыз конечности». Основным морфологическим элементом волчанки является люпома – бугорок желтовато-коричневого цвета, мягкой консистенции. При надавливании на бугорок пуговчатым зондом последний как бы проваливается в него, что обусловлено разрушением коллагеновых и эластических волокон (симптом “зонда” А.И. Поспелова). При диаскопии люпома просвечивает в виде пятна цвета жженого сахара или яблочного желе (феномен “яблочного желе”). Эти феномены имеют важное значение для диагностики волчанки. Существует до 20 разновидностей туберкулезной волчанки (плоская, язвенная, псориазиформная, инфильтративная, опухолевидная, мутилирующая, саркоидоподобная, эритематозоподобная).

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

*Достоверные признаки:*

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи:

 бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену);

 бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды);

 биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом);

 гистологическое исследолвание (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

*Вероятные признаки:*

а) наличие туберкулеза внутренних органов;

б) клинические проявления туберкулеза кожи;

в) кожные пробы с туберкулином.

Дифференциальный диагноз первичного туберкулеза кожи:

1. сифилис-твердый шанкр

2. фелинос

3. споротрихоз

4. туляремия

5. гранулема купальщиков

Дифференциальный диагноз бородавчатавтого туберкулеза кожи:

1. простые бородавки

2. гранулема купальщиков

3. пиодермии

4. плоскоклеточный рак кожи

5. хромомикоз

6. красный плоский лишай

Дифференциальный диагноз туберкулезной волчанки:

1. саркоидоз

2. доброкачественная лимфоплазия

3. красная волчанка

4. третичный сифилис

5. лепра

6. лейшманиоз

7. пиодермии

Дифференциальный диагноз скрофулодермы:

1. глубокие микозы

2. актиномикоз

3. третичный сифилис

4. конглабатные угри

5. гидраденит

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

Противотуберкулезные препараты и их основные побочные эффекты.

Стрептомицин - токсическое действие на вестибулярный аппарат, нарушение слуха . Чаще всего у пожилых людей.

Изониазид - неврит периферических нервов, гепатит. Возникает у 1-2%, риск повышен у людей старше 35 лет.

Рифампицин - гепатит, оранжевая окраска секрета (может стойко окрасить контактные линзы).

Пиразинамид - гиперурикемия ,подагра.

Этамбутол - воспаление зрительного нерва, не назначать детям до 13 лет.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Работа со специальной литературой и муляжами.

2.Реферативные сообщения по теме занятия.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратилась женщина 40 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на лице появились 2.5 года назад. Сначала они были единичные, затем их число увеличилось. Высыпания сливались между собой. После разрешения на месте высыпаний оставались рубчики. Мать и старшая сестра болеют туберкулезом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания располагаются на коже левой щеки, крыльев носа, ушных раковин. Основным элементом является бугорок размером с булавочную головку, выступающий над уровнем кожи, мягкой консистенции, красно-розового цвета. При диаскопии предметным стеклом бугорок приобретает буро-желтую окраску. При надавливании зондом последний легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. Бугорки сливаются между собой. На левой щеке сплошной атрофический рубец по типу «папиросной бумаги».

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие симптомы, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?

3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?

4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

5. Составьте план обследования больной.

**Задача №2**

На прием к дерматологу обратилась больная 28 лет с жалобами на язвы и рубцы в области шеи, на щеках, слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение года, когда заметила в области шеи и на щеках появление плотных узлов. Узлы быстро увеличивались в размерах, кожа над ними была синюшного цвета. Высыпания сопровождались повышением температуры тела, слабостью и недомоганием. Узлы вскрывались с выделением небольшого количества гноя, образовывались язвы, которые покрывались корками и рубцевались.

Мать больной состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже в области шеи, на щеках, околоушной раковины справа. Высыпания представлены язвами и рубцами. Язвы неправильной округлой формы, поверхностные, с мягкими, тонкими, нависающими краями, малоболезненные синевато-красного цвета, дно сероватого цвета, покрыто вялыми грануляциями. Язвы размерами от 1,0 x 1,5 см до 1,5 x 2,0см. Рубцы неправильной округлой формы, поверхностные, спаянные с кожей, неровные, с мостовидными перегородками. Имеются свищевые отверстия и ходы, соединяющие отдельные рубцы. Реакция Манту резко положительная.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.

5. Наметьте план лечебных мероприятий.

**Задача №3**

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на появление безболезненных образований на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда на коже лица в области щек появились безболезненные высыпания. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Больная состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица в области щек. Высыпания представлены бляшками буровато-желтого цвета, различных размеров, с фестончатыми краями, возвышенным периферическим валиком. При диаскопии определяются желтовато-буроватые пятна.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Наметьте план диагностических мероприятий.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

4. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

5. Какие патоморфологические изменения обусловливают данные симптомы?

**Задача №4**

На прием к дерматологу обратилась врач – патологоанатом с жалобами на появление высыпаний на коже кисти правой руки.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 4-х месяцев. Лечилась самостоятельно, смазывала высыпания различными мазями, эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже тыла правой кисти. Высыпания представлены лентикулярными папулами синюшно – красного цвета с четкими границами, в центре – трещины, по периферии – отечная, желтоватая, блестящая зона.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

4.Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?

5. У врача какой специальности должна получать лечение больная?

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратилась врач – фтизиатр 46 лет с жалобами на появление в области левой руки высыпаний.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х месяцев, когда впервые появились высыпания на кисти левой руки. Наружно применяла различные косметические средства, без положительного эффекта.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже тыла левой кисти. Высыпания представлены лентикулярными папулами синюшно – красного цвета с четкими границами, в центре – трещины, по периферии - отечная желтоватая блестящая зона.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез заболевания.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

4.Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?

5.У врача какой специальности должна получать лечение больная?

**Задача №6**

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, конечностей, деформацию пальцев рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 7 лет, когда на коже лица, туловища, конечностей появились пятна, затем узлы. Некоторые узлы распадались с образованием язв. 3 месяца назад больная отметила поражение мышц и костей кистей обеих рук.

Больная проживает в Средней Азии. Свое заболевание ни с чем не связывает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица, туловища и верхних конечностей имеются многочисленные узлы размером с лесной орех, синюшно – красного цвета, а также язвы неправильной формы с подрытыми краями. Вокруг высыпаний отмечается нарушение болевой, температурной и тактильной чувствительности. Лицо больной грустное, мимика отсутствует.

Имеется атрофия мелких костей пальцев рук.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

**Задача №7**

На прием к дерматологу обратился больной 46 лет с жалобами на появление высыпаний на коже правой щеки.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 6 месяцев. Вначале появились мелкие красноватые папулы, которые постепенно сливались. Затем больной заметил выпадение пушковых волос на месте высыпаний.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже правой щеки. Высыпания представлены милиарными, красновато-синюшными, плоскими, полигональными папулами, имеющими тенденцию к слиянию и образованию фигур в виде кольца. На месте высыпаний пушковые волосы отсутствуют. Отмечается снижение болевой, тактильной, температурной чувствительности на месте высыпаний и вокруг их.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?

5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

**Задача №8**

На прием к дерматологу обратился больной 62-х лет с жалобами на появление на коже лица высыпаний, слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39° С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 3-х недель, когда на коже лица появились красноватые пятна, повысилась температура тела. Самостоятельно не лечился. К врачу не обращался. Возникновение заболевания связывал с перенесенной респираторной инфекцией.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица. Высыпания представлены округлыми эритематозными пятнами с блестящей поверхностью, а также бугорками величиной до вишни, плотноэластической консистенции, безболезненными при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Этиология и патогенез заболевания

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?

5. Где должен получать лечение больной?

**6.Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Современное представление об этиологии и эпидемиологии лепры.

2. Диагностика лепры.

3. Клиническая характеристика форм лепры.

4. Дифференциальная диагностика лепры.

5. Современные и традиционные методы лечения больных лепрой.

6. Современное представление об этиологии и эпидемиологии туберкулеза кожи.

7. Диагностика туберкулеза кожи.

8. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи.

9. Современные и традиционные методы лечения больных туберкулезом кожи.

10. Тактика ведения больных туберкулезом кожи.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Классификация туберкулеза кожи.

2. Диагностика туберкулеза кожи.

3. Дифференциальная диагностика туберкулёзной волчанки.

4. Алгоритм обследования больных с туберкулезом кожи.

5. Клинические формы туберкулеза кожи.

6.Современные данные об этиологии и эпидемиологии лепры.

7. Диагностика лепры.

8. Алгоритм обследования больных с лепрой.

9. Характеристика клинических форм лепры.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре | |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | |
| **Основная литература** | | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 | |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | | |
|  | Атлас смертельных кожных болезней | Морган М.Б. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 | 1 | |  |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 | |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  | |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №7**

**Тема:** «Вирусные дерматозы у детей (герпесы, контагиозный моллюск, бородавки). Диагностика. Лечение».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание диагностики, клинических особенностей и дифференциальной диагностики вирусных заболеваний кожи необходимы врачам общей практики, учитывая большую распространенность, многообразие клинических форм, канцерогенные свойства вирусов, полиорганность поражения при этих заболеваниях.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**-ОПК-8** (готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**

- **знать:**

− этиологию и эпидемиологию вирусных заболеваний кожи.

− классификацию вирусных заболеваний кожи.

− клинические проявления вирусных заболеваний кожи.

-**уметь**:

− проводить пальпацию кожи, диаскопию элементов сыпи.

− удалять контагиозный моллюск.

− удалять бородавоки, остроконечные кондиломы, папилломы.

-**владеть:**

− диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. для простого герпеса наиболее характерны:

1) гнойнички, язвы

2) узелки, чешуйки

3) папулы, волдыри

4) бугорки

5) пузырьки, эрозии

2. наиболее характерный признак простого герпеса:

1) склонность к рецидивированию

2) хроническое длительное течение без периодов ремиссий

3) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте

4) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения

5) провоцирующее воздействие нарушений в диете

3. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО:

1) цвет нормальной кожи

2) (+) симптом Поспелова

3) синюшно-красный цвет

4) сетка Уикхема

5) зуд

4. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС:

1) относится к ИППП

2) дифференцируют с розовым лишаем

3) никогда не рецидивирует

4) необходимо назначение кортикостероидов

5) необходимо назначение фунгицидных средств

5. Для опоясывающего лишая характерны:

1) отсутствие болезненности

2) удовлетворительное состояние

3) диссеминация высыпаний по ходу сосудов

4) асимметричность и группировка высыпаний

5) рецидивы

6. при лечении простого и опоясывающего герпеса применяют:

1) синафлан

2) линимент госсипола

3) ихтиоловую мазь

4) серную мазь

5) медифокс

7. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:

1) интерфероном

2) поливалентной герпетической вакциной

3) пирогеналом

4) иммуноглобулином

5) левамизолом

8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ:

1) интерферон

2) поливалентная герпетическая вакцина

3) пирогенал

4) иммуноглобулин

5) левамизол

9. К противовирусным препаратам относИтся:

1) ламизил

2) метисазон

3) нистатин

4) фуцидин

5) дифлюкан

10. ПРОТИВОВИРУСНОЕ ДЕЙСТВИЕ АЦИКЛОВИРА ОБУСЛОВЛЕНО:

1) замедлением репликации вирусной РНК

2) замедлением репликации вирусной ДНК

3) повреждением клеточной стенки

4) действием ацикловир-дифосфата

5) повышением иммунологической реактивности организма

11. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больныМ:

1) простым герпесом в остром периоде

2) простым герпесом в период обратного-развития высыпаний

3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии

4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии

5) во всех перечисленных случаях

12. Ограниченное использование противовирусных средств связано:

1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами

2) с отсутствием противовирусных антибиотиков

3) с плохим проникновением препаратов в кожу

4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии

5) правильного ответа нет

13. ВИРУС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, ИДЕНТИЧЕН:

1) вирусу простого герпеса типа 1

2) вирусу ветряной оспы

3) вирусу простого герпеса типа 2

4) коксовирусу

5) цитомегаловирусу

14. ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕРМАТОЗОВ, ВЫЗВАННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСОМ ЧЕЛОВЕКА И ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) генерализованность поражений

2) высокая частота рецидивов

3) резистентность к терапии

4) необычность клинических проявлений

5) генерализованность поражений; высокая частота рецидивов; резистентность к терапии; необычность клинических проявлений

15. ПРИ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ АЦИКЛОВИРА ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) СОЭ

2) клиренс креатинина

3) уровень эритроцитов и гемоглобина

4) концентрация IgG

5) время кровотечения

16. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПОЯВЛЕНИЮ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) гипергидроз

2) микоз стоп

3) снижение иммунитета

4) применение антибиотиков

5) травматические повреждения

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

**Вирусные дерматозы** – группа заболеваний кожи и слизистых, иногда в сочетании с поражением внутренних органов.

Вирусы – внеклеточная форма жизни, имеют собственный геном, размножаются в клетках высокоорганизованных организмов.

Вирусы простые и сложные. Простые состоят из белка и нуклеиновой кислоты; сложные, кроме этого, имеют липиды, углеводы и другие компоненты.

17 семейств вирусов: 6 – ДНК-геномные, 11 - РНК-геномные. При паразитировании четко выявляется тропизм поражения органов и тканей. Отсюда спецификация вирусных заболеваний:

* Пневмотропные – грипп, пневмония;
* Пантропные – корь, гепатит;
* Нейротропные – полиомиелит, бешенство;
* Нейродерматропные – оспа, герпесы, ящур;
* Дерматропные:
  + эпидермальные (папилломы, себорейные кератомы, юношеские бородавки, вульгарные бородавки, верруциформная эпидермодислазия, подошвенные бородавки, остроконечные кондиломы);
  + дегенеративные с явлением цитолиза (моллюск контагиозный).

**ПРОСТОЙ ГЕРПЕС**

Простой герпес (Herpes simplex, син. простой пузырьковый лишай) – вирусное заболевание, проявляющееся сгруппированными пузырьковыми высыпаниями на коже и слизистых оболочках.

**Этиология и патогенез.** Возбудитель простого герпеса (ВПГ) – дерматонейротропный ДНК, содержащий вирус со сложной структурой. Размножается в ядре и цитоплазме инфицированных клеток, имеет 14‑часовой цикл воспроизведения.

**Клиническая картина.** Первичный простой герпес возникает после первого контакта с вирусом. Чаще это бывает в детском возрасте. Характеризуется интенсивностью клинических симптомов. Инкубационный период продолжается от нескольких дней до 2 нед. Клинически характеризуются группой пузырьков на воспаленном основании.

Излюбленная локализация – губы, нос. Тяжело заболевание протекает у новорожденных, так как из‑за гематогенной диссеминации могут поражаться внутренние органы и ЦНС. При первичной инфекции одним из клинических проявлений может быть острый герпетический стоматит. Инкубационный период составляет 1– 8 дней, затем появляются озноб, температура 39–40°С, головная боль, недомогание, сонливость.

**Рецидивирующий герпес** отличается меньшей интенсивностью и продолжительностью клинических проявлений. Рецидивы наступают от 1– 3 раз в год до 5 раз в месяц на протяжении нескольких лет, даже десятилетий. Иногда процесс принимает непрерывный хронический характер: одни высыпания еще не разрешились, а другие появляются. Локализация высыпаний обычно фиксирована на месте внедрения вируса в кожу или слизистую оболочку.

**Герпетиформная экзема Капоши** является тяжелой разновидностью рецидивирующего герпеса . Возникает у детей, больных атопическим дерматитом и экземой. Это острое заболевание с температурой 39–40°С, тяжелым общим состоянием и диссеминированным поражением простым герпесом кожи преимущественно экзематозных участков, на которых появляются группы пузырьков, напоминающих высыпания ветряной оспы. Центральная часть пузырьков некротизируется с образованием геморрагических корок, после отторжения которых остаются рубцы. Возможно вовлечение в патологический процесс слизистых оболочек полости рта, глотки, гортани, трахеи с лимфаденопатией, поражение внутренних органов, ЦНС с летальным исходом.

**Генитальный герпес** может быть вызван двумя типами вирусов (ВПГ‑1 и ВПГ‑2).

Основной путь инфицирования гениталий – половой. Заражение происходит при контакте с больным генитальным герпесом или носителем ВПГ (половая передача ВПГ может происходить во время бессимптомного периода заболевания, когда генитальные поражения отсутствуют; бессимптомного носительства, особенно характерного для ВПГ‑2). Возможно инфицирование гениталий при орогенитальном контакте, при наличии у партнера простого герпеса лица, а также бытовым путем через средства личной гигиены. От 5 до 30% первичных эпизодов генитального герпеса вызывается ВПГ‑1; рецидивирующее течение более характерно для инфекции, вызванной ВПГ‑2.

**Опоясывающий герпес (опоясывающий лишай, herpes zoster)**

Этиология. Вирус герпеса человека типа 3 (ВОГ) принадлежит к подсемейству альфагерпесвирусов, имеет тропность к эпителиоцитам и клеткам сенсорных ганглиев. Сенсорные ганглии являются резервуаром вируса.

**Лечение.**

При простом герпесе применяют противовирусные препараты: ацикловир, валтрекс, фамцикловнр. Ацикловир назначают внутрь но 200 мг 5 раз и сутки 5–10 дней, при рецидивирующей форме – по 400 мг 5 раз в сутки или по 800 мг 2 раза в день в течение 5 дней или назначают валтрекс – внутрь по 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней. Наружно при герпетической инфекции используют 0,25–0,5% бонафтоновую: 1% теброфеновую; 1% флориналевую; 3% мегасиновую; 0,25–3% оксодиновую; 0,5–2% теброфеновую; 2–5% алпизариновую; 0,25–1% риодоксоловую мази; 3% линимент госсипола, которые наносят на очаг поражения 4–6 раз в сутки в течение 5‑7 дней.

В настоящее время широкое применение нашли инактивированные вакцины для внутрикожных инъекций с целью профилактики рецидивов в период ремиссии заболевания.

При лечении опоясывающего герпеса используют чаще фамвир по 250 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней или валтрекс по 0,5 г 2 раза в день в течение 5 дней; антибиотики широкого спектра действия: метациклин, рондомицин, тетрациклин и др.

**ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

ЭТИОЛОГИЯ. Папилломавирусы являются причиной различных бородавок. Относятся к семейству Паповавирусов (Papovaviridae), объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. Название семейства состоит из первых слогов названий вирусов, составивших эту группу: па (ра) – вирус папилломы ,по (ро) – вирус полиомы (polioma), ва (va) – вакуолизируюший обезьяний вирус. Род папилломавирусов представлен очень большой группой вирусов человека и животных. Для человека патогенными являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) нескольких типов. Так ВПЧ-1 вызывает подошвенные бородавки, ВПЧ-2 – вульгарные бородавки, ВПЧ-3 – плоские бородавки, ВПЧ-4 – верруциформную дисплазию, ВПЧ-5, 6, 11 – остроконечные кондиломы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК.

Бородавки обыкновенные (вульгарные) локализуются преимущественно на тыле кистей, пальцев рук, в околоногтевой зоне, редко на лице. Представляют собой округлые, плотные, невоспалительные узелки серовато-желтого цвета, возвышающиеся над поверхностью кожи, с неровной, шероховатой поверхностью.

Остроконечные кондиломы локализуются в области наружных половых органов, паховобедренных, межъягодичной складок, перианально. Представляют собой мелкие сосочкоподобные папулы на тонкой ножке цвета нормальной кожи.

Папилломы слизистых оболочек и кожи локализуются на слизистых оболочках полости рта, глотки, гортани, придаточных пазухах носа, на слизистых оболочках мочевыводящих путей, на коже шеи, в аксиллярных областях.

Верруциформная эпидермодисплазия Левандовского–Лютца – хроническое редкое заболевание, развивающееся в детском возрасте вследствие врожденного дефекта иммунитета.

ТЕРАПИЯ БОРОДАВОК.

Общая терапия:

• противовирусная или этиологическая терапия;

• патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной защиты организма (иммуномодулирующая терапия).

Местная терапия:

• противовирусная наружная терапия;

• наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермока-устика, кюретаж, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.);

• цитотоксические препараты: кондилин, подофиллотоксин, филлоток-

син, 5-фторурацил.

**КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК**

Контагиозный моллюск – вирусное заболевание, характеризующееся появлением на коже белых полушаровидных узелков с центральным вдавлением, зрительно напоминающих раковину моллюска.

ЭТИОЛОГИЯ. Вирус контагиозного моллюска относится к вирусам группы оспы. Заболевание встречается у людей повсеместно. Инфекция передается при непосредственном контакте с больным человеком либо опосредованно – через предметы быта.

КЛИНИКА. Инкубационный период составляет от 14 дней до 6 месяцев. Высыпания представлены блестящими перламутрово-белыми полусферическими папулами с пупкообразным вдавлением в центре. Медленно увеличиваясь в размерах, папула может достичь в диаметре 5-10 мм за 6-12 недель.

ЛЕЧЕНИЕ. Пациентам следует избегать посещения плавательных бассейнов, общих бань, тщательно соблюдать правила личной гигиены. Чаше всего используют криотерапию с интервалом в 2-3 недели до исчезновения поражений. Применяют диатермокоагуляцию, выдавливание пинцетом, поверхностное выскабливание с последующим смазыванием элементов раствором азотистого серебра, фенола или 5-10% раствором йода.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 8 лет с жалобами на высыпания на коже тыла кистей и лице.

ИЗ АНАМНЕЗА. Первые высыпания на коже рук появились три месяца назад. Сначала это были единичные элементы, затем их становилось больше, а недавно мама заметила высыпания на лице.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже тыла кистей, на лице в области подбородка и правой щеки многочисленные телесного цвета, безболезненные узелки размером от 0,1 до 0,3см с плоской поверхностью.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Составьте план лечения.
5. Выпишите рецепты.

**Задача №2**

На прием к врачу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на коже рук.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, выжигал уксусной эссенцией, но они вновь возникали, сливаясь и увеличиваясь в размерах.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже тыла кистей множественные, плотные, безболезненные, серого и телесного цвета узелки от 0,2 до 1,0см в диаметре. На крупных папулах сосочковые разрастания с ороговением на поверхности.

1. Поставьте диагноз.

1. Этиология и патогенез заболевания.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Составьте план лечения.
4. Выпишите рецепты.

**Задача №3**

На прием к врачу обратилась мать с девочкой 4-х лет с жалобами на высыпания на коже живота и рук. Субъективных жалоб не предъявляет.

ИЗ АНАМНЕЗА. Впервые эти высыпания мама заметила три недели назад. Их количество постоянно увеличивалось. Пробовали лечиться самостоятельно, смазывая элементы бриллиантовой зеленью. Результатов данное лечение не дало. Подобные высыпания имеются еще у нескольких детей, посещавших ту же группу в детском учреждении.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже рук и живота расположены многочисленные узелки, плотной консистенции, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком. Размер узелков от 0,1 до 0,5см в диаметре. В центре узелков кратерообразное вдавление. При надавливании пинцетом из узелка выделяется кашицеобразная масса.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Этиология и эпидемиология заболевания.
4. С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс?
5. Алгоритм обследования при этой патологии.

**Задача №4**

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет с жалобами на высыпания в полости рта. Беспокоит головная боль, общее недомогание и чувство жжения в области высыпаний.

ИЗ АНАМНЕЗА. Четыре дня назад после переохлаждения больной почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна. Появились пузырьковые высыпания на лице и в полости рта. Появление высыпаний сопровождалось чувством жжения и покалывания.

Подобные высыпания больной отмечает в течение последних 3 –х лет, ежегодно - 2 раза в год.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица у левого угла рта имеются сгруппированные пузырьки размером от 0,1 до 0,3см. Расположены пузырьки на фоне гиперемированной и слегка отечной коже. Содержимое пузырьков – серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
4. Назначьте лечение.
5. Ваши рекомендации больному после клинического выздоровления.

**Задача № 5**

На прием к врачу обратился мужчина 52 –х лет с жалобами на высыпания в виде пузырьков на лице и слизистой полости рта. Беспокоят недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,50С.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболел две недели назад после сильного переохлаждения на работе. Первые дни чувствовал недомогание, озноб, головную боль, боль в ухе справа, затем поднялась температура и на коже лица появились пузырьки с прозрачным содержимым. Больной отмечает частые простудные заболевания в течение года.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожа правой половины лица гиперемирована, отечна. На этом фоне располагаются тесно сгруппированные напряженные пузырьки с серозным содержимым, величиной от 0,2 до 0,4см в диаметре, а также ярко-красного цвета эрозии с фестончатыми краями, серозные корочки. Веки правого глаза отечны. В полости рта на слизистой правой щеки и 2/3 языка на резко отечном и гиперемированном фоне эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Отдельные эрозии покрыты плотным, фибринозным налетом.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
4. Назначьте лечение.
5. Выпишите рецепты.

**6.Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Клинические формы вирусных дерматозов.

2. Герпесвирусные заболевания кожи.

3. Папилломавирусные заболевания кожи.

4. Контагиозный моллюск.

5. Узелки доильщиц.

6. Современные методы лечения вирусных дерматозов.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Дифференциально-диагностические критерии простого и опоясывающего герпеса.
2. Алгоритм обследования больных рецидивирующими формами герпеса.
3. Алгоритм лечения больных герпетической инфекцией.

4. Дифференциально-диагностические критерии эрозивно-язвенных поражений гениталий.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №8**

**Тема:** «Сифилис. Общее течение. Пути заражения. Особенности клинических проявлений заразных форм сифилиса (первичный, вторичный) у детей. Третичный сифилис».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Учитывая постоянную неблагоприятную обстановку с заболеваемостью сифилисом в России, тяжелые последствия этого заболевания, изучение этой темы имеет большое значение для врачей.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* этиологию и эпидемиологию сифилиса.
* общее течение сифилиса.
* классификацию сифилиса.

- **уметь:**

* провести микроскопическое исследование бледной трепанемы в темном поле зрения.
* получить клинический материал для лабораторных исследований.
* **владеть:**
* методами консультирования больных сифилисом.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. Число ЗАВИТКОВ бледной трепонемы

1) 2-4

2) 6-8

3) 8-12

4) 14-18

5) 20-24

2. НЕ СУЩЕСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ

1) L-форма

2) цисты

3) бледные трепонемы в полимембранныхфагосомах

4) амебоподобные формы

5) спиралевидные формы

3. НЕВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ

1) половой

2) трансплацентарный

3) гемотрансфузионный

4) трансмиссивный

5) бытовой

4. для обнаружения бледных трепонем применяют

1) исследование нативных препаратов в темном поле

2) окраска по Романовскому – Гимзе

3) окраска по Граму

4) культивирование на питательных средах

5) окраска метилиновым синим

5. После контакта с больным сифилисом твердый шанкр появляется ЧЕРЕЗ

1) 1 неделю

2) 2 недели

3) 3-5 недель

4) 6-7 недель

5) 8-9 недель

6. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН

1) чешуйкой

2) пятном

3) бугорком

4) язвой

5) лихенификацией

7. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА

1) генитальные

2) эзофагальные

3) подмышечные

4) ягодичные

5) слизистые

8. К атипичным твердым шанкрам относятся

1) индуративный отек

2) широкие кондиломы

3) эктима

4) фликтена

5) баланит

9. ЭВОЛЮЦИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ

1) рубец

2) исчезает

3) лихенификация

4) рубцовая атрофия

5) вегетации

10. Среди атипичных форм твердого шанкра выделяют

1) индуративный отек

2) фимоз

3) парафимоз

4) гангренизацию

5) баланопостит

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10

А 50, А51, А52, А53

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передаваемое преимущественно половым путем,

характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Заболевание может протекать как в манифестной, так и скрытой формах. В «классическом» течении сифилиса различают четыре периода, последовательно сменяющих друг друга: инкубационный, первичный, вторичный и третичный. Сифилитическая инфекция включена в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В силу особенностей течения и многообразия клинических проявлений сифилис является актуальной проблемой современного здравоохранения, несмотря на существенные достижения в борьбе с этим заболеванием.

ЭТИОЛОГИЯ.

Возбудитель сифилиса относится к порядку *Spirochaetales*, семейству

*Spirochaetaeceae*, роду *Treponema*, виду *Treponema pallidum*, подвиду pallidum (син. *Spirochaeta pallidum*). Бледная трепонема легко разрушается под воздействием внешних агентов: высыхание, прогревание при 55° C в течение 15мин., воздействие 50–56% раствора этилового спирта. В то же время низкие температуры способствуют выживанию бледной трепонемы.

Бледная трепонема представляет собой микроорганизм спиралевидной

формы; число оборотов спирали от 8 до 12, ее завитки равномерны, имеют

идентичное строение. Совершает характерные виды движения: вращательные, поступательные, волнообразные и сгибательные. Размножается преимущественно путем поперечного деления на два или несколько сегментов, каждый из которых вырастает затем во взрослую особь. Деление трепонем происходит каждые 30–33 часа, рост занимает в среднем 1–1,5 часа.

Бледные трепонемы склонны к эндоцитобиозу; в процессе фагоцитоза заключаются в полимембранную фагосому и длительно сохраняются, защищенные от воздействия антител и антибиотиков. Это неустойчивое равновесие может сохраняться длительно, формируя скрытое течение сифилитической инфекции. При снижении активности иммунных резервов организма больного цисты, споры, L-формы бледных трепонем реверсируют в обычную спиралевидную, инициирующую превращение латентной формы сифилиса в активную или даже злокачественную.

Бледная трепонема – антиген; в крови больного обнаруживаются антитела: протеиновые, комплементсвязывающие, полисахаридные реагины, иммобилизины, агглютинины и др.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.

По данным официальной государственной статистической отчетности,

эпидемиологическая ситуация по сифилису характеризуется постепенным

снижением заболеваемости в целом по Российской Федерации (в 2009 г. –

53,3; в 2010 г. – 44,9; в 2011 г. – 37,9 случая на 100 000 населения).

На фоне снижения общей заболеваемости сифилисом отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев нейросифилиса. За последние годы (2000–2010) заболеваемость нейросифилисом возросла в 7,2 раза и имеет тенденцию к росту. Так, в 2000 году было зарегистрировано 120 случаев нейросифилиса и к 2010 году это число уже достигло 862.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

**А50 Врожденный сифилис**

*А50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами*

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как раннее

или проявившееся в возрасте до двух лет.

*Ранний врожденный сифилис:*

■ кожи;

■ кожи и слизистых оболочек;

■ висцеральный.

*Ранний врожденный сифилитический (ая):*

* ларингит;
* окулопатия;
* остеохондропатия;
* фарингит;
* пневмония;
* ринит.

*А50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый*

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной

серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте до двух лет.

*А50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный*

Врожденный сифилис БДУ, проявившийся в возрасте до двух лет.

*А50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз*

Поздний врожденный сифилитический интерстициальный кератит

(Н19.2).

Поздняя врожденная сифилитическая окулопатия (Н58.8).

Исключена триада Гетчинсона (А50.5).

*А50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)*

■ Деменция паралитическая ювенильная.

■ Ювенильный (ая):

– прогрессивный паралич;

– спинная сухотка;

– табопаралич.

■ Поздний врожденный сифилитический (ая):

– энцефалит (G05.0);

– менингит (G01);

– полиневропатия (G63.0).

При необходимости идентифицировать любое связанное с данным заболеванием психическое расстройство используют дополнительный код.

Исключена: триада Гетчинсона (А50.5).

*А50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами*

Любое врожденное сифилитическое состояние, уточненное как позднее

или проявившееся через два года или более с момента рождения.

■ Суставы Клаттона (М03.1).

■ Гетчинсона:

– зубы;

– триада.

■ Поздний врожденный:

– кардиоваскулярный сифилис (198);

– сифилитическая:

– артропатия (М03.1);

– остеохондропатия (М90.2).

■ Сифилитический седловидный нос.

*А50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый*

Врожденный сифилис без клинических проявлений, с положительной

серологической реакцией и отрицательным тестом спинномозговой жидкости в возрасте двух и более лет.

*А50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный*

Врожденный сифилис БДУ в возрасте двух и более лет.

*А50.9 Врожденный сифилис неуточненный*

**А51 Ранний сифилис**

*А51.0 Первичный сифилис половых органов Сифилитический шанкр БДУ.*

*А51.1 Первичный сифилис анальной области*

*А51.2 Первичный сифилис других локализаций*

*А51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек*

■ Широкая кондилома.

■ Сифилитическая (ие):

– алопеция (L99.8);

– лейкодерма (L99.8);

– очаги на слизистых оболочках.

*А51.4 Другие формы вторичного сифилиса*

■ Вторичные сифилитические –ая; –ое:

– воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);

– иридоциклит (Н22.0);

– лимфоаденопатия;

– менингит (G01);

– миозит (М63.0);

– окулопатия НКДР (Н58.8);

– периостит (М90.1).

*А51.5 Ранний сифилис скрытый*

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой

жидкости, давностью менее двух лет после заражения.

*А51.9 Ранний сифилис неуточненный*

**А52 Поздний сифилис**

*А52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы Кардиоваскулярный сифилис БДУ (198.0).*

■ Сифилитическая (ий):

– аневризма аорты (179.0);

– аортальная недостаточность (139.1);

– аортит (179.1);

– церебральный артериит (168.1);

– эндокардит БДУ (139.8);

– миокардит (141.0);

– перикардит (132.0);

– легочная недостаточность (139.3).

*А52.1 Нейросифилис с симптомами*

■ Артропатия Шарко (М14.6).

■ Поздний сифилитический (ая):

– неврит слухового нерва (Н49.0);

– энцефалит (G05.0);

– менингит (G01);

– атрофия зрительного нерва (Н48.0);

– полиневропатия (G63.0);

– ретробульбарный неврит (Н48.1).

■ Сифилитический паркинсонизм (G22).

■ Спинная сухотка.

*А52.2 Асимптомный нейросифилис*

*А52.3 Нейросифилис неуточненный*

■ Гумма (сифилитическая).

■ Сифилис (поздний) центральной нервной системы БДУ.

■ Сифилома.

*А52.7 Другие симптомы позднего сифилиса*

■ Сифилитическое поражение почечных клубочков (N 08.0).

■ Гумма (сифилитическая) любых локализаций, кроме классифицированных в рубриках А52.0–А52.3.

■ Сифилис поздний, или третичный.

■ Поздний сифилитический (ая):

– бурсит (М73.1);

– хориоретинит (Н32.0);

– эписклерит (Н19.0);

– воспалительное заболевание женских тазовых органов (N74.2);

– лейкодерма (L99.8);

– окулопатия НКДР (Н58.8);

– перитонит (К67.2).

■ Сифилис (без уточнения стадии):

– кости (М90.2);

– печени (К77.0);

– легкого (J99.8);

– мышц (М63.0);

– синовиальный (М68.0).

*А52.8 Поздний сифилис скрытый*

Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений, с положительной серологической реакцией и отрицательной пробой спинномозговой

жидкости, давностью два года или более после заражения.

*А52.9 Поздний сифилис неуточненный*

**А53 Другие и неуточненные формы сифилиса**

*А53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний*

■ Скрытый сифилис БДУ.

■ Положительная серологическая реакция на сифилис. *А53.9 Сифилис неуточненный*

■ Инвазия, вызванная *Treponema pallidum*, БДУ. Сифилис (приобретенный)

БДУ.

Исключен: сифилис БДУ, явившийся причиной смерти в возрасте до двух

лет (А50.2).

**ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ**

■ половой (наиболее частый и типичный путь инфицирования; заражение

происходит через поврежденную кожу либо слизистые оболочки);

■ трансплацентарный (передача инфекции от больной матери плоду через

плаценту, ведущее к развитию врожденного сифилиса);

■ трансфузионный (при переливании крови от донора, больного сифилисом в любой стадии);

■ контактно-бытовой (является редкостью; встречается преимущественно при бытовом контакте с детьми родителей, имеющих высыпания на

коже/ слизистых оболочках);

■ профессиональный (заражение персонала лабораторий, работающего с

зараженными экспериментальными животными, а также акушеров-гинекологов, хирургов, стоматологов, патологоанатомов, судмедэкспертов

при выполнении профессиональных обязанностей).

Возможно заражение сифилисом грудных детей через молоко кормящих

женщин, больных сифилисом. Также к заразным биологическим жидкостям относятся слюна и сперма больных сифилисом с клиническими проявлениями соответствующих локализаций. Случаев заражения через пот и мочу не наблюдалось.

*Вторичный сифилис (А51.3).* При сборе анамнеза выясняют давность появления высыпаний на коже/слизистых оболочках, выпадения волос; наличие субъективных ощущений в области высыпаний; первый ли это случай высыпаний, сколько их было; был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; было ли ранее поражение кожи/слизистых оболочек половых органов; обследован ли половой партнер венерологом и поставлен ли диагноз сифилис с указанием стадии заболевания; время, прошедшее с момента полового контакта с предполагаемым источником заражения, до появления высыпаний на коже и/или слизистых оболочках; имеются ли в семье несовершеннолетние дети. Обусловлен гематогенной диссеминацией инфекции на фоне развития инфекционного иммунитета и проявляется: полиаденитом, высыпаниями на коже – розеолезный (пятнистый), папулезный (узелковый), папуло-пустулезный (гнойничковый) и редко везикулезный сифилиды – и/или слизистых оболочках (ограниченные и сливные розеолезные и папулезные сифилиды); лейкодермой, алопецией; возможны остаточные явления первичного сифилиса, поражения внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (А51.4).

*Третичный сифилис (А52.7).* При сборе анамнеза выясняют давность

появления специфических высыпаний на коже/слизистых оболочках;

наличие/отсутствие субъективных ощущений в области высыпаний; эффект местной или системной терапии в случае применения; первый ли это случай высыпаний, сколько их было, когда; был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; когда в последний раз проходил обследование на сифилис (нетрепонемные и трепонемные тесты); обследован ли половой пар тнер дерматовенерологом, результаты обследования.

Третичный сифилис развивается непосредственно за сифилисом вторичным, но в большинстве случаев между вторичным и третичным периодами наблюдается скрытый период. Возможно развитие симптомов третичного сифилиса спустя многие годы после заражения при бессимптомном течении инфекции. Проявляется высыпаниями на коже/слизистых оболочках (бугорковый и гуммозный сифилиды, третичная розеола Фурнье), поражениями внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы (А52.0-А52.7).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальную диагностику проводят:

■ вторичный сифилис: *пятнистые сифилиды* – с острыми инфекциями

(краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов насекомых; *папулезные сифилиды* – с каплевидным парапсориазом, красным плоским лишаем и псориазом; при локализации папул на ладонях и подошвах – с псориазом, экземой, микозами стоп; эрозивные папулы гениталий – с банальными фолликулитами, контагиозным моллюском;

*широкие кондиломы* – с остроконечными кондиломами, вегетирующей

пузырчаткой, геморроидальными узлами; *папуло-пустулезные сифилиды*:

*угревидный* – с вульгарными (юношескими) угрями, папулонекротическим туберкулезом кожи, узелковым аллергическим васкулитом, йодистыми или бромистыми угрями, масляными профессиональными фолликулитами; *оспенновидный* – с ветряной оспой; *импетигоподобный* – с вульгарным импетиго; *сифилитическую эктиму* – с эктимой вульгарной; *сифилитические рупии* – с рупиоидным псориазом; *везикулезный сифилид* – с герпетическими высыпаниями; *поражение слизистых оболочек* с лакунарной ангиной, дифтерией зева, ангиной Плаута-Венсана, красным плоским лишаем, лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, многоформной экссудативной эритемой, буллезным пемфигоидом, герпесом, истинной пузырчаткой, афтозным стоматитом, эксфолиативным глосситом; *сифилитическую лейкодерму –* с отрубевидным лишаем, лейкодермой после разрешения других дерматозов (псориаз, парапсориаз и т. д.), витилиго; *сифилитическую алопецию –* с диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопелада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, иногда с красным плоским лишаем;

третичный сифилис: *бугорковый сифилид –* с туберкулезной волчанкой,

туберкулоидным типом лепры, красными угрями, кольцевидной гранулемой, базалиомой, саркоидозом Бенье–Бек–Шауманна, эктимой вульгарной, варикозными язвами голеней, кожным лейшманиозом, липоидным некробиозом, васкулитом узелковым некротическим, хронической язвенной пиодермией, псориазом; *гуммы* – со скрофулодермой, индуративным туберкулезом кожи, эктимой вульгарной, хронической язвенной пиодермией, спиноцеллюлярным раком, сифилитической эктимой, изъязвившейся базалиомой, лепроматозными узлами, варикозными язвами, узловатой эритемой, васкулитом узловатым аллергическим, панникулитом узловатым лихорадочным Вебера–Крисчена, лейшманиозом кожи, туберкулезными поражениями и новообразованиями; *третичная розеола*– с различными эритемами (стойкой фигурной эритемой Венде, хронической мигрирующей эритемой Афцелиуса–Липшютца, центробежной кольцевидной эритемой Дарье), а также с пятнистыми высыпаниями при лепре;

КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВрекомендованы в следующих случаях:

■ офтальмолога, невролога, оториноларинголога – у детей с подозрением

на врожденный сифилис;

■ офтальмолога и невролога – взрослым больным сифилисом;

■ при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. – консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области головки полового члена.

В анамнезе случайная половая связь четыре недели назад.

При осмотре в области головки полового члена язвочка размером 0.4-0.5 см. округлой формы, с четкими краями, дно ровное, мясо-красного цвета. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Регионарные лимфатические узлы размером 1.5\*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите характерные признаки первичного аффекта.
3. С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам?
5. Какие виды лечения заболевания существуют?

**Задача №2**

К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области уздечки полового члена.

Язву заметил 5 дней назад, смазывал мазью с антибиотиками. При осмотре в области уздечки полового члена язва размером с мелкую горошину, правильной формы, дно ровное, покрыто серозно-гнойным налетом. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Паховые лимфатические узлы размером 1.0\*0.3см., плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

Женат. Имеет ребенка двух лет. Случайные половые связи отрицает.

При обследовании: бледная трепонема в отделяемом язвы не обнаружена. Серологическая реакция крови (МРП) отрицательная.

1. Возможный диагноз.
2. Тактика ведения больного.
3. С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Подлежат ли обследованию жена и ребенок больного?

**Задача №3**

К проктологу обратилась больная 25 лет с жалобами на болезненность при акте дефекации. Болезненность незначительная, почувствовала её 2 дня назад. При осмотре на слизистой ануса язва удлиненной формы, размером 0.8-0.2см с ровными плотными краями. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Экспресс-диагностика сифилиса (МРП) отрицательная. Проктолог назначил сидячие ванночки с отваром ромашки, смазывание бальзамом Шостаковского. Через 2 недели у больной на коже туловища появилась обильная розеолезная сыпь, полиаденит.

1. Поставьте диагноз больной.
2. Как проктолог должен был поступить?
3. Какие исследования необходимо провести больной?
4. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной.
5. Профилактика заболевания.

**Задача №4**

К отоларингологу обратилась больная 20 лет по поводу язвы в области миндалины. При осмотре в области левой миндалины имеется язва округлых очертаний размером 0.8-0.8 см., безболезненная, края уплотнены. Лимфоузлы подчелюстные размером 1.0\*0.3 см,. безболезненные, плотно-эластической консистенции.

1. Какова должна быть тактика врача-отоларинголога?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Перечислите пути заражения данным заболеванием.

**Задача №5**

К урологу обратился больной с жалобами на невозможность открыть головку полового члена. При осмотре головка полового члена не открывается, цвет кожи полового члена синюшно-красный. Консистенция плотная. При легком массаже отделяемое из препуциального мешка гнойное. Паховые лимфоузлы размером 1.5\*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика уролога.
3. Какое осложнение имеет место в данном случае?
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.
5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания.

**Задача №6**

Больная 30 лет обратилась к хирургу поликлиники по поводу язвы в области правой грудной железы. При осмотре язва локализуется в области ареолы соска, подковообразной формы, с ровными краями, уплотнением в основании, безболезненная. Подмышечные лимфоузлы справа размером 1\*1.5 см., плотно-эластические, безболезненные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите пути заражения данным заболеванием.
3. Какие виды лечения заболевания существуют?
4. Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам?
5. Профилактика заболевания.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Этиология сифилиса.
2. Патогенез сифилиса.
3. Классификация сифилиса.
4. Общее течение сифилиса.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Классификация сифилиса по МКБ-Х.

2. Этиология сифилиса. Формы существования бледной трепонемы.

3. Иммуногенез сифилиса.

4.Общее течение сифилитической инфекции. Варианты течения сифилитической инфекции.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | **Автор (- ы),**  **составитель (-и),**  **редактор (ы).** | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 **-** Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №9**

**Тема:** «Ранний и поздний врожденный сифилис. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения детей больных сифилисом (интерактивное занятие)».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Учитывая постоянную неблагоприятную обстановку с заболеваемостью сифилисом в России, тяжелые последствия этого заболевания, наличие врачебных ошибок в диагностике, изучение этой темы имеет большое значение для врачей.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

-**ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

* **Учебная:**
* **знать:**
* особенности клинических проявлений раннего и позднего врожденного сифилиса.
* **уметь:**
* собирать анамнез и эпиданамнез у матери и отца больного сифилисом ребёнка.
* проводить работу в эпидочаге.
* проводить консультирование больных сифилисом.

**– владеть:**

* навыками проведения обследования больного сифилисом ребёнка.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. строго обязательным признаком зубов Гетчинсона являЕтся

1) уменьшенные размеры

2) полулунная выемка на режущем крае

3) сужение режущего края не менее, чем на 2мм относительно шейки зуба

4) бочкообразная форма

5) наличие диастемы

2. К ПОРАЖЕНИЯМ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ РАННЕМ СИФИЛИСЕ ОТНОСИТСЯ

1) остеохондрит, периостит

2) периостит

3) экзостозы

4) остит

5) артрит

3. РУБЦЫ РОБИНСОНА-ФУРНЬЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

1) на коже спины

2) на в/ч головы

3) на задней стенке глотки

4) вокруг рта

5) в локтевых сгибах

4. ПРИЗНАКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

1) симптом Робинсона-Фурнье

2) псевдопаралич Парро

3) триала Гетчинсона

4) саблевидная голень

5) лабиринтная глухота

5. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО

1) сифилитическая пузырчатка

2) только папулезная сыпь

3) лейкоплакия слизистых

4) петехиальная сыпь

5) эпидемическая пузырчатка

6. В «триаду Гетчинсона» при позднем врожденном сифилисе входят

1) гумма твердого неба

2) паренхиматозный кератит

3) саблевидные голени

4) «кисетообразные» зубы (моляры)

5) ягодицеобразный череп

7. достовернымсимптомом позднего врожденного сифилиса ЯВЛЯЕТСЯ

1) бугорковая сыпь туловища

2) лабиринтная глухота

3) седловидный нос

4) саблевидные голени

5) ягодицеобразный череп

8. Проявления позднего врожденного сифилиса чащевсего возникают в возрасте

1) от 2 до 4 лет

2) от 4 до 17 лет

3) от 17 до 25 лет

4) от 25 до 35 лет

5) от 35 лет и старше

9. инфицирование плода у больной сифилисом беременной происходит

1) на 1 -2 месяце беременности

2) на 3 месяце

3) на 4- 5 месяце

4) на 6-7 месяце

5) на 8-9 месяце

10. РЕНТГЕНОГРАФИЮ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ДО 3 МЕС ЖИЗНИ

1) не следует делать

2) следует выполнять

3) на усмотрение врача

4) на усмотрение родителей

5) на усмотрение заведующего отделением

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

*Врожденный сифилис (А50).* Развивается вследствие инфицирования плода во время беременности. Источником заражения плода является только больная сифилисом мать. Различают ранний (первые 2 года жизни) и поздний (проявляется в более позднем возрасте) врожденный сифилис, протекающий как с клиническими проявлениями (манифестный) (А50.0;А50.3-А50.5), так и без них (скрытый) (А50.1; А50.6).

*Ранний врожденный сифилис с симптомами (А50.0).* Сбор анамнеза проводится у матери или законного представителя ребенка; выясняются срок установления и адекватность лечения сифилиса у матери, срок гестации, на котором произошли роды, масса и длина тела новорожденного (при массе тела менее 2500 г и длине тела менее 45 см доношенный ребенок считается незрелым). Характеризуется 3 группами симптомов: 1) **патогномоничные** для врожденного и не встречающиеся при приобретенном сифилисе (сифилитическая пузырчатка, диффузная инфильтрация кожи Гохзингера, специфический ринит (сухая, катаральная и язвенная стадии) и остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера (I, II и III степени, выявляется при рентгенологическом исследовании); 2) **типичные проявления** сифилиса, встречающиеся не только при раннем врожденном, но и при приобретенном сифилисе (папулезная сыпь на конечностях, ягодицах, лице, иногда по всему телу; в местах мацерации – эрозивные папулы и широкие кондиломы; розеолезная сыпь (встречается редко), рауцедо, алопеция, поражения костей в виде периостита, остеопороза и остеосклероза, костных гумм; поражения внутренних органов в виде специфических гепатита, гломерулонефрита, миокардита, эндо- и перикардита и др., поражения центральной нервной системы в виде специфического менингита, гидроцефалии и т. д.) и 3) **общие** **и локальные симптомы**, встречающиеся и при других внутриутробных инфекциях: «старческий вид» новорожденного (кожа морщинистая, дряблая, грязно-желтого цвета); новорожденный малой длины и массы тела с явлениями гипотрофии, вплоть до кахексии; гипохромная анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, тромбоцитопения; гепатоспленомегалия; хориоретинит (IV типа); онихии и паронихии. Плацента при сифилитической инфекции увеличена, гипертрофирована; ее масса составляет 1/4–1/3 (в норме 1/6–1/5) массы плода.

*Поздний врожденный сифилис с симптомами (А50.3; А50.4)*. Сбор анамнеза и жалоб проводится у матери или законного представителя ребенка; выясняются сроки диагностики и качество лечения сифилиса у матери, давность появления специфических высыпаний на коже/слизистых оболочках; наличие/отсутствие субъективных ощущений в области высыпаний; эффект местной или системной терапии в случае применения, давность появления других признаков позднего врожденного сифилиса, первый ли это случай высыпаний, сколько их было, когда; был ли ранее поставлен диагноз сифилис, когда, лечился ли; когда в последний раз проходил обследование (нетрепонемные и трепонемные тесты), консультирован ли другими специалистами. Характеризуется **достоверными признаками** (триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, Гетчинсоновы зубы), **вероятными признаками** (саблевидные голени, хориоретиниты, деформации носа, лучистые рубцы вокруг рта, ягодицеобразный череп, деформации зубов, сифилитические гониты, поражение нервной системы в виде гемипарезов и гемиплегий, расстройств речи, слабоумия, церебрального детского паралича и джексоновской эпилепсии) и **дистрофиями** (утолщение грудинного конца правой ключицы, дистрофии костей черепа в виде олимпийского лба, высокое «готическое» или «стрельчатое» небо, отсутствие мечевидного отростка грудины, инфантильный мизинец, широко расставленные верхние резцы, бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти). Кроме того, характерны специфические поражения на коже и слизистых оболочках в виде бугорковых и гуммозных сифилидов кожи, слизистых оболочек, поражения органов и систем, особенно костной (периостит, остео периостит, гуммозный остеомиелит, остеосклероз), печени и селезенки, сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной.

**Диагностика врожденного сифилиса.**

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических

проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серо-

логических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ).

При диагностике раннего врожденного сифилиса с симптомами следует

иметь в виду, что остеохондрит I степени без других симптомов врожденно-

го сифилиса не может служить признаком врожденного сифилиса, так как

подобные изменения могут наблюдаться при других заболеваниях и даже у

здоровых детей.

Установление раннего врожденного скрытого сифилиса необходимо про-

водить с учетом следующих основных критериев:

■ более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови

ребенка в сравнении с пуповинной кровью;

■ более высокая позитивность серологических реакций в венозной крови

ребенка, взятой на 7–8-й день лечения, в сравнении с кровью матери;

■ макро- и микроскопические изменения плаценты;

■ рентгенологически установленные изменения длинных трубчатых ко-

стей;

■ патологические изменения СМЖ;

■ данные анамнеза: отсутствие лечения или неадекватное лечение матери;

■ положительный тест IgМ-ИФА с кровью ребенка (как дополнительный

критерий).

При диагностике позднего врожденного сифилиса, с симптомами следует

иметь в виду, что выявление только одних дистрофий, без других каких-либо

признаков сифилиса, не является специфичным для позднего врожденного

сифилиса, так как они могут встречаться при других хронических заболева-

ниях и интоксикациях родителей (алкоголизм, токсоплазмоз, эндокринные

заболевания и др.), детей (туберкулез, рахит и др.) и даже у практически здо-

ровых людей.

Поздний врожденный сифилис скрытый может быть установлен с учетом:

■ анамнеза матери;

■ наличия у матери диагноза позднего сифилиса;

■ стойкой позитивности РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИФ, РИБТ.

Диагностика сифилитического поражения внутренних органов и опор-

но-двигательного аппарата основана на клинических проявлениях, данных

инструментальных (рентгенологических, ультразвуковых, магнитно-резо-

нансной томографии, компьютерной томографии) и лабораторных методов

**Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом**

(А50.0; А50.1)

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая: при выявлении

раннего врожденного сифилиса у детей в возрасте до 6 месяцев из расчета

100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 4 инъекции, каж-

дые 6 ч (для детей в возрасте до 1 месяца) и разделенных на 6 инъекций

каждые 4 часа (для детей в возрасте свыше 1 месяца); у детей в возрасте

старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки; у детей

в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела. Бензил-

пенициллина натриевая соль кристаллическая назначается ежедневно в

течение 20 дней при манифестном раннем врожденном сифилисе и в те-

чение 28 дней при поражении центральной нервной системы (подтверж-

денном положительными иммунологическими реакциями ликвора).

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы

тела в сутки в/м, разделенных на 2 инъекции (каждые 12 часов), ежеднев-

но в течение 20 дней.

Первые инъекции пенициллина не должны превышать 5000 ЕД с посте-

пенным набором возрастной дозировки во избежание развития реакции

обострения Яриша–Герксгеймера и инфекционно-токсического шока.

**Специфическое лечение детей, больных поздним врожденным сифилисом**

(А50.3 – А50.5; А50.6)

■ Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая из расчета 50 тыс.

ЕД/кг массы тела в сутки в/м, разделенных на 6 инъекций (каждые 4

часа), ежедневно в течение 28 дней; через 2 недели – второй курс бен-

зилпенициллина натриевая соль кристаллическая в аналогичной дозе в

течение 14 дней

или

■ бензилпенициллина новокаиновая соль из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы

тела в сутки в/м, разделенных на 2 инъекции (каждые 12 часов), в течение

28 дней; через 2 недели – второй курс бензилпенициллина новокаиновая

соль в аналогичной дозе в течение 14 дней.

Специфическое лечение приобретенного сифилиса у детей проводится по ме-

тодике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных

доз антибиотиков с учетом того, что отечественные бициллины противопо-

казаны детям до 2 лет, а тетрациклины – детям до 8 лет. Расчет препаратов

пенициллина для лечения детей проводится в соответствии с массой тела

ребенка: в возрасте до 6 месяцев натриевую соль пенициллина применяют

из расчета 100 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки, в возрасте старше 6 месяцев –

из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки и в возрасте старше 1 года – из

расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки.

Суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрант-

ных препаратов применяют из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела.

Суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пе-

нициллина и на две дозы для новокаиновой его соли.

Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной

системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо умень-

шение кратности введения пенициллина до 4 раз в сутки. Во избежание

токсической реакции вследствие массовой гибели бледных трепонем после

первых введений пенициллина (реакция обострения Герксгеймера–Яри-

ша–Лукашевича) в первые сутки лечения разовая доза пенициллина не

должна превышать 5000 ЕД на инъекцию. После каждой инъекции в первые

сутки необходима контрольная термометрия и наблюдение за соматическим

состоянием ребенка.

**Превентивное лечение** показано всем детям до 3 лет. Для детей более стар-

шего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы

сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени кон-

такта ребенка с больным.

Проводится по методике превентивного лечения взрослых исходя из воз-

растных доз антибиотиков.

**Профилактическое лечение детей**

Профилактическое лечение показано новорожденным, родившимся без

проявлений сифилиса от нелеченной, либо неадекватно леченной во время

беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели бе-

ременности, с нарушением или изменением утвержденных схем лечения), а

также новорожденным, мать которых при наличии показаний во время бе-

ременности не получила профилактического лечения.

Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым

при специфическом лечении.

Длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии по-

казаний во время беременности не получила профилактического лечения

или получила неадекватное лечение, составляет 10 дней, новорожденных,

родившихся без проявлений сифилиса от нелеченной матери – 20 дней.исследования (серологических, патоморфологических).

Сценарий ролевой игры. Тема «**Врожденный сифилис**».

**Действующие лица**: молодой ординатор, дежурный врач стационара, медсестра приемного отделения, ребенок 4-хмесячного возраста, его мать, мужчина, сопровождающий женщину с ребенком

Приемный покой детской инфекционной больницы, два часа ночи. В кабинете осмотра поступающих больных сидя на стуле и положив голову на сложенные руки на столе, при свете настольной лампы, спит дежурный ординатор. Это его первое «полусамостоятельное» дежурство, врач-куратор практики в ординаторской отделения. Ординатор с вечера осматривал поступающих больных, кого-то срочно госпитализировал в соответствующие отделения, кого-то направлял с рекомендациями лечиться амбулаторно в поликлинике. И вот наступило затишье. Уставший доктор задремал. Его поверхностный, но очень сладкий сон потревожил звук открывающейся двери и приближающихся быстрых шагов. Ординатор быстро встал, резко протер лицо и глаза и моментально был готов к осмотру очередного пациента.

На пороге появилась женщина неопределяемого возраста, с полным ртом металлических зубов, весьма неопрятная. Голова женщины видела прическу последний раз в период школьных лет, одежда примерно того же состояния. Как только она начала говорить, кабинет осмотра наполнился тяжелым «ароматом» непереваренного вечернего спирта. На руках у женщины был грязный сверток, внутри которого был ребенок. Сопровождал их мужчина, по внешнему виду соответствующий даме своего сердца. Он шел следом за женщиной, ссутулившийся, с явными проплешинами на голове, лицо его не выражало особо никаких эмоций (**задание! Что можно добавить к описанию внешнего вида отца ребенка с явными признаками вторичного сифилиса**).

- «Ну что, есть кто живой?! Срочно спасите моего сына!!! Он умирает!!!» - прохрипела осиплым голосом вошедшая женщина.

Ординатор:

- Где ребенок? Кладите его на кушетку, я сейчас его осмотрю. А Вы, мамочка, пожалуйста, заполните необходимые документы.

В кабинет зашла медицинская сестра приемного отделения, в руках у нее было несколько бланков для заполнения истории болезни. Пока медсестра помогала мамочке заполнять всевозможные согласия, доктор приступил к осмотру ребенка.

На кушетке лежал ребенок примерно 4-хмесячного возраста (**задание! Описать внешний вид ребенка с характерными признаками раннего врожденного сифилиса**).

Во время осмотра доктор собирает анамнез у матери (**задание! Что необходимо выяснить у матери?)**

При осмотре и сборе анамнеза есть подозрение на ранний врожденный сифилис. **Какие дальнейшие действия врача в отношении ребенка и его родителей?**

Опишите дальнейшее развитие событий.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

* 1. **Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к педиатру родители привели девочку 11 лет. Они обеспокоены неправильным развитием нижних конечностей дочери, частыми головными болями, слабоумием.

ИЗ АНАМНЕЗА: Родилась вне акушерского стационара, развивалась не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз рахита. Мать за год до беременности болела сифилисом, лечение получала в неполном объеме, на серологическом контроле не была.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Кожные покровы без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности в виде саблевидных голеней, увеличенное оволосение кожного покрова. Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Тактика в отношении обследования родителей
4. Методы лечения
5. Показания для стационарного лечения

**Задача №2**

На прием к участковому врачу педиатру обратилась мать с 12-летним ребенком с жалобами на снижение слуха, зрения у ребенка, головные боли, ночные боли в нижних конечностях и суставах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Известно, что мать болела сифилисом до беременности, лечение получала в частной клинике, родила ребенка с отрицательными серологическими реакциями, проведенными однократно в роддоме.

Педиатром были рекомендованы консультации узких специалистов, в результате чего установлены у ребенка проявления паренхиматозного кератита, лабиринтная глухота, готическое небо и саблевидные голени, множество гумм в области голеней, деформация коленных суставов, отсутствие мечевидного отростка.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Необходимые методы дообследования
3. Что включает в себя триада Гетчинсона?
4. Критерии диагноза позднего врожденного сифилиса
5. Методы лечения врожденного сифилиса

**Задача №3**

В родильный дом пригласили дерматовенеролога для осмотра новорожденного ребенка в отделении обсервации. Три дня назад родилась девочка с высыпаниями на коже на сроке 36 недель гестации от третьей беременности. На учете в женской консультации мать не состояла, была доставлена скорой помощью в роддом в связи с началом родов. Две предыдущие беременности заканчивались выкидышами.

При осмотре ребенка на коже ладоней и подошв обильные пузыри с плотным основанием и плотными покрышками с серозным и серозно-гнойным содержимым, на коже туловища единичные розеолезные элементы.

Вес ребенка при рождении 2100 г, рост 46 см. ребенок беспокойный, постоянно плачет. Обращает на себя внимание увеличенный живот ребенка.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какие дообследования необходимо провести ребенку?
3. С чем необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Стадии развития сифилитического ринита Гохзингера.
5. Критерии раннего врожденного сифилиса.

**Задача №4**

На прием к дерматологу в детской поликлинике обратилась мать с двухмесячным ребенком с жалобами на появление высыпаний у ребенка на лице. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от второй беременности недоношенным, вес при рождении неизвестен, были домашние роды. Мать во время беременности болела сифилисом, лечение получила в неполном объеме, в женской консультации не наблюдалась.

При осмотре ребенка на коже лица в области подбородка, губ, уголков рта диффузное уплотнение кожи со своеобразным блеском, эрозии и трещины, покрытые желтовато-бурыми корочками. При дообследовании в отделяемом эрозий обнаружены бледные трепонемы.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Как называется состояние на коже после разрешения описанного патологического процесса?
3. Критерии раннего врожденного сифилиса.
4. Диагностические особенности сифилиса плода
5. Основные клинические проявления врожденного сифилиса раннего детского возраста.

**Задача №5**

К ЛОР- врачу детской поликлинике обратилась 12-летняя воспитанница детского дома с жалобами на внезапно возникшее двустороннее снижение слуха. Начало заболевания четко ни с чем не связывает. Накануне появления снижения слуха отмечала головокружение, звон и шум в ушах. При осмотре врач обратил внимание на высокое «готическое небо», ассиметрию ушных раковин и гипертрихоз лба.

ВОПРОСЫ

1. Консультации каких специалистов необходимо назначить ребенку для установления диагноза?
2. Перечислите необходимые методы обследования
3. Перечислите достоверные и вероятные признаки позднего врожденного сифилиса
4. Что такое остеохондрит Вегнера?
5. Перечислите возможные дистрофии зубов у больных поздним врожденным сифилисом.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Сифилис и беременность.
2. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса.
3. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса.

**7. Рекомендации по выполнению НИР, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1.Клиника раннего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика раннего врожденного сифилиса.

2.Клиника позднего врожденного сифилиса. Дифференциальная диагностика позднего врожденного сифилиса.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | Автор (- ы),  составитель (-и),  редактор (ы). | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |

**1.Занятие №10**

**Тема:** «Урогенитальные инфекции у детей. Гонорейные и негонорейные вульвовагиниты девочек. Диагностика. Лечение и профилактика».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Знание клинических особенностей и дифференциальной диагностики мочеполовых инфекций необходимы врачам общей практики, учитывая социальную значимость (повышает распространенность внематочной беременности и бесплодия среди женщин), очень большую распространенность, разнообразную локализацию, полиорганность поражения, возникновение осложнений у больных.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

**- ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.).

**Учебная:**

* **знать:**
* особенности диагностики гонореи у взрослых и детей.
* схемы лечения гонореи у взрослых.
* особенности лечения гонореи у детей.
* проведение контроля излеченности урогенитальных инфекций у детей.
* **уметь:** 
  + провести дифференциальную диагностику клинических проявлений урогенитальных инфекций у детей.
  + взять патологический материал для выявления возбудителей урогенитальных инфекций.
* провести осмотр половых органов у детей.
* провести осмотр аногенитальной области.
  + **владеть:**
* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данные заболевания.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Выберите один правильный ответ.

1. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ

1) многослойным плоским неороговевающим эпителием

2) переходным эпителием

3) цилиндрическим эпителием

4) многослойным плоским ороговевающим эпителием

5) кубическим эпителием

2. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГОНОРЕЕ

1) 1-2 дня

2) 3-4 дня

3) 10-14 дней

4) 8-10 дней

5) 5-7 дней

3. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЯГКОГО ШАНКРА ЯВЛЯЕТСЯ

1) Ureaplasmaurealуticum

2) Mycoplasmahominis

3) HаemophilusDucreyi

4) Mycoplasma buccaie

5) Mycoplasmahominis

4. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) воздушно-капельный

2) половой

3) фекально-оральный

4) трансплацентарный

5) инъекционный

5. ОСНОВНЫМ ПРОДУКТОМ ФЕРМЕНТАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) молочная кислота

2) уксусная кислота

3) муравьиная кислота

4) янтарная кислота

5) масляная кислота

6. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЕТСЯ СОСКОБ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

1) уретры и заднего свода влагалища

2) уретры и цервикального канала

3) цервикального канала и прямой кишки

4) уретры, цервикального канала и прямой кишки

5) уретры

7. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЕТСЯ

1) соскоб слизистой оболочки прямой кишки

2) соскоб слизистой оболочки уретры

3) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки

4) секрет простаты

5) нити в моче

8. ТЕРМИНОМ «КЛЮЧЕВАЯ» КЛЕТКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

1) клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения

2) клетка влагалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой

3) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами.

4) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам- положительной палочковой флорой

5) споровая форма микроорганизма

.

9. В диагностике уреаплазмоза применяется

1) тест на уреазу

2) реакция Борде-Жангу

3) реакция Закса-Витебского

4) проба Бальцера

5) обследование с помощью лампы Вуда

10.У девочек наиболее часто гонококком поражаются слизистые оболочки

1) влагалища

2) полости рта

3) цервикального канала

4) матки и придатков матки

5) глаз

**5.2. Основные понятия и положения темы.**

ПОЛУЧЕНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

При сборе анамнеза выясняют:

■ предполагаемый источник инфицирования пациента;

■ предполагаемый регион инфицирования (для гонококковой инфекции);

■ время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым

источником инфицирования до появления субъективных симптомов;

■ количество половых партнеров и результаты их обследования;

■ формы практикуемых сексуальных контактов;

■ результаты обследования половых партнеров;

■ данные акушерско-гинекологического, урологического и полового анам-

неза;

■ наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время;

■ особенности аллергоанамнеза;

■ наличие соматических заболеваний (гинекологических заболеваний, эн-

докринопатий, заболеваний желудочно-кишечного тракта и других);

■ данные о приеме лекарственных препаратов (антибактериальных, цито-

статиков, кортикостероидов, противовирусных и антимикотических) в

течение последних 3 месяцев;

■ соблюдение правил личной и половой гигиены;

■ применение и методы контрацепции.

ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ИППП

■ клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса

органов урогенитального тракта;

■ предгравидарное обследование половых партнеров;

■ обследование женщин во время беременности;

■ предстоящие оперативные (инвазивные) манипуляции на органах малого

таза;

■ перинатальные потери и бесплодие в анамнезе;

■ половой контакт с партнером больным ИППП;

■ сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется прове-

сти повторное серологическое обследование: на сифилис через 3 месяца, на

ВИЧ, гепатиты В и С – через 3–6–9 месяцев.

КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ

ИССЛЕДОВАНИЙ

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

■ у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагали-

ща, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по по-

казаниям – хламидийной инфекции), первая порция свободно выпущен-

ной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами);

при наличии показаний – отделяемое ротоглотки, больших вестибуляр-

ных и парауретральных желез, слизистой оболочки конъюнктивы глаз;

■ у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпу-

щенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими мето-

дами); при наличии показаний – отделяемое нижнего отдела прямой

кишки, ротоглотки, слизистой оболочки конъюнктивы глаз; секрет

предстательной железы;

■ у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетра-

цией: отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища,

нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показа-

ниям – хламидийной инфекции); при осмотре с использованием детских

гинекологических зеркал – отделяемое цервикального канала, при нали-

чии показаний – отделяемое ротоглотки, конъюнктивы.

ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ

ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований для

идентификации возбудителей ИППП и урогенитальных инфекций необхо-

димо соблюдение ряда требований, к которым относятся:

сроки получения клинического материала с учетом применения лекар-

ственных препаратов (антибактериальных, антипротозоидных, антими-

котических): для идентификации возбудителей ИППП и урогенитальных

инфекций культуральным методом или методом амплификации РНК (NAS-

BA) – не ранее чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на

основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального

времени) – не ранее чем через месяц после окончания приема препаратов;

получение клинического материала из уретры не ранее чем через 3 часа

после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных вы-

делений – через 15 – 20 минут после мочеиспускания;

получение клинического материала из цервикального канала и влагали-

ща вне менструации;

соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

С позиций доказательной медицины применение биологических, хими-

ческих и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности

диагностики ИППП и урогенитальных инфекций нецелесообразно.

**Гонококковая инфекция** – инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae)* – Грамотрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных

инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания.

В Российской Федерации, начиная с 2001 года и по настоящее время, отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией: в 2010 году ее уровень составил 42,7 случая на 100 000 населения, в 2011 году – 38,4 случаев на 100 000 населения. Вместе с тем, он значительно превышает показатели заболеваемости стран Западной Европы. Наиболее высокий уровень заболеваемости гонококковой инфекцией в

Российской Федерации регистрируется на территориях Дальнего Востока и

Сибири как среди взрослого населения (72,8 и 87,7 на 100000 населения соответственно), так и среди подростков в возрасте от 15 до 18 лет (71,7 и 86,1на 100 000 населения соответственно).

КЛАССИФИКАЦИЯ

А 54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без

абсцедирования парауретральных и придаточных желез (включает: уретрит, цистит, вульвовагинит, цервицит).

А 54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с

абсцедированием парауретральных и придаточных желез (включает: гонококковый абсцесс больших вестибулярных желез).

А 54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов

(включает: эпидидимит, орхит, простатит, воспалительные заболевания органов малого таза у женщин).

А 54.3 Гонококковая инфекция глаз

(включает: конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных).

А 54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (включает: артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит).

А 54.5 Гонококковый фарингит.

А 54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области.

А 54.8 Другие гонококковые инфекции (включают: абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи).

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Врач должен рекомендовать пациенту в период лечения и диспансерного

наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

*Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:*

■ акушера-гинеколога при:

– беременности и ее планировании;

– вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза;

■ уролога:

– с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы;

– при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимита, эпидидимоорхита, простатита.

■ по показаниям – офтальмолога, оториноларинголога, проктолога, ревматолога, у детей – неонатолога, педиатра (с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования).

В случае частого рецидивирования бактериального вагиноза или урогенитального кандидоза после проведенного лечения необходимо проведение дополнительного обследования у специалистов (гинекологов, гинекологов – эндокринологов, эндокринологов, гастроэнтерологов) с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной влагалищной микрофлоры.

Лечение детей (при массе тела менее 45 кг):

■ цефтриаксон 125 мг однократно внутримышечно

или

■ спектиномицин 40 мг/кг массы тела (не более 2,0 г) однократно внутри-

мышечно (только для Уральского федерального округа).

Лечение офтальмии новорожденных:

■ цефтриаксон – 25–50 мг/кг массы тела (не более 125 мг) 1 раз в сутки

внутримышечно или внутривенно в течение 2–3 дней

или

■ спектиномицин 40 мг/кг массы тела (не более 2,0 г) однократно внутри-

мышечно (только для Уральского федерального округа).

Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных

Профилактику офтальмии следует проводить всем новорожденным сразу

же после рождения одним из нижеуказанных препаратов:

■ сульфацил-натрия 30% раствор однократно (девочкам – с дополнитель-

ной обработкой половых органов)

или

■ нитрат серебра 1%-й водный раствор однократно

или

■ эритромицин 0,5%-я глазная мазь однократно

или

■ тетрациклин 1 %-я глазная мазь однократно.

Профилактическое лечение новорожденных, родившихся от матерей,

больных гонококковой инфекцией:

■ цефтриаксон – 25–50 мг/кг массы тела (но не более 125 мг) внутримы-

шечно однократно.

Требования к результатам лечения

■ эрадикация N. gonorrhoeae;

■ клиническое выздоровление.

**Хламидийная инфекция** – инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*. *Chlamydia trachomatis* – грамотрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку *Chlamydiales*, семейству *Chlamydiaceae,* роду *Chlamydia.* Серотипы *Chlamydia trachomatis* A, B, Ba, C – возбудители трахомы; D–K –урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулемы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

А 56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Хламидийный: цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит

А 56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

■ Хламидийный(ые):

– эпидидимит (N51.1)

– воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4)

– орхит (N51.1)

А 56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

А 56.4 Хламидийный фарингит

А 56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой

локализации

А 74.0 Хламидийный конъюнктивит (Н13.1\*)

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У мужчин и женщин:

■ половой контакт (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией).

У детей:

■ антенатальный;

■ прохождение через родовые пути больной матери;

■ половой контакт.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта (А 56.0)

Дети

*Субъективные симптомы*:

■ слизисто-гнойные выделения из половых путей;

■ зуд и/или жжение в области наружных половых органов;

■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

*Объективные симптомы:*

■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистое или слизисто-гнойное уретральное отделяемое;

■ гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные

выделения в заднем и боковых сводах влагалища и из цервикального канала.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

■ джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в те-

чение 7 дней.

Требования к результатам лечения

■ эрадикация C. trachomatis;

■ клиническое выздоровление.

**Урогенитальный трихомониаз** – инфекция, передаваемая половым пу-

тем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит –

Trichomonas vaginalis.

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

У мужчин и женщин:

■ половой контакт.

У детей:

■ прохождение через родовые пути больной матери;

■ половой контакт;

■ контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего воз-

раста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и

ухода за детьми).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Дети

Субъективные симптомы:

■ выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с

неприятным запахом;

■ зуд/жжение в области наружных половых органов;

■ зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);

■ дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы:

■ гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия уретры,

вульвы, влагалища;

■ зелено-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным

запахом;

■ эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых

органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;

■ петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части

шейки матки («клубничная» шейка матки).

Для девочек препубератного возраста, как правило, характерны выражен-

ные воспалительные симптомы со стороны наружных половых органов.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верификация диагноза урогенитального трихомониаза базируется на ре-

зультатах лабораторных исследований – обнаружении T. vaginalis с помо-

щью методов:

■ микроскопического исследования нативного препарата (световое, фазо-

воконтрастное и темнопольное). Особенностью данного метода являет-

ся немедленное исследование после получения клинического материала.

Наибольшая чувствительность и специфичность микроскопического ис-

следования нативного препарата установлена при клинически выражен-

ных формах заболевания;

■ микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раство-

ром метиленового синего, по Граму и Романовскому–Гимзе. Является

наиболее доступным методом исследования, однако чувствительность

его не превышает 40–60% в связи с субъективной оценкой результатов;

■ молекулярно-биологических методов исследования, направленных на

обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК T.vaginalis, с

использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому примене-

нию в Российской Федерации;

■ культурального исследования (показано при мало- и бессимптомных

формах заболевания).

У девочек до наступления менархе диагноз урогенитального трихомони-

аза устанавливается на основании результатов микроскопического и/или

культурального метода исследования, подтвержденного молекулярно-био-

логическим методом.

Другие методы лабораторных исследований, в том числе прямая имму-

нофлюоресценция (ПИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА) для обна-

ружения антител к T. vaginalis, недопустимо использовать для диагностики

трихомонадной инфекции.

Лечение детей:

■ метронидазол 10 мг/кг массы тела внутрь 3 раза в сутки в течение 5 дней

или

■ орнидазол 25 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Требования к результатам лечения

■ эрадикация T. vaginalis;

■ клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности мочеполовых инфекций на основании куль-

турального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA)

проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов

амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через

месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему

наблюдению не подлежат.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

1.Курация больных.

2.Заполнение историй болезни.

3.Разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

У больного через семь дней после половой связи с посторонней женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании.

При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные.

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.

Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?

3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

4. Дифференциальная диагностика данного заболевания

5. Цели лечения.

**Задача №2**

Женщина 35 лет обратилась к венерологу по поводу умеренных слизисто – гнойных выделений из влагалища, незначительных резей при мочеиспускании. Половая связь с постоянным половым партнером 10 дней назад.

При обследовании. В мазках из цервикального канала и уретры обнаружены гонококки. При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища. Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?

2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

5. Ведение половых партнеров.

**Задача №3**

У больного через пять дней после половой связи с постоянной половой партнершей появились слизистые выделения из уретры, зуд в области уретры, диспареуния.

При осмотре. Губки уретры отечны, гиперемированы, умеренные слизистые выделения. При обследовании. В мазках из уретры обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз, подострый передний уретрит.

1. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

2. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

3. Дифференциальная диагностика данного заболевания

4. Показания для стационарного лечения больных.

5. Рекомендованные схемы лечения неосложненного заболевания.

**Задача №4**

Женщина 27 лет обратилась к венерологу по поводу пенистых, с неприятным запахом выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.

При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Жидкие пенистые выделения из влагалища. Гиперемия слизистой оболочки шейки матки.

При обследовании. В мазках из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.

Диагностирован урогенитальный трихомониаз, острый эндоцервицит.

1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?

2. Из каких отделов мочеполовой сферы должен исследоваться материал?

3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

4. Консультации каких смежных специалистов назначаются больным?

5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.

**Задача №5**

На прием к венерологу обратился мужчина 20 лет с жалобами на рези при мочеиспускании, обильные гнойные выделения, появившиеся около пяти дней после случайного незащищенного полового контакта.

1. О каком заболевании может идти речь?

2 . Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. Дифференциальная диагностика данного заболевания

5. Показания для стационарного лечения больных.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.
2. Классификация гонореи.
3. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития гонореи.

2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

3. Алгоритм обследования больных гонореей: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | Автор (- ы),  составитель (-и),  редактор (ы). | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |
|  | Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие | Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |

**1.Занятие №11**

**Тема:** «ВИЧ-инфекция. Проявления на коже и слизистой полости рта».

**2.Форма организации учебного процесса:**  клиническое практическое занятие. Разновидность занятия: практическое занятие, активная форма. Методы обучения: объяснительно – иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения.

**3.Значение темы:** Учитывая постоянную неблагоприятную обстановку с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией в России, тяжелые последствия этого заболевания, наличие врачебных ошибок в диагностике, изучение этой темы имеет большое значение для врачей.

**4. Цели обучения:**

**Общая:** обучающийся должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями:

**- ОПК-1** (готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности).

**-ОПК-6** (готовностью к ведению медицинской документации).

**- ПК-6** (способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.)

**Учебная:**

* **знать:**
* особенности диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых и детей.
* особенности клинических проявлений на коже и слизистых ВИЧ-инфекции у детей.
* **уметь:** 
  + провести дифференциальную диагностику клинических проявлений на коже и слизистых оболочках ВИЧ-инфекции у детей.
* провести осмотр половых органов у детей.
* провести осмотр аногенитальной области.
  + **владеть:**
* диагностическими тестами, позволяющими верифицировать данное заболевание.

1. **План изучения темы.**
   1. **Контроль исходного уровня знаний.**

Выберете один правильный ответ

1.В КАКОМ ГОДУ СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ВПЕРВЫЕ БЫЛ ОПИСАН И ВЫДЕЛЕН В КАЧЕСТВЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ?

1. 1981 г.
2. 1960 г.
3. 1931 г.
4. 1990 г.
5. 2003 г.

2.ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ БОЛЕЗНИ, О КОТОРЫХ СООБЩАЛОСЬ В ПЕРВЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ СО СПИД

1. пустулезный псориаз
2. экзема Капоши и атопический дерматит
3. саркома Капоши и пневмоцистная пневмония
4. грибовидный микоз и синдром Сезари
5. дискоидная красная волчанка и неспецифический полиартрит

3.ПЕРВЫЙ ПРЕПАРАТ, ОДОБРЕННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

1. ацикловир
2. доксициклин
3. панавир
4. зидовудин

5) аскорбиновая кислота

4.ДЛЯ БОЛЬНЫХ СПИДОМ ХАРАКТЕРНО

1. снижение CD4 и увеличение CD8
2. увеличение CD4 и увеличение CD8
3. снижение CD4 и снижение CD8
4. увеличение CD4 и снижение CD8
5. увеличение пролиферативной активности лимфоцитов при их стимуляции митогенами

5.ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

1. половой
2. воздушно-капельный
3. бытовой
4. при поцелуях
5. алиментарный

6.НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИРУСНЫХ ЧАСТИЦ ВИЧ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В

1. крови и семенной жидкости
2. слюне и грудном молоке
3. моче
4. желчи
5. только в грудном молоке

7. ЧТО НУЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ У БОЛЬНОГО С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПИОДЕРМИЕЙ

1. наличие ВИЧ-инфекции
2. язвенную болезнь желудка
3. глистную инвазию
4. острый аппендицит
5. гипертоническую болезнь

8.МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

1. микроскопия в темном поле
2. иммуноблотинг и ИФА
3. ПИФ
4. РПГА
5. развернутый анализ крови

9. ПРИ КАКИХ ЧАСТОРЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

1) опоясывающий лишай

2) красный плоский лишай

3) псориаз

4) язвенная болезнь желудка

5) атопический дерматит

10.ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

1. волосатая лейкоплакия слизистой полости рта и опоясывающий лишай
2. красный плоский лишай и псориаз
3. острая крапивница и синдрои Стивенса-Джонсона
4. системная красная волчанка и склеродермия
5. острый аппендицит
   1. **Основные понятия и положения темы.**

Все поражения кожи при ВИЧ можно условно разделить на 3 группы:

1 - инфекционные, микотические и вызванные простейшими;

2 - опухоли (саркома Капоши, лимфома, карцинома);

3 - прочие дерматозы.

Классификация:

I. А - ангиоретикулез Капоши или саркома Капоши (сюда входят все новообразования кожи при ВИЧ).

II. Б - бактерии (пиодермии);

III. В - вирусы (прежде всего вирус герпеса и др.);

IV. Г - грибы (прежде всего кандидоз);

V. Д - дерматит себорейный (или себорейная экзема);

VI. Прочие дерматозы.

А- ангиоретикулез Капоши или саркома Капоши.

Наиболее достоверным клиническим критерием при распознавании СПИДа, бесспорно, следует признать саркому Капоши (СК). Как клиническая манифестация ВИЧ она встречается более чем у 30% больных. 40-50% больных эпидемической формой СК - это гомосексуалисты, что можно объяснить их высокой инфицированностью цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна-Барр, которым в настоящее время приписывают предрасполагающую роль в возникновении СК. Источником развития опухоли служат ретикулярные элементы околососудистой ткани. Заболевание начинается с появления эритематозных или геморрагических пятен, узловатых инфильтратов различной величины. Узелковые и бляшечные элементы сливаются, нередко в месте изъязвлений наблюдаются кровоизлияния. При тяжелых формах ВИЧ часто наблюдается такой симптом СК, как депигментация кожи.

Типичные места локализации процесса - суставные выступы нижних конечностей (лодыжки, пальцы, тыл стопы). Заболевание может проявиться на любом участке кожи, слизистых, чаще полости рта, наружных половых органах. Часто наблюдается отек конечностей (вплоть до слоновости), который может предшествовать появлению основных симптомов болезни за несколько месяцев и даже лет. В ряде случаев (10% больных) СК сопровождается висцеральными поражениями, наиболее часто - л/у, ЖКТ, легкие, печень, сердце, кости.

К нетипичным локализациям СК относят мягкое небо, гортань, трахею, пищевод, глаза. В результате диссеминации на определенном этапе разница между висцеральным и дермальным типом стирается. СК при ВИЧ свойственны следующие клинические проявления: молодой возраст больных, яркая окраска и сочность элементов сыпи, их локализация на голове, особенно на лице, полости рта, на шее, туловище, на гениталиях, быстрая диссеминация с вовлечением в процесс л/у и внутренних органов. Подобную эволюцию СК проделывает за 1,5-2 года.

Б - бактерии или пиодермии.

Пиококковые поражения кожи как спутники ВИЧ многочисленны и разнообразны. Наиболее частым клиническим признаком ВИЧ следует считать вегетирующую, диффузную и, особенно, шанкриформную пиодермию. Вегетирующая пиодермия поражает преимущественно крупные складки, клинически симулирует широкие кондиломы. Шанкриформная пиодермия помимо своей обычной локализации в области половых органов развивается на верхней губе, в области ягодиц; представлено эрозивно-язвенным дефектом на плотно-эластическом основании, далеко выходящим за его пределы. Частым проявлением пиодермии у ВИЧ-инфицированных являются фолликулиты, напоминающие юношеские угри. В настоящее время описаны так называемые ВИЧ-ассоциированные эозинофильные фолликулиты. Первоначально в Японии и Италии наблюдали много случаев этого заболевания на поздних стадиях ВИЧ в виде зудящих папуло-нодулярных высыпаний с быстрым распространением на коже лица и периодическим спонтанным улучшением.

У больных СПИДом описаны атипичные редкие варианты пиококковой инфекции: целлюлита, пиомиозита, стафилококкового ожогового синдрома, трудно отличимого от синдрома Лайела. Следует учитывать также возможность возникновения на фоне иммунодепрессии свищей, абсцессов и других поражений кожи язвенно-деструктивного типа под влиянием условно патогенной бактериальной флоры.

В - вирусные поражения кожи.

Вирусные заболевания кожи и слизистых при ВИЧ - частое явление. На фоне иммунодепрессии наступает активизация вируса простого герпеса (ВПГ), вируса опоясывающего герпеса (ВОГ), цитомегаловируса (ЦМВ). Они вызывают эрозивные и язвенные поражения кожи и слизистых. Следует отметить, что простой герпес может протекать с нетипичной для него клиникой - склонностью к изъязвлению, диссеминации, упорной невралгией. Рецидивирующий характер этого заболевания становится особенно упорным, резистентным к терапии. ЦМВ, вызывающей аногенитальные и оральные изъязвления, а также петехиальные, пурпурозные, везикулобуллезные высыпания, чаще всего выступает в ассоциации с ВПГ. Из других вирусных инфекций кожи частыми являются контагиозный моллюск, вульгарные бородавки и остроконечные кондиломы, вызванные папилломовирусами. Контагиозный моллюск как признак ВИЧ локализуется у взрослых на лице (обычная локализация - аногенитальная область), быстро диссеминирует с распространением на шею и в/ч головы. Элементы увеличиваются и сливаются друг с другом вплоть до формирования массивных образований. После удаления рецидивы почти неизбежны.

Вульгарные бородавки отчетливо склонны к увеличению и распространению по кожному покрову; они густо покрывают в первую очередь кисти, стопы и лицо, аногенитальную область. Кроме этого, известно, что папилломавирусы могут быть этиологическим агентом плоскоклеточных карцином человека.

Г - грибковые поражения кожи.

Частым клиническим признаком ВИЧ является кандидоз с характерными особенностями поражения лиц молодого возраста, чаще мужчин; преимущественное вовлечение в процесс слизистых оболочек полости рта, гениталий, и перианальной области; тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью, склонностью к эрозированию и ульцерации. Возможна генерализация процесса.

Как и кандидоз, весьма часто встречаются руброфития, паховая эпидермофития, разноцветный лишай. Общими их особенностями следует считать быструю генерализацию с образованием обширных очагов, расположенных по всему покрову, включая волосистую часть головы, лицо, кисти, стопы; хроническое течение, резистентность к терапии.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- работа в палатах с тематическими больными,

- работа с муляжами,

- работа с таблицами, слайдами, атласами.

* 1. **Итоговый контроль знаний:**

**Задача №1**

На прием к дерматологу обратилась 35-летняя женщина с жалобами на высыпания в области коленного сустава и несколько ниже его синюшного цвета без субъективных ощущений на протяжении года. В последнее время стала отмечать значительное прогрессирование процесса, пятна стали превращаться в узелки, что послужило причиной обращения к дерматологу.

Кожный статус. На коже левой голени имеются узелковые элементы со склонностью к слиянию, диаметром от3-4 до 15 мм, плотноэластической консистенции при пальпации , синюшно-буроватой окраски. При диаскопии цвет элементов несколько бледнеет, но не исчезает. Кожа 4 пальцев левой стопы, за исключением мизинца, отличается синюшным оттенком. Субъективных ощущений нет. Отмечается увеличение паховых, подколенных, подмышечных лимфоузлов.

ВОПРОСЫ

1. Какой Ваш предположительный диагноз?
2. Что нужно для его подтверждения?
3. С чем нужно провести дифференциальную диагностику?
4. Перечислите наиболее частые проявления ВИЧ-инфекции?
5. Где происходит репликация ВИЧ после заражения?

**Задача №2**

44-летний мужчина обратился с жалобами на появление высыпаний на головке и внутреннем листке крайней плоти полового члена около 3 месяцев назад. Появление высыпаний четко ни с чем не связывает, из анамнеза известны эпизоды внутривенных введений наркотиков.

Кожный статус. На головке и внутреннем листке крайней плоти полового члена расположены 2 узелка красного цвета, слегка возвышающиеся над уровнем окружающей ткани, диаметром до 3 мм.

Была произведена биопсия, в которой выявлено: беспорядочно пролиферирующие сосуды и новообразования веретенообразных клеток, между которыми видны свободно лежащие эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Что учитывается в первую очередь для назначения ВААРТ?
4. Какие Вы знаете категории риска быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции по скорости снижения показателей количества лимфоцитов CD4?
5. В какие сроки происходит образование антител в организме с момента заражения ВИЧ?

**Задача №3**

На прием к терапевту обратился мужчина 23 лет с жалобами на повышение температуры тела, слабость, боли в мышцах, высыпания по всему телу. Заболел около 3 дней назад, начало заболевания четко ни с чем не связывает. Из анамнеза известно, что мужчина практикует гомосексуальные связи.

При осмотре на коже лица, шеи, туловища, конечностей обильная макуло-папулезная сыть розового цвета, не беспокоит. Температура тела 38,2. Отмечается увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз
2. Дифферециальные диагнозы
3. К какому семейству вирусов относится ВИЧ?
4. Пути передачи ВИЧ-инфекции

**Задача №4**

На прием к педиатру обратился подросток 14 лет с жалобами на часторецидивирующие болезненные высыпания на коже левой половины грудной клетки, периодическое повышение температуры тела до 38°С. Из анамнеза известно, что описанные жалобы впервые появились около полугода назад. Подросток из неблагополучной семьи, около года употребляет инъекционные наркотики.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер с локализацией в области груди слева с переходом на спину. На фоне отечной эритемы сгруппированные эрозии и пузыри с серозным и серозно-геморрагическим содержимым. Местами видны глубокие атрофические рубцы.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите группы заболеваний кожи характерных для ВИЧ-инфекции.
3. Пути передачи ВИЧ?
4. Какие особенности имеют кожные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции?
5. Какие методы обследования на ВИЧ вы знаете?

**Задача №5**

На прием к дерматологу обратилась мать с 5-летней дочерью с жалобами на высыпания у ребенка на коже и слизистых оболочек ротовой полости и гениталий, сопровождаемые зудом. Ребенок плохо ест, капризничает, отмечается низкая прибавка в весе, часто болеет бронхитами, неоднократно получали лечение по поводу пневмонии. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от пятой беременности, первый ребенок в семье. Все предыдущие беременности заканчивались выкидышами. Мать ведет беспорядочную половую жизнь. В женской консультации во время беременности не наблюдалась, были домашние роды.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер с поражением кожи крупных складок (подмышечных, паховых, межъягодичной) в виде очагов мацерации с четкими границами, мокнущей, лакированной, малиново-синюшного цвета поверхностью, белесоватым налетом. На слизистых оболочках щек, неба, на языке, деснах точечные налеты, пленки белого цвета, напоминающие свернувшееся молоко. При их снятии видна эрозированная , кровоточащая поверхность. Язык увеличен за счет отека, нитевидные сосочки сглажены. В уголках рта эрозии с белесоватым налетом. В области гениталий гиперемия слизистой с белым налетом, поверхностными эрозиями. Околоногтевые валики отечны, гиперемированы, болезненные. Ногтевые пластинки бугристые, коричневого цвета, с полосами и вдавливаниями.

ВОПРОСЫ

* 1. Ваш диагноз.
  2. Ваша тактика в отношении ребенка и матери.
  3. Чем обусловлено развитие тяжелых форм аллергодерматозов у ВИЧ-инфицированных?
  4. Перечислите характерные для ВИЧ-инфекции папуло-сквамозные заболевания кожи.
  5. Пути передачи ВИЧ-инфекции.

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития ВИЧ-инфекции.
2. Классификация проявлений ВИЧ-инфекции на коже и слизистых оболочках.
3. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.**

1. Этиологические и патогенетические факторы развития ВИЧ-инфекции.

2. Консультирование пациентов, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём.

3. Алгоритм обследования больных ВИЧ-инфекцией: анамнез, общий статус, локальный статус, лабораторная диагностика, дополнительные методы обследования, консультации специалистов.

**8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

| № п/п | Наименование,  вид издания | Автор (- ы),  составитель (-и),  редактор (ы). | Место издания, издательство, год. | Кол-во экземпляров | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в библиотеке | на кафедре |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **Основная литература** | | | | | |
| 1 | Дерматовенерология : нац. руководство | ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. | М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. | 3 |  |
| **Дополнительная литература** | | | | | |
|  | Детская дерматология. Цветной атлас и справочник | Кэйн К. | М.: Бином, 2011 | 3 |  |
|  | Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем: учеб. пособие для врачей | Прохоренков В.И., Яковлева Т.А., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013. | 3 |  |
|  | Гонококковая инфекция у взрослых и детей учеб. пособие | Яковлева Т.А., Прохоренков В.И., Максименко В.Г. | Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014. | 3 |  |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Дерматовенерология [Электронный ресурс] : сборник тестовых заданий с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по специальности **31.08.32** - Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 135 с. |
| 2 | [Дерматовенерология](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=28410) [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для подготовки к сертификационному экзамену клинических ординаторов, обучающихся по спец. 140104 - Дерматовенерология / сост. В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, Р. Т. Казанбаев ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2011. - 253 с. |
| 3 | ЭБС Консультант студента |
| 4 | ЭБС Colibris |
| 5 | ЭБС Консультант студента |
| 6 | ЭМБ Консультант врача |
| 7 | ЭБС ibooks |
| 8 | НЭБ e-Library |
| 9 | БД Nature |
| 10 | БД SAGE Premier |
| 11 | БД Oxford University Press |
| 12 | БД Scopus |
| 13 | БД Web of Science |