



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

Кафедра дерматовенерологии имени профессора В.И. Прохоренкова
с курсом косметологии и ПО

Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачёва

Дерматовенерология

Рабочая тетрадь для обучающихся
по специальности 31.05.02 Педиатрия

Учебное пособие

Красноярск
2022

УДК 616.97(075.8)

ББК 55.8

Я47

Авторы: доц. Т. А. Яковлева, д-р мед. наук Ю. В. Карачёва

Рецензенты: д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии Е. И. Харьков; д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Е. П. Тихонова

Яковлева, Татьяна Александровна.

Я47 Дерматовенерология : рабочая тетрадь для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия : учебное пособие / Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачёва. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022. – 121 с.

Рабочая тетрадь разработана в рамках рабочей программы дисциплины «Дерматовенерология» и предназначена для внеаудиторной самостоятельной работы студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия для подготовки к практическим занятиям и контроля усвоения учебного материала.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 5 от 21.12.2021 г.)

УДК 616.97(075.8)

ББК 55.8

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022
© Яковлева Т. А., Карачёва Ю. В.,
2022

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

Кафедра дерматовенерологии имени профессора В.И. Прохоренкова
с курсом косметологии и ПО

Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачёва

Дерматовенерология

Рабочая тетрадь для обучающихся
по специальности 31.05.02 Педиатрия

Учебное пособие

Ф.И.О.

группа

Красноярск
2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Тема 1. Особенности физиологии и гистологии кожи детей. Методика осмотра ребенка дерматовенерологом. Специальные методы исследования в дерматологии. Морфологические элементы сыпи.....	6
Тема 2. Пиодермии у детей периода новорожденности, у детей старшего возраста. Чесотка. Клинические проявления. Лечение и профилактика.....	18
Тема 3. Грибковые заболевания кожи. Эпидемиология. Отрубевидный лишай. Микроспория. Трихофития. Микозы стоп. Кандидозы у детей. Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии.....	33
Тема 4. Аллергодерматозы у детей. Дерматиты. Токсикодермии. Экзема. Крапивница. Детская чесуха. Атопический дерматит. Клиника. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.....	46
Тема 5. Псориаз. Красный плоский лишай. Особенности клинического течения у детей. Значение трудовой экспертизы, трудоустройства и диспансеризации больных псориазом. Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии.....	60
Тема 6. Туберкулез кожи. Клинические варианты. Люмпозии. Принципы лечения. Лепра. Клиника. Диагностика. Организация и принципы лечения. Лепрозии.....	71
Тема 7. Вирусные дерматозы у детей (герпесы, контагиозный моллюск, бородавки). Диагностика. Лечение.....	83
Тема 8. Сифилис. Общее течение. Пути заражения. Особенности клинических проявлений заразных форм сифилиса (первичный, вторичный) у детей. Третичный сифилис	94
Тема 9. Ранний и поздний врожденный сифилис. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения детей больных сифилисом.....	102
Тема 10. Урогенитальные инфекции у детей. Гонорейные и негонорейные вульвовагиниты девочек. Диагностика. Лечение и профилактика.....	109
Тема 11. ВИЧ-инфекция. Проявления на коже и слизистой полости рта	115
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	121

ВВЕДЕНИЕ

Рабочая тетрадь составлена в соответствии с рабочей программой дисциплины «Дерматовенерология» и предназначена для аудиторной и внеаудиторной работы студентов. Рабочая тетрадь обеспечивает максимальную активность студентов во время практических занятий. Заполнение рабочей тетради способствует качественному и системному усвоению получаемой информации, корректности и упорядоченности ее фиксации. Это позволяет студентам овладеть необходимым уровнем знаний, умений и навыков по курсу дерматовенерологии. Издание составлено с учетом достижений в области отечественной и зарубежной дерматовенерологии. Предназначено для студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия.

Тема 1. Особенности физиологии и гистологии кожи детей.
Методика осмотра ребенка дерматовенерологом.
Специальные методы исследования в дерматологии.
Морфологические элементы сыпи

АННОТАЦИЯ

Кожа – трёхкомпонентный орган, образованный эпидермисом, дермой и подкожной жировой клетчаткой. Граница между эпидермисом и дермой представлена базальной мембраной. Эпидермис и его производные (волосы, ногти, сальные и потовые железы) развиваются из эктодермы, а дерма и подкожножировая клетчатка – из мезодермы.

Различают следующие слои **эпидермиса**:

1. базальный (stratum germinativum basale)
2. шиповидный (stratum spinosum)
3. зернистый (stratum granulosum)
4. блестящий (stratum lucidum)
5. роговой (stratum corneum)

В настоящее время многие гистологи блестящий слой не обозначают как отдельный слой.

У новорожденных степень развития эпидермиса неравномерная. Особенно нежен и тонок он в области лица, складок. На ладонях и подошвах все слои эпидермиса более оформлены и всё же толщина его в 2,5-3 раза меньше, чем у взрослых.

В состав эпидермиса, хорошо сформированного и чётко выраженного у детей старше 12 лет, включаются, как и у взрослых, отдельные слои, отличающиеся количеством рядов, формой клеток и особенностями строения.

В базальном слое кроме клеток кератиноцитов располагаются меланоциты, клетки Лангерганса, клетки Меркеля. Этот слой является зародышевым, дающим начало всем вышерасположенным слоям эпидермиса.

Процесс кератинизации эпидермиса является специфической функцией, основанной на перестройке эпидермальных клеток с дегенерацией ядер и внутриклеточных органоидов, завершающийся образованием роговых пластин.

Дерма, или собственно кожа, состоит из двух отделов: поверхностный – сосочковый (stratum papillare) и глубокий – сетчатый (stratum reticulare).

Клеточные элементы дермы представлены фиброцитами, гистиоцитами, меланофагами, фибробластами, лимфоцитами; тучными, плазматическими, ретикулярными и эндотелиальными клетками, единичными лейкоцитами.

Волокна дермы делят на коллагеновые, эластические и аргирофильные.

Клеточные и волокнистые компоненты дермы объединяются в единое функциональное целое аморфным межклеточным веществом, в составе которого кислые мукополисахариды, содержащие гиалуроновую и хондроитинсерную кислоты.

От дермы взрослых собственно кожа детей физиологически и структурно отличается преобладанием клеточных элементов, недостаточно оформленными волокнистыми структурами.

Подкожная жировая клетчатка новорожденных и детей ясельного возраста характеризуется рыхлостью и обилием жировых долек. В составе жировых клеток находится больше, чем у взрослых, плотных жирных кислот.

Кровеносная и лимфатическая системы кожи детей идентичны таковым у взрослых. Лимфатические сосуды часто образуют лимфатические озёра. Вероятно, этим обусловлена часто возникающая у них отёчность кожи.

Все вышеперечисленные особенности кожи детей обуславливают нежность, бархатистость и упругость детской кожи, а также физиологическую гиперемию и своеобразный розово-перламутровый цвет кожного покрова новорожденных.

Придатки кожи – сальные, потовые железы, волосы и ногти имеют свои характерные фазы развития в каждом периоде детского возраста. Потовые железы начинают функционировать до рождения, хотя активность их недостаточна. Апокриновые железы начинают функционировать лишь в пубертатном периоде. Особенностью сальных желёз являются более крупные размеры, обилие этих желёз в области лица, волосистой части головы и в аногенитальной области.

Волосы у детей отрастают в эмбриональном периоде. Эти первичные волосы (lanugo) выпадают до рождения или вскоре после него. Их заменяют постоянные вторичные волосы. После полового созревания появляются щетинистые волосы.

Основные функции кожи

Структуры и факторы, обеспечивающие эти функции	Функция
Защитная	Механическая защита: прочность соединения эпидермиса и дермы (базальная мембрана); сцепление роговых чешуек; высокоспециализированные межклеточные липиды; амортизация за счет каркаса дермы (коллагеновые волокна) и подкожной жировой клетчатки. Защита от ультрафиолета: синтез меланина; наличие рогового слоя. Защита от микроорганизмов: плотное сцепление роговых чешуек; высокоспециализированные липиды; водно-липидная мантия; обновление эпителиального пласта и отшелушивание роговых чешуек. Поддержание водного баланса: плотное сцепление роговых чешуек; высокоспециализированные 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

Анамнез дерматологического больного

Умело собранный анамнез помогает не только правильно поставить диагноз, но иногда и установить этиологию и патогенез заболевания.

Вначале выясняют жалобы больного. Прежде всего, это могут быть различные субъективные

ощущения, сопровождающие высыпания: зуд, жжение, боль, онемение, повышенная или пониженная чувствительность, анестезия. Анализируют интенсивность зуда, который бывает сильным при атопическом дерматите, почесухе, крапивнице, чесотке, красном плоском лишае, грибковидном микозе, менее сильным — при псориазе, пиодермитах, розовых угрях. Жжение больные отмечают при герпетиформном дерматозе Дюринга, пузырьковом лишае, пустулезном псориазе; боль — при глубоких пиодермитах, трофических язвах; анестезию — при лепре, синингомиелии.

Особенности анамнеза заболевания и жизни больного ребенка

а) От какой по счету беременности родился ребенок; как протекала беременность, течение родов. Характеристика ребенка при рождении.

б) Течение периода новорожденности. Вскармливание ребенка. Особенности психомоторного развития ребенка.

в) Перенесенные ребенком заболевания.

г) Уход за ребенком и бытовые условия (рациональное соблюдение гигиенических правил).

д) Семейный анамнез (наличие аллергических заболеваний, наследственные болезни, инфекционные и паразитарные болезни).

Методика осмотра ребёнка

Осмотр лучше проводить при рассеянном дневном либо достаточно ярком электрическом свете. Температура в комнате (кабинете) должна быть

22—23⁰ С, так как низкая температура вызывает спазм сосудов (кожа бледнеет), а более высокая — их расширение (наступает гиперемия), что искажает истинный цвет кожи.

Желательно осматривать всю кожу, обращая внимание на лицо больного, которое может выражать различные эмоции и состояния (раздраженность, страдание, усталость, безразличие), что свойственно больным с некоторыми дерматозами. Деформация носа имеют значение при диагностике сифилиса (седловидный), туберкулезной волчанки (разрушение мягких тканей — «бараний нос»), ринофимы.

Иногда при осмотре кожи возникает необходимость пользоваться лупой, лучше с увеличением более чем в 3 — 5 раз. Удобна бинокулярная лупа, которую надевают на лоб. При этом руки остаются свободными, что позволяет сочетать осмотр с пальпацией и поскабливанием.

Уделяют внимание окраске кожи, которая в норме может быть бледной, розовой, смуглой. У здоровых людей она матовая, не имеет жирного блеска, отсутствуют зияющие протоки сальных желез. При некоторых заболеваниях кожа имеет свою окраску. Она может быть синюшной при застойных явлениях, сине - бурой — при акродерматите.

Во время осмотра кожи определяют имеющиеся на ней морфологические элементы сыпи.

Для некоторых дерматозов характерен мономорфизм сыпи (псориаз, красный плоский лишай, крапивница) или полиморфизм сыпи (экзема, герпетиформный дерматоз Дюринга, дерматит). Следует дифференцировать истинный полиморфизм, при котором наблюдается одновременно несколько первичных элементов (дерматоз Дюринга), и ложный, когда имеется один первичный элемент, а остальные, вторичные, являются следствием его эволюции (пузырные дерматозы, стрептодермия).

Специальные методы исследования в дерматологии

В дерматологии, применяется целый ряд специальных методов исследования (метод диаскопии, поскабливания, определение дермаграфизма, смазывания поверхности элементов сыпи вазелиновым маслом).

Диагностическое значение имеют исследования, позволяющие выявить этиологические факторы в развитии тех или иных дерматозов. К ним относятся прежде всего бактериоскопические исследования патологического материала из очага поражения (чешуйки, обломки волос, содержимое пузырей, пустул, отделяемое эрозий и язв).

Весьма ценным является метод цитологического исследования мазков — отпечатков со дна эрозий, язв или свежих пузырей после удаления покрывок. Исследование крови играет важную роль в диагностике лейкомических реакций, сопровождающихся изменениями кожи.

Анализ периферической крови нередко полезен для оценки характера воспалительного процесса при том или ином дерматозе, а также может иметь диагностическое значение при лимфолейкозе, красной волчанке.

Исключительно важное, а иногда решающее значение в диагностике кожных заболеваний принадлежит патологогистологическому исследованию кожи и слизистой оболочки. Особенно большое диагностическое значение имеют эти исследования в тех случаях, когда гистоморфологические особенности того или иного дерматоза имеют специфическую, свойственную именно этому дерматозу, картину. К ним относятся красный плоский лишай, пигментная крапивница, болезнь Дарье, амилоидоз кожи, липоидный некробиоз, болезнь Боуэна, кератоакантома и др. Важное диагностическое значение имеет патологогистологическая оценка расположения пузыря (внутри эпидермиса или под эпидермисом), что позволяет, например, отличить истинную пузырчатку от пемфигоида Левера или герпетиформного дерматита Дюринга.

Важное значение принадлежит особенностям морфологических элементов сыпи, их взаимоотношению, распространенности, локализации, окраске, консистенции, способности к обратному развитию.

Определение первичных и вторичных морфологических элементов сыпи на коже, губах и слизистой оболочке полости рта.

Первичные морфологические элементы сыпи.

Полостные - пузырь, пузырек, пустула. Бесполостные – пятно, узелок, узел, волдырь, бугорок.

Пятно (macula) — ограниченное изменение цвета кожи. Различают пятна сосудистые и несосудистые. Сосудистые: воспалительные и невоспалительные. Воспалительные пятна образуются вследствие расширения кровеносных сосудов. При надавливании пальцем или предметным стеклом они исчезают. Розеола – сосудистое воспалительное пятно размером до 2 см в диаметре. Наблюдается во вторичном периоде сифилиса. Эритема – сосудистое воспалительное пятно размером более 2 см в диаметре.

Невоспалительные сосудистые пятна – гемморрагические пятна и телеангиэктазии. Гемморрагические пятна возникают вследствие разрыва кровеносных сосудов или в результате повышения проницаемости сосудистой стенки. По величине и форме их принято разделять на петехии (точечное кровоизлияние), пурпуру (кровоизлияния величиной до 1 — 2 см.), экхимозы (более 2 см.), линейное кровоизлияние (vibicis), кровоподтеки (sugillatio). При надавливании на них цвет пятен не изменяется. Телеангиэктазии – стойкое расширение сосудов.

К несосудистым пятнам относятся пигментные пятна. Они образуются в результате изменения содержания меланина в коже. Различают гиперпигментированные и депигментированные пятна. Они могут быть врожденным и приобретенными. Примером могут служить веснушки, хлоазмы, невусы пигментные, витилиго, татуировка. Пигментация, вызываемая свинцом, висмутом и ртутью на слизистой полости рта преимущественно располагается в виде каймы по десневому краю; пятна при отложении в десны серебра обычно неправильной формы, более диффузные. Кроме десен, пигментные образования встречаются в углах рта.

Волдырь (urtica) – острый ограниченный отек дермы. В типичных случаях волдыри имеют бледную фарфорово-белую окраску, сопровождаются зудом. Волдыри как правило, появляются внезапно и исчезают бесследно за короткое время. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.

Узелок или папула (papula) — образование, возвышающееся над кожей, величиной от 1 — 2 мм до 2 — 3 см, образующееся вследствие отложения клеточного инфильтрата (красный плоский лишай, псориаз), новообразования эпителия (бородавки), отложения инородных частиц, патологических продуктов обмена (холестерина, амилоида, слизи, кальция и др.). Принято различать папулы эпидермальные (бородавки), дермальные (папулы при сифилисе,

многоформной экссудативной эритеме, при лекарственных сыпях), эпидермо — дермальные (экзема, красный плоский лишай, псориаз).

Папулы по величине бывают милиарные (1 – 2 мм), лентикулярные (до 0,5 см), нумулярные (величиной с монету). Папулы, величиной более

5 рублевой монеты, называются бляшками. На слизистой папулы почти не возвышаются и размер их не более чечевицы. Цвет от розовато — красного до lividного, черного. Папулы могут иметь различную форму и очертания (красный плоский лишай — полигональной формы, псориаз — округлой, овальной формы), поверхность может быть гладкой или покрытой чешуйками (бородавчатый красный плоский лишай, болезнь Дарье).

Узелки на слизистой оболочке полости рта могут быть размером от булавочной головки до чечевицы, более крупные встречаются редко.

Узел (nodus) — образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака, образующееся вследствие отложения в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатки или в подслизистом слое слизистой клеточного инфильтрата (сифилитические и туберкулезные гуммы, лепромы), вследствие опухолевого разрастания (доброкачественные и злокачественные новообразования: фиброма, миома, саркома), отложения холестерина, кальция. Узлы могут быть мягкой консистенции (скрофулодерма) или плотноэластической (сифилитические гуммы, лепромы), иметь четкие границы (при сифилисе, туберкулезе) и быть нечетко очерченными (узловатая эритема, панникулит). Разрешаются путем изъязвления, оставляя рубец. Реже — могут рассасываться, оставляя рубцовую атрофию.

Бугорок (tuberculum) — образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Как правило, бугорки изъязвляются с последующим рубцеванием, реже рассасываются и оставляют рубцовую атрофию. На слизистой оболочке рта бугорки довольно быстро изъязвляются. Цвет бугорков от розовато-жёлтого до цианотического. По консистенции бугорки бывают плотные или тестоватые.

Пузырек (vesicula) — полостное образование, содержащее серозный или серозно-геморрагический экссудат, возвышающееся над уровнем кожи в виде полушаровидного круглой формы элемента, величиной 1,5 — 5 мм. В зависимости от глубины залегания пузырька и толщины рогового слоя пузырек может возвышаться над уровнем кожи, а может находиться на одном уровне. После вскрытия пузырька образуется эрозия. Отличие пузырьков от пузырей в основном сводится к их величине, однако, есть различия в их формировании. В начальных стадиях формирования пузырьков в клетках эпителия развивается вакуольная, балонная дистрофия и спонгиоз, являющиеся характерным для экземы.

Пузырь (bulla) — ограниченное полостное образование, содержащее жидкость (диаметр 0,5 — 7 см и более), выступающее над уровнем кожи, и имеющее резкие границы, округлое или овальное очертание.

Обычно пузыри однокамерные (после прокола быстро спадаются), реже при слиянии нескольких пузырьков или пузырей возникают многокамерные пузыри. Содержимое их может быть серозным, серозно — геморрагическим, гнойным. Покрышка может быть напряженной или дряблой. Располагаться они могут на неизменной и эритематозной коже. Пузыри сохнут в корки или вскрываются, образуя эрозии. Пузыри при локализации на слизистой оболочке полости рта особенно быстро вскрываются.

Пустула или гнойничок (pustula) — полостное образование, заполненное гнойным содержимым. По форме бывают шаровидные, конусообразные, плоские. По глубине расположения пустулы делятся на поверхностные (в эпидермисе) и глубокие (в дерме). Фолликулиты — пустулы расположены вокруг волосяного фолликула. Импетиго - поверхностные пустулы. Глубокие пустулы — эктимы. Глубокие пустулы после себя оставляют рубец.

Вторичные морфологические элементы сыпи

Развиваются в результате эволюции первичных элементов сыпи (спонтанно или под влиянием лечения).

Дисхромии кожи (dischromia cutis) или вторичное пятно. Это нарушения пигментации, возникающие на месте разрешившихся первичных морфологических элементов (узелков, пузырьков, пустул). Различают вторичные гиперпигментации, де - и гипопигментации.

Чешуйка (squama) — роговые пластинки, потерявшие связь с нижележащими слоями эпидермиса. Различают патологическое и физиологическое шелушение. В зависимости от размера чешуек шелушение бывает муковидное, отрубевидное, пластинчатое (мелкопластинчатое, крупнопластинчатое). Чешуйки могут развиваться и первично при мягкой лейкоплакии, эксфолиативном хейлите.

Корка (crusta) — ссохшийся экссудат. Различают корки серозные, геморрагические, гнойные и цветные (от примесей лекарственных средств). Корки могут быть тонкими, толстыми, слоистыми, рыхлыми, плотными. Эквивалентом корок на слизистой оболочке полости рта является фибринозный или гнойно — фибринозный налет. В зависимости от характера заболевания налет с поверхности эрозии удаляется легко или плотно спаян с нею.

Трещина (fissura) — линейный или продольный дефект кожи, возникший вследствие потери кожей эластичности. Чаще всего трещины возникают в углах рта, в области ануса, в области стоп. Глубокие — оставляют рубец, сопровождаются болезненностью. Поверхностные трещины заживают бесследно.

Ссадина или экскорияция (excoriatio) — нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения. Как правило, ссадины возникают вследствие расчесов. Могут быть поверхностными и глубокими. Характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой полости рта в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.

Эрозия (erosio) — поверхностный дефект эпидермиса. Заживает без следа. Образуется при вскрытии пузырей, пустул; на поверхности папул вследствие трения и давления (сифилитические эрозивные папулы). Твердый шанкр может быть представлен эрозией. При длительном существовании эрозии на слизистой оболочке рта ее трудно отличить от язвы.

Язва (ulcus) — глубокий дефект кожи. Образуются язвы при вскрытии глубоких пустул, фурункула, карбункула, при распаде узлов и бугорков. Язва оставляет рубец. Дно язвы может быть ровное, гладкое или неровное. Афты — своеобразный вариант эрозии (афтозный стоматит) или язвы (рубцующиеся афты).

Рубец (cicatrix) — соединительнотканное образование, заполняющее дефект кожи. В рубце отсутствуют придатки кожи (волосные фолликулы, сальные, потовые железы, а также сосуды и эластические волокна). Рубцы развиваются на месте ожогов, изъязвлений, глубоких пустул, бугорков, узлов и глубоких трещин.

Веgetации (vegetationes) — разрастания сосочкового слоя кожи. Развиваются на поверхности папул, эрозий. Поверхность их может быть покрыта роговым слоем (бородавки); может быть эрозирована (при вегетирующей пузырчатке), тогда вегетации мягкие, сочные, легко кровоточащие, покрыты серозным или серозно-гнойным отделяемым.

Лихенификация (lichenificatio) — ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком. Напоминает шагреньевую кожу. Характерна для атопического дерматита.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Перечислите слои эпидермиса:

1.
2.
3.
4.

5.

ЗАДАНИЕ № 2

Перечислите первичные морфологические элементы сыпи:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

ЗАДАНИЕ № 3

Чем отличается лимфатическая система кожи детей от взрослых?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 4

Что позволяет выявить пальпация кожи?

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 5

Что позволяет выявить граттаж кожи?

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 6

Какой метод позволяет определить состояние вегетативной нервной системы (рефлекторные реакции сосудистой стенки на раздражение кожи)?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 7

Как проводятся исследования тактильной, болевой и температурной чувствительности?

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 8

В чем заключается несовершенство терморегуляции кожи у детей?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 9

Для каких заболеваний кожи характерны папулы, образующиеся вследствие отложения клеточного инфильтрата?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 10

Папулы по величине различают:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 11

Что означает истинный полиморфизм сыпи?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 12

Характер поражённой кожи (status localis) включает в себя следующие составляющие:

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 13

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ДЕРМА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ

- 1) сетчатый
- 2) шиповатый
- 3) роговой
- 4) зернистый
- 5) базальный

2. СЛОИ ДЕРМЫ

- 1) сосочковый и сетчатый
- 2) базальный и шиповидный

- 3) зернистый
- 4) гранулярный
- 5) шиповидный

3. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ

- 1) в подмышечных впадинах
- 2) на ладонях
- 3) на голове
- 4) на подошвах
- 5) вокруг рта

4. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЮТ

- 1) в подмышечных впадинах
- 2) в области заднего прохода
- 3) на ладонях и подошвах
- 4) на животе вокруг пупка
- 5) имеются во всех перечисленных местах

5. ЧУВСТВО ХОЛОДА ВОСПРИНИМАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) телец Фатера-Пачини
- 2) телец Мейснера
- 3) колб Краузе
- 4) телец Руффини
- 5) клеток Меркеля

6. ТЕЛЬЦА РУФФИНИ

- 1) самый крупный рецептор кожи
- 2) расположены в гиподерме
- 3) расположены в глубоких слоях дермы
- 4) ответственны за чувство глубокого давления
- 5) ответственны за чувство холода

7. ТЕПЛОПРОДУКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) обменом веществ
- 2) теплоизлучением
- 3) теплопроводением
- 4) испарением воды с поверхности кожи
- 5) сосудодвигательными реакциями

8. МЕЛАНИНОВЫЙ ПИГМЕНТ СИНТЕЗИРУЕТСЯ

- 1) кератиноцитами
- 2) меланоцитами
- 3) клетками Лангерганса
- 4) клетками Меркеля
- 5) тельцами Мейснера

9. ГИПЕРКЕРАТОЗ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ

- 1) эпидермиса
- 2) шиповидного слоя
- 3) зернистого слоя
- 4) базального слоя
- 5) рогового слоя

10. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ

- 1) чешуйка
- 2) рубец
- 3) папула

- 4) язва
- 5) эрозия

11. К ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) бугорок
- 2) волдырь
- 3) папула
- 4) пятно
- 5) трещина

ЗАДАНИЕ № 14

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к дерматологу обратился больной 17 лет с жалобами на образование узлов в левой подмышечной области, повышение температуры тела до 38,5С, общую слабость, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение одной недели, когда после бритья подмышечной впадины безопасной бритвой появилось уплотнение. К врачу не обращался, самостоятельно протирал подмышечную впадину одеколоном.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В левой подмышечной области пальпируется болезненный, конической формы инфильтрат размером с вишню, в центре которого язва, покрытая гнойной коркой.

Подвижность руки ограничена.

1. Назовите морфологический элемент сыпи, имеющийся у данного больного. Дайте определение.
2. Перечислите первичные морфологические элементы сыпи.

2. На прием к дерматовенерологу обратился подросток с жалобами на появление сыпи в области груди, живота, рук.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания имеют ярко-розовую окраску, не возвышаются над уровнем кожи. Размеры высыпаний варьируют от 0,5 до 1 см в диаметре. При надавливании предметным стеклом элементы сыпи исчезают.

1. О каких морфологических элементах идет речь?
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Особенности сбора анамнеза у больного кожным заболеванием.
4. Перечислите специальные методы обследования дерматологического больного.

3. По направлению из военкомата в ККВД поступил больной 17 лет с жалобами на высыпания в области лица, шеи, рук и ног, сопровождающиеся интенсивным зудом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализуются в области лица, шеи, локтевых сгибов и подколенных ямок. В очагах поражения кожа утолщена, гиперемирована, сухая, кожный рисунок усилен, наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками.

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?
3. Анатомо-физиологические особенности кожи у детей.

4. На консультацию к больному был вызван дерматолог. Больной поступил в клинику по поводу диссеминированного туберкулеза легких.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больным себя считает в течение двух недель, когда появились мелкие высыпания на лице. Самостоятельно не лечился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица. Высыпания представлены бесполостными морфологическими элементами размером до 0,3 см в диаметре. Поверхность элементов гладкая, очертания

округлые, цвет желтоватый, консистенция мягкая.

1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?

5. На прием к дерматологу обратилась больная 18 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-х дней, когда впервые появились высыпания на коже конечностей и туловища. Высыпания появлялись приступообразно, существовали в течение 2-3 часов и затем бесследно исчезали, сопровождалась зудом.

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. Дайте определение морфологическим элементам сыпи.
2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента?
3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы?

6. Больная 16 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, эскориации, мелкокапельное мокнутие.

1. Дайте определение морфологическим элементам, имеющимся у данной больной.
2. Какие виды вторичных морфологических элементов вы знаете?
3. Перечислите слои дермы.

7. Больной 16 лет поступил на стационарное лечение с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, туловища, волосистой части головы, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2 лет. Начало заболевания связывает со стрессовой ситуацией. Первые элементы возникли на коже волосистой части головы, сопровождалась зудом. В кожно-венерологическом диспансере был выставлен диагноз псориаза волосистой части головы. Лечился амбулаторно, получал мазевую терапию (дипросалик лосьон, 2% серно-салициловую мазь). В летнее время отмечал полную ремиссию, обострение – в осенне-весенний период. Последнее обострение возникло за месяц до госпитализации, связывает со стрессовой ситуацией. Высыпания приняли распространенный характер.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, симметричный. Высыпания локализуются на коже верхних и нижних конечностей, туловища, волосистой части головы. Представлены бесполостными, элементами, ярко-розового цвета, поверхность которых покрыта мелкими, белыми легко отделяющимися чешуйками. Величина высыпаний от 3 мм до 6 см в диаметре. На месте бывших высыпаний сохраняется пигментация.

1. Назовите морфологические элементы. Дайте им определение.
2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов.
3. Какие методы обследования дерматологического больного Вы знаете?

Тема 2. Пиодермии у детей периода новорожденности, у детей старшего возраста. Чесотка. Клинические проявления. Лечение и профилактика

АННОТАЦИЯ

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.

У новорожденных и детей грудного возраста способствуют возникновению пиодермии анатомофизиологические особенности их кожи: некоторая незаконченность структуры кожи, нежность и рыхлость рогового слоя, непрочность связи эпидермиса с дермой, прямое расположение выводных протоков эккринных потовых желез и наличие полисахаридного комплекса в них, щелочная среда поверхности кожи, несовершенство процессов терморегуляции, повышенная влажность и абсорбционная способность кожи, лабильность коллоидно-осмотического состояния.

Регионарные лимфатические узлы новорожденных недостаточно реагируют на внедрение инфекции, микроорганизмы медленно разрушаются.

ЭТИОЛОГИЯ			
СТАФИЛОКОККИ (белый, лимонно-желтый, золотистый, гемолитический)		СТРЕПТОКОККИ (зеленящий, гемолитический, негемолитический, слизистый)	
ТОКСИНЫ:	ФЕРМЕНТЫ:	ТОКСИНЫ	ФЕРМЕНТЫ
Летальный	Гиалуронидаза	Летальный	Гиалуронидаза
Некротический	Коагулаза	Некротический	Коагулаза
Гемолитический	Лецитиназа	Энтеротоксин	S,O,G и др.
Лейкоцидин	Фибринолизин		стрептолизины
Энтеротоксин	Пенициллиназа	Гемолитический	Лецитиназа
Нейро- и эритрогенный	Протеиназа		
	Дезоксирибонуклеаза		

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

Преимущественная локализация в сально-волосяных фолликулах и апокриновых железах. В глубине воронок волосяного фолликула, в устьях апокриновых желез стафилококки находят благоприятные условия для существования.

Остиофолликулит - полушаровидная, от булавоочной головки до чечевицы величиной пустула, приуроченная к устью волосяной воронки.

Фолликулиты. Возникают в результате распространения инфекта из устья волосяной воронки на различную глубину фолликулов.

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление сально- волосяного фолликула и окружающей его ткани. Начинается чаще всего с обычного остиофолликулита или фолликулита.

Фурункулез - хроническая рецидивирующая стафилодермия. Возникновение первого фурункула влечет за собой последовательное и длительное возникновение следующих фурункулов.

Везикулопустулез (перипорит) – поверхностная форма пиодермии. Характеризуется воспалительными изменениями в области устьев эккринных потовых желез. Возникает, как правило, в первые дни жизни ребенка или к концу периода новорожденности. Вначале появляется множество красных точечных пятен вокруг пор эккринных потовых желез (красная потница), затем образуются величиной до просяного зерна пузырьки, превращающиеся в пустулы. Этот вариант белой потницы фактически является стафилококковой пиодермией, Обычно наблюдается большое количество пустул. Заболевание продолжается от 2-3 до 7-10 дней. Эта поверхностная форма пиодермии очень опасна, так как инфекция может распространяться по периферии и в глубину кожи. В редких случаях возникает гематогенное или лимфогенное распространение инфекции с поражением внутренних органов, костной системы, развитием септикопиемии и возникновением осложнений - пневмонии, отита, анемии.

Множественные абсцессы (псевдофурункулез Фингера)

Встречаются в первые месяцы жизни ребенка (реже до двух лет жизни). Поражается вся эккринная потовая железа. Излюбленная локализация - затылок, спина, ягодицы, задняя поверхность бедер. Высыпания характеризуются подкожными узлами величиной от горошины до лесного ореха, багрово-красного с синюшным оттенком цвета. По мере развития узлов в центре появляется флюктуация, при вскрытии абсцессов выделяется

желто-зеленый гной. Заживает, оставляя рубчики. Множественные абсцессы могут быть источником глубоких флегмон. Процесс часто сопровождается повышением температуры до 38-39 °С. Появляется диспепсия, интоксикация, умеренное увеличение печени, селезенки. Наблюдается лейкоцитоз с нейтрофилезом, СОЭ увеличена. При тяжелом, рецидивирующем течении развивается септицемия, пневмония с плевотораксом и плевритом, гнойный менингит и перитонит. Возможны летальные исходы. Поэтому детей, даже с единичными абсцессами, необходимо госпитализировать и лечить.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид) - поверхностное гнойное поражение кожи, появляется на 3-5-й день жизни, реже на 8-15-й день после рождения. Заболевание очень контагиозно. Источником инфекции для детей могут быть больной медицинский персонал, больная мать, инфекция может передаваться также через предметы ухода.

Вялые пузырьки (фликтены) величиной от горошины до лесного ореха вскрываются, эрозии корками не покрываются, эпителизируются, оставляют пигментные пятна. При тяжелых формах заболевания число пузырей велико и они более крупные. Локализация высыпаний - живот, конечности, спина, крупные складки, очень редко - ладони и подошвы. Иногда может развиваться септикопиемия, температура повышается до 38°C. В крови - лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенная СОЭ. У детей обычно обнаруживаются изменения в области пупочной ранки (фунгус, омфалит). Возможны осложнения: молочница, отит, пневмония. Больных детей необходимо изолировать и лечить. Эпидемическую пузырчатку необходимо дифференцировать с сифилитической пузырчаткой и врожденным эпидермолизом.

Эксфолиативный дерматит Риттера является наиболее тяжелой формой стафилодермии новорожденных и рассматривается как злокачественная разновидность эпидемической пузырчатки новорожденных. В настоящее время встречается редко.

Стрептодермии

Стрептококковое импетиго является самой частой формой стрептодермии. У детей наблюдается на первом году жизни и в более старшем возрасте. Источником инфекций являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина).

Возбудитель передается через белье, одежду, игрушки, инфицированные руки. Характеризуется появлением фликтены размером от горошины до лесного ореха с серозным или серозно-гнойным содержимым. Содержимое фликтены быстро сохнет в соломенно-желтого цвета корочку или вскрывается с образованием эрозии. Эволюция 5-7 дней. Разрешается бесследно, остается лишь временное гиперемизированное пятно. Рубцов и атрофии не бывает. На волосистой части головы могут быть временные очаги алопеции.

Различают несколько разновидностей стрептококкового импетиго:

Щелевидное импетиго (заеда, угловой стоматит). Появляется в углах рта, в углах глазных щелей, у основания крыльев носа. При вскрытии образуются линейные трещины. Отмечается слюнотечение, боль, зуд.

Околоногтевое импетиго (турниоль, поверхностный панариций). Характеризуется появлением вокруг одной или нескольких ногтевых пластинок множества фликтен с серозно-гнойным содержимым. Пораженная фаланга отекает, болезненна.

Пузырное (буллезное) импетиго. Характеризуется появлением на различных участках тела единичных или множественных вялых или напряженных пузырей, окруженных гиперемизированным венчиком, наполненных серозным или мутным содержимым.

Кольцевидное импетиго. Крупная фликтена или группа фликтен, которые в центре

подсыхают в корку, а по периферии появляются новые фликтены, образуя кольцевидного вида поражения.

Гирляндоподобное импетиго. Крупная фликтена, подживая с одного края и разрастаясь с другого, создает фликтенулезный валик гирляндоподобной формы.

Папуло-эрозивная стрептодермия (пеленочный дерматит или сифилоподобное папулезное импетиго). Характерна для детей грудного возраста. Поражается кожа ягодиц, бедер, области промежности. Появляются папулы синюшно-красного цвета, плотные, величиной с горошину. На поверхности папул возникают фликтены, которые быстро вскрываются. Элементы сыпи напоминают сифилитические папулы, но отличаются от них быстрым эрозированием и наличием по периферии ободка отслоившегося рогового слоя. Встречается у детей недостаточно ухоженных, при раздражении кожи моющими синтетическими средствами, которыми стирают пеленки. Особое значение придается раздражающему действию аммиака (у детей с рахитом, когда при ацидозе увеличивается содержание аммиака в моче).

Интертригинозная стрептодермия. Типична локализация на соприкасающихся поверхностях крупных складок, чаще за ушными раковинами. Образуются фликтены величиной с горошину.

Стрептостафилодермии

К поверхностным стрептостафилодермиям относится **вульгарное импетиго (контагиозное импетиго).**

Фликтена стрептококкового импетиго в результате быстрой дополнительной инфекции стафилококками превращается в пустулу, которая засыхает в толстую, массивную, рыхлую, медово-желтую корку. Процесс локализуется преимущественно на коже лица, но может носить и распространенный характер. Часто осложняет течение чесотки, нейроаллергодерматозов. Возможны эпидемии вульгарного импетиго в детских садах, школах-интернатах; вспышки заболевания в семьях.

К глубокой стрептостафилодермии относится вульгарная эктима.

Вульгарная эктима - язвенная форма стрептостафилодермии. Это глубокая дермальная пустула.

Эктимы обычно единичны, но вследствие аутоинокуляции могут быть множественными, наблюдаются, как правило, на голених, реже на бедрах, ягодицах и туловище, встречаются чаще у взрослых, страдающих хроническими заболеваниями, зудящими дерматозами, у лиц с варикозным симптомокомплексом, плохо соблюдающих гигиену тела.

Лечение пиодермий. Рациональное лечение пиодермий включает общую терапию, наружную терапию и режим больного.

I. Режим больного

Большое значение имеет правильный уход за здоровой и больной кожей. При всех формах пиодермий следует избегать мытья водой с мылом очагов поражения.

В целях санации всей кожи рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение или обтирание видимо здоровой кожи дезинфицирующими средствами (1-2% спиртовой раствор салициловой кислоты, 0,1% водный раствор перманганата калия, 1-2% спиртовой раствор борной кислоты). При поражении волосистой части головы у новорожденных не рекомендуется использование спиртовых растворов из-за возможного активного всасывания через незакрывшиеся роднички. Также нежелательно применение спиртовых растворов при локализации патологического процесса в складках из-за возможного раздражающего действия спирта. Следует избегать повязок и компрессов, которые способствуют переносу инфекции на здоровые участки кожи.

II. Принципы общей терапии.

Антибиотики

Показаны при остро протекающих глубоких пиодермиях, распространенных пиодермиях, хронических, а также при осложнениях лимфангоитом и тяжелыми общими явлениями.

Наиболее эффективными и с наименьшим числом побочных реакций являются антибиотики из группы макролидов, линкомицин, а также цефалоспорины I-II поколения; также другие антибиотики, устойчивые к β -лактамазам и обладающие широким спектром действия. Антибиотики назначают с учетом данных антибиотикограммы перорально, в ряде случаев – внутримышечно. Режим дозирования индивидуальный в зависимости от тяжести течения и распространенности процесса.

Специфическая иммунотерапия: стафилококковые и стрептококковые вакцины, стафилококковый антифагин, стафилококковый анатоксин, стафилококковый бактериофаг. Специфическая иммунотерапия целесообразна при хронических и рецидивирующих формах пиодермий.

Индивидуальное лечение фоновых нарушений.

III. Наружная терапия.

Очаг поражения обрабатывается антисептическими растворами (1% спиртовой раствор хлорофиллипта, фукорцин, 1% раствор метиленовой синьки). Везикулопустулезные элементы сыпи необходимо вскрывать стерильной иглой, смазывать 2-3 раза в день водными и спиртовыми растворами анилиновых красителей (1-2% раствором метиленовой синьки, бриллиантовой зелени; 0,5% раствором перманганата калия, краской Кастеллани).

Для снятия корок используют дезинфицирующие, кератолитические и кератопластические мази: 1-2% салициловую, 3-5% дерматоловую; фуцидин мазь и крем. Применяют мази с антибиотиками: тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую. При пиодермиях у детей применение мазей, содержащих антибиотики и сульфаниламиды, не рекомендовано в связи с возможностью развития аллергического дерматита. Не показаны и мази, в состав которых входят глюкокортикоидные гормоны.

Профилактика пиодермий у детей.

Повышение иммунитета беременной женщины, выявление и санация очагов фокальной инфекции.

1. Соблюдение санитарно-гигиенического режима в родильных домах, в детских учреждениях (ясли, Дом ребенка)
2. Выполнение существующего положения о временном закрытии родильных домов для дезинфекции и проветривания (не менее 2 раз в год).

При появлении вспышки гнойной инфекции родильный дом немедленно закрывают.

3. Детей, страдающих всеми формами пиодермий, до полного излечения изолируют от здоровых детей.
4. Обработка мелких травм кожи у ребенка, туалет здоровой кожи с целью предупреждения распространения инфекции.
5. Систематическое закаливание детей, привитие детям санитарно-гигиенических навыков.

ЧЕСОТКА

Чесотка является самым распространенным паразитарным заболеванием кожи. Заболевание, вызываемое у человека чесоточным клещом, в медицине как нозологическую единицу называют чесоткой – scabies – по видовому названию возбудителя *Sarcoptes scabiei*. В ветеринарной литературе термин “чесотка” не употребляется, а заболевания, вызываемые

клещами Sarcoptes, называются саркоптозом по родовому названию возбудителя. По аналогии, заболевания, возникающие у человека при попадании чесоточных клещей от животных, называются псевдосаркоптозом.

Эпидемиология. Заражение чесоткой чаще всего происходит при прямом контакте с больным, реже через зараженные клещами предметы (постельные принадлежности, белье, игрушки). Большое значение в распространении чесотки имеют несвоевременное выявление, изоляция и лечение больных.

Заражению чесоткой способствуют плохие гигиенические условия, загрязненность кожи, повышенная потливость, астенизирующие хронические заболевания – гипотрофия, вегетодистония, сахарный диабет, диэнцефальная патология с ожирением.

Клиническая картина чесотки

Инкубационный период при чесотке варьирует от 10 дней до 1-1,5 мес. В случае заражения самками практически отсутствует, так как внедрившаяся самка обычно практически сразу начинает прогрызать ход и откладывать яйца, при заражении личинками он соответствует времени метаморфоза клещей.

Зуд. Это хотя и характерный, но субъективный симптом чесотки. Время его появления и интенсивность индивидуальны у каждого больного. Нередки случаи, когда при наличии чесоточных ходов больные не жалуются на зуд. Основная точка зрения на природу зуда – это результат сенсibilизации организма больного к клещу и продуктам его жизнедеятельности (фекалии, оральный секрет, изливаемый при прогрызании хода, секрет желез яйцевода). Для чесотки характерно усиление зуда в ночное время суток.

Высыпания при чесотке обусловлены деятельностью клеща, аллергической реакцией организма на воздействие возбудителя и продукты его жизнедеятельности, пиогенной флорой. Основными клиническими симптомами чесотки являются чесоточные ходы, полиморфные высыпания вне ходов, характерная локализация тех и других на теле больного, а также симптомы Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари.

Чесоточный ход имеет вид слегка возвышающейся линии грязно-серого цвета, прямой или изогнутой, длиной 5–7 мм. В других случаях кожа реагирует образованием под ходами полостных элементов (везикул и пузырей), особенно у детей, или лентикулярных папул. На протяжении хода могут возникать пустулы, трещины, точечная или линейная корочки, эрозии. Иногда он принимает вид “ракетки” или “веретена”. Локализация высыпаний разнообразная, но принято считать, что излюбленными местами являются межпальцевые складки кистей, сгибательные поверхности лучезапястных суставов, передние края подмышечных впадин, живот и поясница, в области прилегания пояса, области ареол молочных желез у женщин и аногенитальная область у мужчин.

Для чесотки характерны симптомы:

Арди - наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности.

Горчакова - наличие там же кровянистых корочек.

Михаэлиса - наличие кровянистых корочек и импетигиозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец.

Сезари - обнаружение чесоточных ходов в виде легкого возвышения при их пальпации.

Осложнения нередко маскируют истинную клиническую картину чесотки. Наиболее распространенными являются пиодермия и аллергический дерматит, реже микробная экзема. Пиодермия развивается как результат внедрения микробной флоры через повреждения кожи, обусловленные расчесыванием при зуде.

Среди клинических разновидностей пиодермии наиболее часто встречаются стафилококковое импетиго, остиофолликулиты, фолликулиты, реже фурункулы, вульгарная эктима.

Лабораторная диагностика.

Многообразие клинических проявлений при чесотке требует во всех случаях постановки диагноза по наличию возбудителя.

Метод обнаружения чесоточного клеща А. Н. Соколовой (1989). Каплю 40 % раствора молочной кислоты наносят на любой чесоточный элемент (ход, папулу, везикулу, корочку). Через 5 мин разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярного кровотечения в пределах здоровой кожи. Полученный материал наносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и сразу микроскопируют. Молочная кислота не раздражает кожу и не вызывает никаких субъективных ощущений.

Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате обнаруживаются самка, самец, личинка, нимфы, яйца, опустевшие яйцевые оболочки.

Клинические критерии диагностики чесотки:

- Зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время.
- Наличие типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов, изолированных везикул, фолликулярных папул, зудящих лентикулярных папул.
- Типичная локализация высыпаний: чесоточные ходы на кистях, запястьях, стопах, локтях; фолликулярные папулы – на переднебоковой поверхности тела; невоспалительные везикулы – на кистях и стопах в непосредственной близости от ходов; лентикулярные папулы – половые органы мужчин, ягодицы, аксиллярная область, молочные железы у женщин.
- Наличие характерных для чесотки симптомов: Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари.
- Преобладание стафилококкового импетиго на кистях, запястьях, стопах; эктим – на голених и ягодицах; остиофолликулитов и фурункулов на туловище и ягодицах.
- Отсутствие эффекта от лечения антигистаминными, десенсибилизирующими средствами внутрь, противовоспалительными, в том числе кортикостероидными мазями, наружно.

Эпидемиологические критерии диагностики чесотки:

- Наличие зудящего дерматоза у одного или нескольких членов семьи.
- Наличие зудящего дерматоза среди членов инвазионноконтактного коллектива (общежитие, детский сад, интернат, детский дом, казарма и т.п.).
- Возникновение заболевания после тесного телесного контакта в постели в вечернее и ночное время, в том числе полового.
- Последовательное появление новых больных в очаге.

Лабораторные критерии:

- Обнаружение возбудителя чесотки одним из вышеперечисленных методов.

Лечебные критерии диагностики:

- В исключительных случаях диагностическим критерием может быть лечение *ex juvantibus*. В этом случае терапия проводится одним из противочесоточных препаратов по установленной схеме. Исчезновение зуда после первой обработки и разрешение высыпаний к концу недели являются диагностическим критерием наличия у больного чесотки.

Лечение чесотки. Лечение больных чесоткой направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов.

1. Эсдепаллетрин (SPREGAL)
2. Бензилбензоат (10% эмульсия для детей, 20% - для взрослых в первый и четвёртый день лечения)
3. Перметрин (*медифокс*) эмульсия (в течение 3-х дней)
4. Серная мазь 33% для взрослых, 10% - для детей

Детям до одного года жизни назначается Спригаль. От одного года до трёх лет возможно назначение бензилбензоата.

Профилактика. Профилактика чесотки включает активное выявление больных, установление очагов чесотки и работа по их ликвидации, выявление источника заражения, контактных лиц и их профилактическое лечение, правильную регистрацию и диспансеризацию больных чесоткой, установление критерия излеченности, организацию и проведение текущей дезинфекции.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Особенности патогенеза стафилодермий и стрептодермий.

1. Как экзотоксины стафилококка влияют на развитие патологического процесса в очагах поражения.

Ответ: _____

2. Как экзотоксины стрептококка влияют на развитие патологического процесса в очагах поражения.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 2

Перечислите основные факторы, способствующие возникновению пиодермии:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 3

Под влиянием каких внешних факторов изменяются защитные функции кожи?

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 4

Что лежит в основе хронической пиодермии?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 5

Какие анатомо-физиологические особенности кожи детей способствуют возникновению пиодермии?

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 6

Что является основными входными воротами для стафилококковой инфекции у новорожденных?

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 7

Чем отличается фолликулит от фурункулёза? Дайте определение.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 8

Перечислите возможные осложнения множественных абсцессов у детей:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 9

Клинические проявления визикулопустулёза у детей.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 10

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать эпидемическую пузырчатку новорождённых?

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 11

Кто может быть источником инфекции для детей в родильном доме?

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 12

Назовите самую частую форму стрептодермии у детей.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 13

Режим больного пиодермией включает:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 14

Что такое саркоптоз и псевдосаркоптоз?

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 15

Основная точка зрения на природу зуда у больных чесоткой.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 16

Какие симптомы характерны для чесотки?

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 17

Перечислите отличительные особенности локализации чесотки у детей в отличие от взрослых:

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 18

Чем часто осложняется чесотка у детей?

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 19

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ

- 1) остиофолликулит
- 2) фурункул
- 3) гидраденит
- 4) карбункул
- 5) импетиго

2. 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

3. ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ

- 1) локализация высыпаний
- 2) количество высыпаний
- 3) течение
- 4) общая семиотика

5) развитие осложнений

4. РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА СПОСОБСТВУЕТ

- 1) псориаз
- 2) экзема
- 3) сифилис
- 4) сахарный диабет
- 5) онихомикоз

5. БОЛЬНОМУ ФУРУНКУЛЕЗОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА

- 1) билирубин
- 2) С-реактивный белок
- 3) сахар
- 4) общий белок
- 5) трансаминазы

6. ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ЭКТИМЕ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) противогрибковые средства
- 3) примочки с 2% раствором борной кислоты
- 4) мази с кортикостероидами
- 5) противовирусные средства

7. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ЧЕСОТКЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) регулярные осмотры детей в детских коллективах
- 2) осмотры работников бытовых учреждений, осмотр и профилактическое лечение членов семьи больного
- 3) дезинфекция одежды, белья и постельных принадлежностей больного
- 4) регулярные осмотры детей в детских коллективах; осмотры работников бытовых учреждений, осмотр и профилактическое лечение членов семьи больного
- 5) регулярные осмотры детей и работников бытовых учреждений, профилактическое лечение членов семьи больного; дезинфекция одежды и белья больного

8. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТИОФолликулита ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) появление на коже мелких пустул
- 2) пустулы пронизаны в центре волосом
- 3) наличие воспалительного венчика по периферии пустул
- 4) мелкие пустулы, пронизанные в центре волосом, с воспалительным венчиком по периферии
- 5) появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом

9. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) медифокс
- 2) тиосульфат натрия 60% и соляная кислота 6%
- 3) спрегаль
- 4) бензилбензоат
- 5) медифокс; тиосульфат натрия 60% и соляная кислота 6%; спрегаль; бензилбензоат

10. ПРИ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ

- 1) эккриновые потовые железы
- 2) апокриновые потовые железы
- 3) волосяные фолликулы
- 4) колбы Краузе
- 5) тельца Мейснера

11. ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) вскрытие абсцессов
- 3) анилиновые красители
- 4) местно ихтиоловая мазь
- 5) антибиотики; вскрытие абсцессов; анилиновые красители; ихтиоловая мазь

12. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) чистый ихтиол
- 3) анилиновые красители
- 4) УВЧ
- 5) УФО

13. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *Sarcoptes scabiei hominis*
- 2) *Demodex folliculorum*
- 3) *Leishmania tropica*
- 4) *Treponema pallidum*
- 5) *Chlamydia trachomatis*

14. ЧЕСОТКА ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) головными вшами
- 2) платяными вшами
- 3) чесоточным клещом
- 4) лейшманиями
- 5) туберкулезной палочкой

15. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ

- 1) алиментарный
- 2) воздушно- капельный
- 3) трансмиссивный
- 4) контактный
- 5) парентеральный

16. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ

- 1) дневной зуд
- 2) ночной зуд
- 3) боль
- 4) жжение
- 5) парестезии

17. 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

18. ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) бугорки
- 2) узлы
- 3) парно расположенные пузырьки и узелки
- 4) волдыри

5) полигональные папулы

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ

- 1) вторичная пиодермия
- 2) сепсис
- 3) рубцовая атрофия кожи
- 4) флегмоны
- 5) эритродермия

20. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ

- 1) на коже туловища, кистей рук
- 2) на волосистой части головы
- 3) на коже ладоней
- 4) в межлопаточной области
- 5) на коже лица

21. ЗУД, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

- 1) утром
- 2) в период с 15 до 16 часов
- 3) вечером и ночью
- 4) время суток не имеет значения
- 5) зуд при чесотке отсутствует

ЗАДАНИЕ № 20

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к дерматовенерологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже спины, бедер, ягодиц; повышение температуры тела до 38^0 , 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. Прием 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, высыпаящими над уровнем кожи, болезненными при пальпации. Отдельные узлы в центре имеют 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

2. На прием к врачу обратилась мать с ребенком 4-х лет с жалобами на высыпания на коже лица и трещины в углах рта, сопровождающиеся зудом, слюнотечением и болезненностью при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок заболел 1 неделю назад, когда на коже лица появились высыпания, в углах рта трещины. Ребенок посещает детский сад. У двух детей в группе детского сада имеются подобные высыпания.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс локализуется на коже щек, в углах рта. На коже щек поверхностные нефолликулярные пустулы, пузыри размером от чечевицы до горошины, серозно-гнойные корочки, эрозии. Покрышка пузырей вялая, напряженная. Содержимое

пузырей мутное, по периферии пузырей гиперемизированный венчик. В углах рта трещины с обрывками эпидермиса по периферии.

1. Поставьте диагноз.
2. Эпидемиология заболевания.
3. Составьте алгоритм обследования больного.
4. Особенности режима больного.
5. Составьте план лечения больного. Выпишите рецепты.

3. В родильном доме у новорожденного появилась обильная пузырьковая сыпь на туловище и конечностях, сопровождающаяся повышением температуры до 39°C. Ребенок беспокойный, плачет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными пузырями размером с горошину и вишню. Содержимое пузырей серозно-гнойное. По периферии пузыри окружены ярко-красным венчиком. У матери ребенка гнойный мастит.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение заболеванию.
3. Эпидемиология заболевания.
4. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
5. Осложнения данного заболевания.

4. На прием к дерматологу обратился больной 18 лет с жалобами на высыпания в области живота, бедер, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение недели, когда впервые заметил высыпания в области живота, бедер, сопровождающиеся зудом. В семье все здоровы. Больной ведет беспорядочную половую жизнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер с локализацией на переднебоковых поверхностях туловища, животе, внутренней поверхности бедер, в области половых органов. Высыпания представлены множественными парными папулезно-везикулезными элементами, геморрагическими корочками, линейными эксфолиациями. На локтях гнойные и геморрагические корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Назначьте лечение.

Тема 3. Грибковые заболевания кожи. Эпидемиология.
Отрубевидный лишай. Микроспория. Трихофития. Микозы стоп.
Кандидозы у детей. Дифференциальная диагностика. Методы общей и
наружной терапии

АННОТАЦИЯ

Микозы составляют существенную и многообразную часть инфекционной патологии человека. Широкое применение антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков и иммунодепрессантов привело к значительному увеличению числа поверхностных, висцеральных и даже септических форм кандидоза и плесневых микозов. Вызывают беспокойство клиническое многообразие и трудности терапии заболеваний, возникающих в связи с активацией условно патогенных грибов. Бесспорным является отягощающее влияние дрожжеподобных грибов рода *Candida*, плесневых и других грибов в развитии патологических процессов, связанных с дисбактериозом различного происхождения. Отчетливо проявляется микотическая сенсibilизация.

ПАТОГЕНЕЗ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наиболее существенными патогенетическими факторами в развитии грибковых заболеваний являются:

1. Значение возраста. Дерматофитиями поражаются преимущественно дети дошкольного и школьного возраста. Наиболее восприимчивыми к кандидозу являются новорожденные и дети раннего детского возраста.
2. Нарушение обмена веществ и гормонального состояния организма.
3. Нарушение витаминного баланса организма, гипо- и авитаминоз.
4. Дисбактериоз.
5. Чрезмерная потливость, обусловленная нарушением функции вегетативной нервной системы, благоприятствует развитию микотических поражений крупных складок, кожи стоп.
6. Ослабление организма после острых и хронических инфекционных заболеваний, а также сопутствующие системные заболевания, раковые опухоли, нарушения кроветворения.
7. Иммунологическое состояние организма.
8. Роль травмы.

РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ

Разноцветный, или отрубевидный, лишай – малоконтагиозное хроническое заболевание людей преимущественно молодого и среднего возраста, характеризующееся поражением рогового слоя эпидермиса и весьма слабо выраженной воспалительной реакцией.

Этиология. Возбудителем является факультативно патогенный липофильный дрожжеподобный гриб *Pityrosporum orbiculare* (seu *Malassezia furfur*). Заразительность заболевания весьма незначительная.

Клиническая картина. Заболевание представлено перифолликулярно расположенными округлой формы пятнами разных размеров светло-коричневого цвета (цвета «кофе с молоком») с четкими границами. Локализация: кожа верхней части туловища (грудь, живот и спина), реже – шея, живот и конечности.

Диагноз основывается на характерной клинической картине заболевания, обнаружении очагов микоза с помощью лампы Вуда (золотисто-желтое или буроватое свечение), положительной пробе Бальцера (при смазывании 5% настойкой йода происходит интенсивное окрашивание очагов поражения), нахождении при микроскопическом исследовании чешуек кожи элементов гриба.

Дифференциальный диагноз следует проводить с пигментным сифилидом (лейкодермой), сифилитической розеолой в стадии разрешения, розовым лишаем Жибера, витилиго, себорейными очагами, эритразмой.

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

ДЕРМАТОМИКОЗЫ

Микроспория

Микроспория — грибковое заболевание из группы дерматофитий, при котором поражаются кожа и волосы, а в исключительно редких случаях и ногтевые пластинки. Выделяют антропофильные, зоофильные и геофильные микроспорумы. Возбудителем антропофильной микроспории являются микроспорум Одуэна и ржавый микроспорум (*M. ferrugineum*), зоофильной микроспории — *M. canis (lanosum)*.

В настоящее время регистрируется в основном зоофильная микроспория. Основным источником заболевания — кошки (обычно котята), реже собаки. Заражение этим грибом людей друг от друга наблюдается относительно редко (у 3-4% больных). К редким животным, болеющим микроспорией, причисляют обезьян, тигров, львов, свиней, лошадей, овец, лисиц, крыс, кроликов, мышей, хомяков, морских свинок, домашних птиц. Инфицируются при непосредственном контакте с животным или через инфицированные от него предметы окружающей среды. Определенная роль в распространении микроспории принадлежит клинически здоровым животным, которые не болея сами, являются в то же время переносчиками грибов.

Инкубационный период при зоофильной микроспории составляет 5—7 дней. Выделяют микроспорию гладкой кожи и микроспорию волосистой части головы.

Микроспория гладкой кожи. В месте внедрения гриба появляется отечное, элевирующее эритематозное пятно с четкими границами. Постепенно пятно

в диаметре и инфильтрируется. По периферии формируется непрерывный возвышающийся валик, представленный мелкими узелками, пузырьками и корочками.

Микроспория волосистой части головы. Поражение волосистой части головы встречается, преимущественно, у детей 5—12 лет. Очаги микроспории волосистой части головы располагаются, главным образом, на макушке, в теменной и височной областях.

Волосы становятся хрупкими, обламываются над уровнем окружающей кожи на 4—6 мм и выглядят как бы подстриженными (отсюда название "стригущий лишай"). Оставшиеся пеньки выглядят тусклыми, покрыты чехликом серовато-белого цвета, представляющим собой споры гриба. Кожа в очаге поражения, как правило, слегка гиперемирована, отечна и умеренно инфильтрирована, поверхность ее покрыта серовато-белыми мелкими чешуйками.

Трихофития

В патологический процесс вовлекаются кожа, волосы и ногти. Основным возбудителем трихофитии в настоящее время является антропофильный гриб *Trichophyton tonsurans*, реже встречается *Trichophyton violaceum*. При антропофильной трихофитии заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами (головные уборы, расчески, ножницы, постельные принадлежности и др.). Зоофильная трихофития встречается, главным образом, у сельских жителей. Носителями зоофильного гриба *Tr. gypseum* обычно служат грызуны (мыши, крысы). Различают **поверхностную, хроническую и инфильтративно-нагноительную трихофитию.**

Поверхностная трихофития волосистой части головы встречается в детском возрасте. Как исключение, бывает у грудных детей и у взрослых. Заболевание характеризуется вначале единичными, а позднее множественными очагами величиной 1—2 см, с неправильными очертаниями и нечеткими границами. Очаги располагаются изолированно, без тенденции к слиянию друг с другом; кожа в области очагов слегка отечна и гиперемирована, покрыта отрубевидными чешуйками серовато-белого цвета, наслоения которых могут придавать очагу белесоватый вид. Отмечается поредение волос за счет обламывания на уровне 2—3 мм от поверхности кожи.

Поверхностная трихофития гладкой кожи начинается с появления одного или нескольких отечных и поэтому слегка выступающих над уровнем окружающей кожи пятен розово-красного цвета. Поверхность их покрыта чешуйками и мелкими пузырьками, быстро подсыхающими в корочки.

Хроническая трихофития встречается у подростков и взрослых, преимущественно у женщин (80%) и отличается скудными клиническими проявлениями. Этот факт объясняется тем, что, возникнув в детском возрасте, при отсутствии терапии, в период полового созревания у лиц мужского пола происходит спонтанное излечение трихофитии, у девочек же

течение заболевания принимает затяжной хронический характер. В патогенезе хронической трихофитии имеет значение ряд факторов: дисфункция желез внутренней секреции, в том числе часто половых, вегетативной нервной системы, гиповитаминоз.

Хроническая трихофития волосистой части головы локализуется преимущественно в затылочной области и проявляется лишь незначительным отрубевидным белесоватым шелушением. Местами чешуйки располагаются на едва заметном сиреневатом фоне. Обломанные волосы в виде "черных точек" обнаруживаются с трудом. Вместе с тем, "**черные точки**" могут быть единственным клиническим признаком заболевания. Эту форму хронической трихофитии волосистой части головы именуют черноточечной.

Для **хронической трихофитии гладкой кожи** характерно поражение голеней, ягодиц, предплечий и локтей, реже лица и туловища. Очаги представлены пятнами розовато-синюшного цвета без четких границ, с шелушащейся поверхностью.

Инфильтративно-нагноительная трихофития вызывается зоофильными грибами *Trichophyton gypsum* и *Trichophyton verrucosum*. Инкубационный период при трихофитии, обусловленной *Trichophyton gypsum*, составляет — 1—2 недели, при *Trichophyton verrucosum* — до 1—2 месяцев.

В очагах, локализованных в области волосистой части головы, роста бороды и усов, усиливается гиперемия, отечность, образуются резко отграниченные полушаровидные узлы синюшно-красного цвета, бугристая поверхность которых покрыта многочисленными фолликулитами, эрозиями, а иногда и изъязвлениями. Волосы частично выпадают, расшатаны и легко удаляются. Весьма характерным признаком являются резко расширенные устья волосяных фолликулов, выполненные гноем, выделяющимся при надавливании в виде обильных капель и даже струек. Плотная вначале консистенция узлов становится со временем тестовато-мягкой. Эти очаги на волосистой части головы напоминают медовые соты (*kerion Celsii*), а в области бороды и усов — винные ягоды. На гладкой коже преобладают плоские бляшки, порой весьма обширные с изолированными перипиллярными папулами на поверхности, трансформирующимися постепенно в пустулезные элементы.

Диагностика трихомикозов основывается на характерной клинической картине, эпидемиологическом анамнезе и данных лабораторных исследований (поражение волос по типу "эндотрикс" или "эктотрикс", элементы гриба в чешуйках кожи, ногтей). Микроскопическое, а при необходимости культуральное исследование на грибы является решающим в диагностике грибковых заболеваний. Практическое значение имеет люминесцентный метод диагностики — при микроспории отмечается характерное зеленое свечение пораженных волос в лучах лампы Вуда.

Микозы стоп и кистей

Под термином "микозы стоп и кистей" понимают хронически протекающие микозы с преимущественной локализацией высыпаний в межпальцевых складках и на коже стоп, частым поражением ногтевых пластинок.

Этиология. Возбудителями микозов стоп и кистей являются дерматофиты: трихофитон красный (*Trichophyton rubrum*), трихофитон интердигитальный (*Trichophyton interdigitale*), эпидермофитон паховый (*Epidermophyton floccosum*), реже - другие дерматофиты и дрожжеподобные грибы рода *Candida*, а также плесневые грибы.

Эпидемиология. В распространении микозов стоп основная роль принадлежит общественным баням, саунам, плавательным бассейнам. Чешуйки с патогенными грибами, отпадающие у больных микозом, попадают на полы, скамьи, решетки, дорожки, ковры и подстилки. В условиях повышенной влажности грибы могут не только длительное время сохраняться, но и размножаться, особенно на неокрашенных деревянных скамьях и решетках, что делает их постоянным и интенсивным источником инфицирования. Нередка внутрисемейная передача при пользовании общей обувью, полотенцами, мочалками, недостаточной обработке ванны после мытья, а также за счет ковров и решеток в ванной комнате.

Патогенез. Проникновению дерматофита в эпидермис способствует нарушение его целостности, причинами которого могут быть микротравма, опрелость, потертость, чрезмерная сухость кожи или, наоборот, ее повышенная потливость и другие повреждающие воздействия.

Большую опасность в этом отношении представляет ношение чрезмерно теплой обуви в зимнее время и закрытой обуви в жаркое летнее время, что приводит к потливости, мацерации, опрелости и тем самым создает благоприятные условия для заражения грибом-патогеном.

Клинические проявления. Различают следующие клинические формы микоза стоп: **стертая, сквамозная, гиперкератотическая, интертригинозная, дисгидротическая, острая, поражение ногтей (онихомикоз).**

Стертая форма. Клиническая картина скудная: отмечается небольшое шелушение в межпальцевых складках (нередко только в одной), иногда с наличием мелких поверхностных трещин.

Сквамозная форма проявляется шелушением мелкими пластинчатыми чешуйками в межпальцевых складках и на подошвах.

Гиперкератотическая форма проявляется сухими плоскими папулами и слегка лихенифицированными нуммулярными бляшками синюшно-красноватого цвета.

Сквамозно-гиперкератотическая форма – сочетание сквамозной и гиперкератотической форм.

Интертригинозная форма микоза стоп клинически сходна с банальной опрелостью (этим объясняется ее название: *intertrigo* в переводе с латинского означает «опрелость»). Поражаются межпальцевые складки, чаще между III и IV, IV и V пальцами. Возможно поражение всех межпальцевых складок. Кожа складок становится насыщенно красной и отечной, присоединяется мокнутие и мацерация, а нередко эрозии и трещины довольно глубокие и болезненные. Субъективно отмечаются зуд, жжение, болезненность.

Дисгидротическая форма проявляется многочисленными пузырьками с толстой покрывкой. Преимущественная локализация — своды стоп. Высыпания могут захватывать обширные участки подошв, а также межпальцевые складки и кожу пальцев; сливаясь, они образуют крупные многокамерные пузыри; при их вскрытии возникают влажные эрозии розово-красного цвета.

КАНДИДОЗ

Грибковое заболевание кожи, слизистых оболочек и внутренних органов.

Возбудители: *Candida albicans*, реже другие виды - *Candida tropicalis*, *Candida pseudotropicalis* и др. В роду *Candida* описано более 100 видов грибов.

Эпидемиология. Грибы этого рода относят к условно-патогенным микроорганизмам; в качестве сапрофитов они широко распространены в природе, обнаруживаются на коже, слизистых оболочках и в кале почти у пятой части здоровых людей. Грибы этого рода ассоциируют с нормальной микрофлорой кожи (до 20%) и кишечника (до 0,05%) у человека. Источником инфицирования может быть больной кандидозом человек (поцелуй, половой контакт, посуда, инфицирование новорожденных при прохождении в инфицированных родовых путях). Инфицированию способствуют влажный климат, мацерация эпидермиса, ручная обработка овощей, фруктов, ягод в консервном и кондитерском производстве, нарушения правил гигиены в яслях.

К **патогенетическим факторам** относят иммунодефицитное состояние, эндокринопатии, гиповитаминозы, обменные нарушения, хронические болезни, применение антибиотиков широкого спектра действия, цитостатиков, лучевое воздействие и действие других средств, снижающих естественную резистентность организма. Также имеет значение патогенность и вирулентность штамма дрожжеподобного гриба.

Клиника. Выделяют поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтей; хронический генерализованный гранулематозный и висцеральный кандидоз.

Интертригинозный кандидоз. Наиболее часто поражаются крупные складки кожи (под молочными железами, паховые, межъягодичная). Границы очага поражения четкие, с бордюром белесоватого мацерированного эпидермиса, с мокнущей, лакированной, малиново-синюшного цвета поверхностью. По периферии очага отсевы в виде везикул, пустул, эрозий. На кистях чаще поражается третья межпальцевая складка, которая становится красного цвета; роговой слой вокруг нее набухший. Течение заболевания хроническое с рецидивами, больных беспокоят зуд и жжение. Аналогичные поражения могут быть за ушными раковинами, вокруг

пупка, ануса.

Кандидоз гладкой кожи. Может протекать в виде эритематозных, везикулезных, псориазiformных высыпаний. Отличается от интертригинозного кандидоза менее выраженными экссудативными явлениями, отсутствием мокнутия.

Дрожжевой стоматит (“молочница”). На слизистой оболочке щек, неба, на языке и деснах возникают точечные налеты, пленки белого цвета, напоминающие свернувшееся молоко. При их снятии видна розовая, иногда эрозированная, кровоточащая поверхность.

Кандидозный глоссит. На языке белые пленчатые налеты, язык увеличивается за счет отека, нитевидные сосочки сглажены. Развитию кандидоза у пожилых способствует ношение зубного протеза.

Кандидозная ангина. На миндалинах, помимо налетов, образуются пробки. В отличие от классической ангины глотание безболезненно, температура тела не повышается, регионарные узлы не увеличены.

Кандидозный хейлит. Красная кайма губ гиперемирована, покрыта сероватыми отслаивающимися чешуйками. В углах рта нередко возникают трещины, окруженные бордюром отслаивающегося эпидермиса (**кандидозная заеда**).

Кандидозный вульвовагинит. Слизистая влагалища гиперемирована, покрыта белым налетом, эрозирована. Больных беспокоит зуд и жжение.

Кандидозный баланопостит. На внутреннем листке крайней плоти и головке полового члена образуются налеты белого цвета, сочетающиеся с поверхностными эрозиями; субъективно больных беспокоит жжение, болезненность.

Кандидозная паронихия сопровождается отеком и гиперемией околоногтевого валика, исчезновением эпонихиума, при надавливании из-под него выделяется капелька гноя. При переходе в хроническую стадию поражается ногтевая пластинка (**кандидозная онихия**), которая становится коричневой, бугристой, затем истончается, иногда отслаивается.

Хронический генерализованный гранулематозный кандидоз. Обычно развивается у лиц с иммунодефицитным состоянием и эндокринопатиями. Начинается, как правило, в раннем возрасте с кандидоза слизистой оболочки полости рта, глоссита, макрохейлии. Затем развиваются онихии и паронихии, поражается гладкая кожа туловища, конечностей, волосистой части головы в виде псевдофурункулеза и декальвирующего фолликулита. Очаги на коже гиперемированы, инфильтрированы, с наличием пластинчатого шелушения, папул и бугорков. Они разрешаются рубцеванием и очаговым облысением на волосистой части головы. У таких больных часто наблюдаются пневмонии, гастриты, гепатиты.

За счет нерациональной раздражающей терапии больных кандидозом могут возникнуть аллергические высыпания - **левуриды** в виде эритематозно-сквамозных, везикулезных и других сыпей, сопровождающихся нередко общими явлениями (головная боль, недомогание и др.).

Диагноз ставят на основании клинических проявлений, подтверждают нахождением элементов гриба в исследуемом материале и выделением его в культуре. В соскобе кожи и слизистых при микроскопии обнаруживаются округлые (диаметром 2—8 мкм) почкующиеся и непочкующиеся клетки и нити псевдомицелия.

Дифференциальный диагноз кандидозного стоматита, глоссита, ангины необходимо проводить с афтозным, язвенным стоматитом, дифтерией зева, вторичным сифилисом. Высыпания на коже дифференцируют с красным плоским лишаем, другими микозами.

Лечение микозов

Заболевание	Методика лечения	
	Общее	Наружное
РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ	При распространенных формах возможно назначение системных антимикотиков.	По методу М.П. Демьяновича, 3-5% салициловый, резорциновый спирт, 20% эмульсия бензилбензоата и другие противогрибковые препараты (микосептин, клотримазол; ламизил крем, спрей)

МИКРОСПОРИЯ	При поражении в/ч головы, ногтей, пушковых волос, наличии множественных очагов на коже обязательно назначение системных антимикотиков. 1. Гризеофульвин (суточная доза 21— 22 мг. на 1 кг. массы тела в 3 приема) в течение 6 - 8 недель. Или: 2. Ламизил (в зависимости от массы тела 125–250 мг. в сутки в течение 4–6 недель до клинического и микологического излечения) 3. Общеукрепляющие средства. Витамины.	Бритье в/ч головы 1 раз в неделю; смазывание на ночь 10% серно–дегтярной (серно-салициловой) мазью; утром - мытье головы, смазывание 2-5% настойкой йода. На гладкую кожу антимикотические мази: клотримазол, эконакс, экзодерил, микозолон, ламизил крем и спрей (2 раза в день до исчезновения высыпаний - 10-14 дней)
ТРИХОФИТИЯ	1. Гризеофульвин (суточная доза 16 мг. на 1 кг. массы тела в 3 приема). Или: 2. Ламизил. 3. Общеукрепляющие средства. Витамины. 4. При хронической форме патогенетическое лечение.	При поверхностной и хронической трихофитии наружное лечение аналогично таковому при микроспории. При инфильтративно-нагноительной трихофитии – влажно-высыхающие повязки из 10% раствора ихтиола, 0,25-0,5% раствора нитрата серебра.
МИКОЗЫ СТОП, ОСТРОПРОТЕКАЮЩИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ДЕРМАТОФИТИДАМИ	Гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты, седативные средства, иммуномодуляторы, биогенные стимуляторы, поливитамины. При распространенных формах микоза с Поражением ногтей – системные антимикотики.	При наличии островоспалительных явлений вскрытие пузырей с соблюдением правил асептики, холодные примочки из 1-2% раствора резорцина; 0,1% раствора риванола; Жидкость Кастеллани; 1-2% спиртовые растворы анилиновых красителей. В дальнейшем противогрибковые пасты и мази.
МИКОЗЫ СТОП, НОСЯЩИЕ ЛОКАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР, НЕ ОСТРЫЕ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ДЕРМАТОФИТИДАМИ	Общеукрепляющие средства. Витамины.	Противогрибковые мази.
КАНДИДОЗЫ	Лечение основного или фонового заболевания, иммунокорректирующая терапия. Антимикотики (по показаниям): Дифлюкан. Капсулы для приема внутрь. Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь. Раствор для внутривенного введения. В зависимости от нозологической формы по 50-100-150 мг. в сутки. Нистатин, леворин (6-8 млн. ЕД. в сутки). В течение 2-3 недель. Декамин по 1-2 драже под язык каждые 2-3 часа до исчезновения клинических явлений.	Мази: декаминовая, нистатиновая, левориновая. Анилиновые красители, краска Кастеллани, 5-20% раствор буры в глицерине.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Объясните происхождение названий болезни «отрубевидный лишай», «разноцветный лишай».

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 2

Перечислите диагностические критерии отрубевидного лишая:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 3

В распространении микозов стоп основная роль принадлежит:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 4

Различают следующие клинические формы микоза стоп:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 5

Больному ребёнку 5 лет диагностирована микроспория волосистой части головы и гладкой кожи.

1. Укажите основной источник заражения зоофильной микроспорией?

Ответ: _____

2. Сколько дней составляет инкубационный период при зоофильной микроспории?

Ответ: _____

3. Опишите локальный статус у данного больного.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 6

Перечислите патогенетические факторы развития кандидоза кожи:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 7

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать кандидозный стоматит?

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 8

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. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) микроспория
- 2) поверхностная трихофития
- 3) розовый лишай
- 4) разноцветный лишай
- 5) микоз стоп

3. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

- 1) (+) симптом Дюбуа
- 2) (+) симптом Авситидийского

- 3) (+) симптом «скошенного луга»
- 4) (+) симптом зонда
- 5) (+) симптома Пospелова

4. ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) кожа туловища
- 2) ладони
- 3) подошвы
- 4) слизистые
- 5) ногти

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) гистологическую биопсию
- 2) пробу Ядассона
- 3) кожные пробы
- 4) РИФ
- 5) пробу Бальзера

6. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) 5% йодную настойку
- 2) 5% салициловый спирт
- 3) тетрациклиновая мазь
- 4) настойку календулы
- 5) эритромициновая мазь

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ

- 1) ладони
- 2) волосистая часть головы
- 3) половые органы
- 4) кожа туловища, плечевой пояс
- 5) подошвы

8. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЯТЕН ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ

- 1) стопы
- 2) ладони
- 3) плечевой пояс
- 4) крупные складки кожи
- 5) слизистые оболочки

9. ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) жжение
- 2) отрубевидное шелушение
- 3) крупнопластинчатое шелушение
- 4) интенсивный зуд
- 5) локализация на ладонях и стопах

10. 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

11. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) дезинфекция обуви и чулок

- 2) виroleкс
- 3) антигистаминные препараты
- 4) преднизолон
- 5) фтивазид

12. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ

- 1) сахарный диабет
- 2) солнечный загар
- 3) растительная диета
- 4) васкулит кожи
- 5) гипертоническая болезнь

13. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА КОЖИ

- 1) бугорки
- 2) влажные эрозии
- 3) рубцы
- 4) «серозные колодцы»
- 5) инфильтрация кожи

14. УКАЖИТЕ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КАНДИДОЗА

- 1) эритематозно-сквамозные высыпания в межпальцевых и межягодичных складках
- 2) паронихии и онихии
- 3) беловатые крошковидные высыпания
- 4) периодический зуд и жжение в области высыпаний
- 5) наличие периферического валика с фестончатыми очертаниями

15. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КАНДИДОЗА КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нечеткие границы очагов, наличие эрозий
- 2) бугорки
- 3) рубчики
- 4) пластинчатое шелушение
- 5) четкие границы очагов поражения

16. ДЛЯ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) пенициллин
- 2) ламизил
- 3) фтивазид
- 4) вильпрафен
- 5) оксолиновая мазь

17. ФУНГИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ

- 1) трихопол
- 2) микосептин
- 3) целестодерм
- 4) адвантан
- 5) элоком

18. СПРЕЙ ЛАМИЗИЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) при болях в горле
- 2) при заложенном носе
- 3) при грибковых поражениях кожи
- 4) как освежитель полости рта
- 5) в качестве интим-геля

19. ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРИХОФИТИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) мелкими множественными очагами с неизменными волосами
- 2) белой муфтой у основания волос
- 3) зеленым свечением под лампой Вуда
- 4) крупными и мелкими очагами с черными точками
- 5) поредением волос в лобной, височной областях

20. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВОЛОС ПРИ МИКРОСПОРИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) обламывание волос в очаге поражения на высоте 6-8 мм
- 2) обламывание волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм
- 3) отсутствие муфты вокруг волоса
- 4) локализация преимущественно в краевой зоне
- 5) фиолетовое свечение волос в лучах лампы Вуда

21. КЛИНИЧЕСКИМИ РАЗНОВИДНОСТЯМИ МИКОЗА СТОП ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дисгидротическая
- 2) интертригинозная
- 3) сквамозно-гиперкератотическая
- 4) папулезная
- 5) дисгидротическая, интертригинозная, сквамозно-гиперкератотическая

22. ВОЛОСЫ ОБЛАМЫВАЮТСЯ НА ВЫСОТЕ 5-8 ММ ОТ УРОВНЯ КОЖИ

- 1) при поверхностной трихофитии
- 2) при микроспории
- 3) при фавусе
- 4) при инфильтративно-нагноительной трихофитии
- 5) при алопеции

23. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА

- 1) поверхностный
- 2) хронический генерализованный
- 3) висцеральный
- 4) поверхностный, хронический генерализованный, висцеральный
- 5) поверхностный, висцеральный

24. ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА ОСНОВАНА НА

- 1) клинической картине
- 2) микроскопическом исследовании
- 3) культуральном исследовании
- 4) клинической картине, микроскопическом и культуральном исследовании
- 5) данных анамнеза

ЗАДАНИЕ № 9

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к дерматовенерологу обратился больной 17 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.

2. На прием к дерматологу обратился больной 30 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 приеме 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.

3. На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 10 лет с жалобами на появление очагов облысения на голове.

ИЗ АНАМНЕЗА. Мать заметила появление очагов облысения на голове у ребенка 5 дней назад.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На волосистой части головы в затылочной и теменной областях определяются 3 округлых очага облысения с четкими границами от 2 до 4 см в диаметре. На коже в очагах поражения эритема, пластинчатые чешуйки, волосы обломаны на высоте 4-6 мм от уровня кожи.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Какие особенности эпидемиологического анамнеза необходимо выяснить у больного?

4. На прием к дерматологу обратился подросток 16 лет с жалобами на наличие пятен на коже шеи, груди.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение года. Заметил на коже груди небольшие коричневые пятна. Сначала пятна были единичными и не беспокоили. Со временем пятен стало больше, они увеличились в размере. После загара на их месте остались белые пятна. Обратился к врачу по месту жительства. Было назначено протирание салициловым спиртом. После лечения наступило улучшение, но весной пятна появились вновь. Из сопутствующих заболеваний отмечает вегетоневроз, повышенную потливость.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, располагается на коже верхней половины туловища и шее. Высыпания представлены желтовато-коричневыми пятнами различных размеров и очертаний с тенденцией к слиянию, покрыты отрубевидными чешуйками. На шее единичные депигментированные пятна, сливающиеся между собой.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования можно провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз данного дерматоза.
4. Составьте план лечения больного.
5. Выпишите рецепты.

5. На прием к дерматологу обратилась мама с ребенком 5 лет. Жалобы на высыпания на коже лица, очаг облысения на голове.

ИЗ АНАМНЕЗА. Несколько дней назад родители заметили у ребенка появление пятен на коже лица, а затем очаг облысения на волосистой части головы. Незадолго до возникновения заболевания ребенок принес с улицы котенка.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже лица 3 очага поражения округлой формы, в центре очаги покрыты сероватыми чешуйками, по периферии валик из слившихся пузырьков, корочек, папул. На волосистой части головы в затылочной области очаг облысения округлой формы до 5 см в диаметре, покрыт серыми чешуйками. Волосы в очаге обломаны на уровне 4-6 мм и имеют беловатый чехлик у основания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз данного дерматоза.
4. Составьте план лечения.
5. Выпишите рецепты.

Тема 4. Аллергодерматозы у детей. Дерматиты. Токсикодермии. Экзема. Крапивница. Детская почесуха. Атопический дерматит. Клиника. Лечение. Диспансеризация. Профилактика

АННОТАЦИЯ ДЕРМАТИТЫ

Дерматит (dermatitis) – воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.

Этиология

Причинами дерматитов являются:

1. Механические факторы – трение, давление.
2. Физические факторы – высокие и низкие температуры, инфракрасные, ультрафиолетовые, рентгеновские лучи, ионизирующая радиация, электрический ток, лазерное излучение.
3. Химические факторы – кислоты, щелочи, соли, сложные органические соединения, синтетические смолы, полимеры, синтетические моющие средства и др.
4. Биологические факторы – растения, выделения гусениц, насекомых, рыб, медуз и др.

Простой контактный дерматит

Простой контактный дерматит возникает в результате воздействия физических, химических, механических факторов, не обладающих аллергенными свойствами. Характеризуется следующими признаками:

- воспалительные изменения кожи возникают сразу после действия повреждающего фактора;
- площадь простого дерматита равна площади воздействия фактора;
- границы поражения чёткие;
- клиника зависит от интенсивности и времени воздействия фактора: эритема, отёк, пузырь, некроз кожи;
- жалобы на боль и жжение.

Принципы терапии 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).

Контактный аллергический дерматит

Контактный аллергический дерматит (КАД) возникает в результате повторного контакта с веществами – сенсибилизаторами (аллергенами) вследствие аллергической реакции IV типа.

Этиология

В развитии КАД имеют значение бытовые аллергены (синтетические ткани, одежда и обувь из кожи, пуговицы, кнопки, бретельки, изделия из пластмасс, украшения), синтетические средства (стиральные порошки, моющие и чистящие средства), парфюмерия и косметические средства (духи, одеколон, шампуни, лосьоны, тушь для ресниц, лак для ногтей, губная помада, театральный грим), лекарственные препараты (антибиотики, новокаин, сульфаниламиды, транквилизаторы, настойка йода, скипидар, формалин и др.), производственные аллергены (синтетические смолы, красители, соли хрома, никеля, кобальта).

Клиническая картина

КАД чаще всего возникает на открытых участках кожи и проявляется мелкими сгруппированными пузырьками и узелками, возникающими на фоне эритемы и отёка. Эти проявления нечетко очерчены, сопровождаются жжением и зудом. Многочисленные мелкие

пузырьки вскрываются, образуя мелкие эрозии, которые стойко отделяют капельки серозного экссудата.

Для **диагностики** аллергического дерматита важно установить причину его возникновения и исключить контакт с аллергеном.

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 с препаратами, усиливающими их противовоспалительное действие (2% раствор танина, 0,25% раствор нитрата серебра, и др.).

ТОКСИКОДЕРМИИ

Токсикодермии – воспалительные заболевания, возникающие в результате проникновения в кожу токсических или аллергических агентов, попадающих в организм энтерально, парентерально, ингаляционно, ректально, вагинально, интраназально, конъюнктивально, путём всасывания с поверхности кожи.

По патогенезу различают аллергические, токсические и алерго-токсические токсикодермии.

В зависимости от причины возникновения токсикодермий их подразделяют на:

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

Наиболее частыми причинами 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.

Токсикодермии, как правило, носят распространённый характер, могут быть генерализованными и локализованными.

Клинически токсикодермии могут проявляться пятнистыми, волдырными, пузырьными, узелковыми, пузырьковыми, гнойничковыми, узловатыми высыпаниями.

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

Пятнистые токсикодермии проявляются преимущественно гиперемическими 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 иммунокомплексным поражением стенок сосудов и являются признаком неблагоприятного течения токсикодермий.

Пигментными пятнами часто проявляются токсикодермиями, вызванные сульфаниламидами, препаратами золота, серебра, ртути, висмута, антибиотиками тетрациклинового ряда, гормональными противозачаточными средствами.

Волдырные (уртикарные) сыпи провоцируются различными лекарственными препаратами (особенно антибиотиками пенициллинового ряда), многими продуктами питания, а также могут быть следствием аутоксической 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.

Диагностика токсикодермий 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 лейкоцитолитиза, торможения миграции лейкоцитов, моноцитарный тест, тесты дегрануляции базофилов и бласттрансформации лимфоцитов и др.

Дифференциальная диагностика токсикодермий основана на определении сыпных 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 монотипного 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). Необходимо 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 протяжения токсикодермии пузырями необходимо проведение дифференциального диагноза с пузырьными дерматозами, прежде всего с пузырьчаткой и буллезным пемфигоидом. Наиболее затруднителен дифференциальный диагноз везикулезных высыпаний токсикодермии с распространенной экземой, экссудативным вариантом атопического дерматита, пиоаллергиями и миксидами. У больных с атопическим статусом токсикодермия чаще проявляется пятнисто-везикулезной сыпью.

Лечение

Системная терапия

Антигистаминные препараты:

1. цетиризина гидрохлорид: детям в возрасте старше 6 лет - 5 мг 2 раза в сутки перорально;

взрослым - 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7-10 дней

2. Лоратадин: детям в возрасте от 3 до 12 лет и/или с массой тела менее 30 кг - 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7-10 дней; взрослым и детям в возрасте старше 12 лет и/или с массой тела более 30 кг - 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7-10 дней

3. Хлоропирамин: детям в возрасте от 1 года до 6 лет - 8,3 мг 2-3 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней, детям в возрасте от 6 до 14 лет - 12,5 мг 2-3 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней, взрослым – 25 мг 3-4 раза в сутки перорально в течение 7-10 дней

4. Клемастин: детям в возрасте старше 7 лет - 0,5-1 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 – 10 дней, взрослым - 1 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 –10 дней.

В качестве *детоксикационной терапии* показано внутривенное введение 30% раствора тиосульфата натрия по 10 мл.

При тяжелых формах заболевания назначают глюкокортикостероидные препараты перорально и/или парентерально. Дозы зависят от тяжести клинических проявлений, но составляют не менее 30–35 мг в сутки в пересчете на преднизолон.

Наружная терапия

Применяется в случае буллезной токсидермии – туширование эрозий анилиновыми красителями.

ТОКСИЧЕСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ НЕКРОЛИЗ

Токсический эпидермальный некролиз – ТЭН (синдром Лайелла) описан английским врачом А. Lyell в 1956 году. Представляет собой остро развивающийся и крайне тяжело протекающий дерматоз, характеризующийся некрозом эпидермиса с его последующим отслоением на протяжении всего кожного покрова.

Этиология

Выделяют 4 этиологических варианта возникновения ТЭН:

1. инфекционный
2. лекарственный
3. смешанный
4. идиопатический

Диагностика

Начало заболевания внезапное, острое, сопровождается появлением на коже туловища и конечностей быстро-распространяющейся и сливающейся эритемы на фоне которой появляются пузыри, волдыри, очаги геморрагий. Происходит отслойка эпидермиса, формирование гигантских эрозий (некроз кератиноцитов в эпидермисе). Кожа напоминает «обваренную или ошпаренную кипятком». Симптом Никольского резко-положительный. Общее состояние больного тяжёлое, отмечается нарастание температуры тела, резкая болезненность кожи, в анализах периферической крови отмечается отсутствие эозинофилов.

Лечение

Успех лечения и прогноз жизни больного во многом зависят от сроков начала адекватной терапии.

Больной с синдромом Лайелла должен получать лечение в условиях реанимационного отделения или ожогового центра.

При диагностике синдрома Лайелла необходимо проведение неотложных мероприятий: внутривенное капельное введение 200-300 мг преднизолона, детоксицирующего раствора (изотонический раствор хлорида натрия, 5%-раствора глюкозы). Больному проводится коррекция нарушений водно-солевого, белкового, кислотно-щелочного баланса организма. Для профилактики септических осложнений назначают антибиотики новейших поколений. При необходимости вводят анальгетики. Наружный уход за кожей осуществляют как при ожоговой болезни с применением современных технологий.

ЭКЗЕМА

Экзема – это хроническое полиэтиологическое, часто рецидивирующее заболевание, в основе патогенеза которого лежат иммунопатологические реакции и нейроэндокринные нарушения,

основным морфологическим проявлением которого является спонгиоз.

Клиническая классификация экземы

1. Контактная (профессиональная)
2. Себорейная
3. Микробная
4. Истинная
5. Экзема у детей

Экзема у детей бывает микробная, себорейная, истинная, а также выделяют герпетиформную экзему Капоши.

Особенности патогенеза экземы у детей

Генетическая предрасположенность, иммунная недостаточность, нарушение функционального состояния нервной системы и различных видов обмена у ребёнка.

Провоцирующие факторы, выявляемые у детей:

Раннее отнятие от груди, раннее искусственное вскармливание, ранний прикорм, введение в прикорм цельного коровьего молока, мясных и рыбных бульонов, глистная инвазия, очаги фокальной инфекции.

Провоцирующие факторы, выявляемые у родителей:

Аллергические заболевания (экзема, крапивница, бронхиальная астма, аллергический ринит), нарушение питания во время беременности, в период грудного вскармливания, отягощённое течение беременности (токсикоз), глистная инвазия, очаги фокальной хронической инфекции у матери.

Заболевание экземой обычно развивается у детей в возрасте до 3-х лет, нередко в результате наследования изменённой иммунологической реактивности (дифференцировать с атопическим дерматитом). Часто отмечаются очаги фокальной инфекции, бронхиальная астма, сенная лихорадка, ОРВИ, конъюнктивиты, желудочно-кишечные расстройства, дисфункция печени и поджелудочной железы. Дети обычно перекормлены, пастозны, плохо спят, возбуждены. У детей отмечаются проявления аллергии: алиментарной (к казеину женского или коровьего молока), инфекционной (обусловлена очагами хронической инфекции), лекарственной (к лекарственным препаратам или химическим веществам).

Клиническая картина

Высыпания появляются на коже лица, волосистой части головы и постепенно распространяются на другие участки туловища, характеризуются признаками истинной, микробной и себорейной экземы.

Герпетиформная экзема Капоши – осложнение экземы или атопического дерматита у детей при контакте их с больными герпесом или получившими недавно вакцинацию против оспы. Это острое заболевание с температурой 39–40°C, тяжёлым 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.

КРАПИВНИЦА

(Urtica, лат.- крапива) – понятие, охватывающее группу заболеваний, основным симптомом которых является уртикарный элемент на коже.

Для всех видов крапивницы характерен общий патогенетический механизм – повышение проницаемости сосудов микроциркуляторного русла и острое развитие отека в области, окружающей эти сосуды. Клиническая картина крапивницы характеризуется возникновением высыпаний на коже в виде волдырей и эритемы, сопровождающихся зудом. Часто крапивница сочетается с ангионевротическим отеком Квинке.

По характеру течения крапивница бывает острая (продолжается не более 6 недель) и

хроническая (уртикарные элементы многократно повторяются в течение длительного времени – более 6 недель).

Концепция терапии крапивницы

1. установление причинных факторов
2. элиминация причинных факторов
3. купирование обострения (интенсивная парентеральная терапия – ГКС, антигистаминные препараты, плазмаферез)
4. базисная терапия (антигистаминные препараты 1 и 2 поколений, системные ГКС при необходимости, седативные препараты, сорбенты)
5. лечение основного заболевания
6. коррекция сопутствующих заболеваний
7. профилактика

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Атопический дерматит (АтД) – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения.

Этиология

В патогенезе АтД важную роль играет наследственная детерминированность, приводящая к нарушению состояния кожного барьера, дефектам иммунной системы (стимуляция Th2-клеток с последующей гиперпродукцией IgE), гиперчувствительности к аллергенам и неспецифическим раздражителям, колонизации патогенными микроорганизмами (*Staphylococcus aureus*, *Malassezia furfur*), а также дисбалансу вегетативной нервной системы с повышением продукции медиаторов воспаления.

Атопический дерматит – одно из наиболее распространенных заболеваний (от 20% до 40% в структуре кожных заболеваний), встречающееся во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах.

Атопический дерматит развивается у 80% детей, оба родителя которых страдают этим заболеванием, и более чем у 50% детей – когда болен только один родитель, при этом риск развития заболевания увеличивается в полтора раза, если больна мать.

Раннее формирование атопического дерматита (в возрасте от 2 до 6 месяцев) отмечается у 45% больных, в течение первого года жизни – у 60% больных. К 7 годам у 65% детей, а к 16 годам у 74% детей с атопическим дерматитом наблюдается спонтанная ремиссия заболевания. У 20–43% детей с атопическим дерматитом в последующем развивается бронхиальная астма и вдвое чаще – аллергический ринит.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Общепринятой классификации не существует.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Возрастные периоды

Возрастные особенности локализации и морфологии кожных элементов отличают атопический дерматит от других экзематозных и лихеноидных заболеваний кожи. Основные различия клинических проявлений по возрастным периодам заключаются в локализации очагов поражения и соотношении экссудативных и лихеноидных компонентов.

Зуд является постоянным симптомом заболевания во всех возрастных периодах.

Младенческий период АтД обычно начинается с 2–3 месяцев жизни ребёнка. В этот период преобладает экссудативная форма заболевания, при которой воспаление носит острый или подострый характер. Клиническая картина представлена эритематозными пятнами, папулами и везикулами на щеках, лбу и/или волосистой части головы, сопровождающимися интенсивным зудом, отёчностью, мокнутием. Дермографизм обычно красный. Начальные проявления заболевания локализуются также на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей. К концу этого периода очаги сохраняются преимущественно в складках крупных суставов (коленных и локтевых), а также в области запястий и шеи.

Течение заболевания в значительной степени связано с алиментарными факторами. Младенческий период АтД обычно заканчивается ко второму году жизни ребенка выздоровлением (у 50% больных) или переходит в следующий период (детский).

Детский период АтД характеризуется высыпаниями, которые носят менее экссудативный характер, чем в младенческом периоде, и представлены воспалительными милиарными и/или лентикулярными папулами, папуло-везикулами и эритематозно-сквамозными элементами, локализующимися на коже верхних и нижних конечностей, в области запястий, предплечий, локтевых и подколенных сгибов, голеностопных суставов и стоп. Дермографизм становится смешанным или белым. Появляются пигментация век, дисхромии, нередко ангулярный хейлит. Состояние кожи меньше зависит от алиментарных факторов. Появляется сезонность течения заболевания с обострениями весной и осенью.

Подростковый и взрослый период АтД характеризуется высыпаниями преимущественно на сгибательной поверхности конечностей (в локтевых и подколенных складках, сгибательных поверхностях голеностопных и лучезапястных суставов), на задней поверхности шеи, в заушных областях. Высыпания представлены эритемой, папулами, шелушением, инфильтрацией, лихенификацией, множественными эскориациями и трещинами. В местах разрешения высыпаний в очагах поражения остаются участки гипо- или гиперпигментации. Со временем у большинства пациентов кожа очищается от высыпаний, поражёнными остаются лишь подколенные и локтевые сгибы.

У большинства больных к 30 годам наблюдается неполная ремиссия заболевания (сохраняются сухость кожи, ее повышенная чувствительность к раздражителям, возможны умеренные сезонные обострения).

Стадия обострения или выраженных клинических проявлений характеризуется наличием эритемы, папул, микровезикул, мокнутия, множественных эскориаций, корок, шелушения; зуда разной степени интенсивности.

Стадии ремиссии:

–при неполной ремиссии отмечается значительное уменьшение симптомов заболевания с сохранением инфильтрации, лихенификации, сухости и шелушения кожи, гипер- или гипопигментации в очагах поражения;

–полная ремиссия характеризуется отсутствием всех клинических симптомов заболевания.

–Клинические формы

–*Экссудативная форма* наблюдается преимущественно у детей грудного возраста, характеризуется симметричными эритематозными, папуло-везикулезными высыпаниями на коже лица и волосистой части головы, отмечается экссудация с образованием чешуйко-корок. В дальнейшем высыпания распространяются на кожу наружной поверхности голеней, предплечий, туловища и ягодиц, а также могут появляться в естественных складках кожи. Дермографизм красный или смешанный. Субъективно отмечается зуд кожных покровов различной интенсивности.

–*Эритематозно-сквамозная форма* чаще наблюдается у детей в возрасте от 1,5 до 3 лет, характеризуется наличием зудящих узелков, эрозий и эскориаций, а также незначительной эритемой и инфильтрацией в области высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, реже – на коже лица. Дермографизм розовый или смешанный.

–*Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией* наблюдается у детей в возрасте от 3 лет и взрослых лиц, характеризуется эритематозно-сквамозными и папулезными очагами. Кожа сухая, лихенифицированная, с большим количеством эскориаций и мелкопластинчатых чешуек. Высыпания локализуются преимущественно на сгибательной поверхности конечностей, тыльной поверхности кистей, передней и боковой поверхностях шеи. Наблюдается гиперпигментация кожи периорбитальной области, появление складки под нижним веком (линии Дени-Моргана). Отмечается повышенная сухость кожи. Дермографизм белый стойкий или смешанный. Зуд выраженный, постоянный, реже - приступообразный.

–*Лихеноидная форма* наблюдается чаще всего у подростков и характеризуется сухостью, выраженным рисунком, отеком и инфильтрацией кожных покровов. Имеются крупные сливающиеся очаги лихенизации кожи. Зуд упорный, стойкий.

–*Пруригинозная форма* наблюдается относительно редко, чаще у взрослых лиц и характеризуется высыпаниями в виде множественных изолированных плотных отеков

папул, на вершине которых могут появляться мелкие пузырьки. Очаги поражения могут иметь распространенный характер с преимущественной локализацией на коже конечностей. Дермографизм выраженный белый стойкий.

–Наиболее тяжелым проявлением АтД является *эритродермия*, которая характеризуется универсальным поражением кожных покровов в виде эритемы, инфильтрации, лихенификации, шелушения и сопровождается симптомами интоксикации и нарушением терморегуляции (гипертермия, озноб, лимфоаденопатия).

–Осложненные формы АтД

–Течение АтД часто осложняется присоединением вторичной инфекции (бактериальной, микотической или вирусной). Эта особенность отражает нарушение противоинфекционной защиты, свойственное больным АтД.

–Наиболее частое инфекционное осложнение АтД – присоединение вторичной бактериальной инфекции. Оно протекает в виде *стрепто- и/или стафилодермии* с характерными кожными проявлениями на фоне обострения АтД. Пиококковые осложнения проявляются в виде различных форм пиодермии: остиофолликулитов, фолликулитов, вульгарного, реже стрептококкового импетиго, иногда – фурункулов.

–Разнообразная *микотическая инфекция* (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов) также часто осложняет течение АтД, приводит к более продолжительному течению обострений, отсутствию улучшения или ухудшению состояния. Течение заболевания приобретает персистирующий характер. Наличие микотической инфекции может изменить клиническую картину АтД: появляются очаги с четкими фестончатыми несколько приподнятыми краями, часто рецидивируют заеды, хейлит, отмечаются поражения заушных, паховых складок, ногтевого ложа, гениталий.

Главные диагностические критерии:

- кожный зуд;
- поражение кожи: у детей первых лет жизни – высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей;
- хроническое рецидивирующее течение;
- наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников;
- начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет).

Дополнительные диагностические критерии:

- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов (аллергены, irritants (раздражающие вещества), пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.);
- повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
- эозинофилия периферической крови;
- гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв;
- фолликулярный гиперкератоз («роговые» папулы на боковых поверхностях плеч, предплечий, локтей);
- зуд при повышенном потоотделении;
- сухость кожи (ксероз);
- белый дермографизм;
- склонность к кожным инфекциям;
- локализация кожного процесса на кистях и стопах;
- экзема сосков;
- рецидивирующие конъюнктивиты;
- гиперпигментация кожи периорбитальной области;
- складки на передней поверхности шеи;
- симптом Dennie–Morgan (дополнительная складка нижнего века);
- хейлит.
- Для постановки диагноза АтД необходимо сочетание трёх главных и не менее трёх дополнительных критериев.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

– Атопический дерматит дифференцируют со следующими заболеваниями:

– себорейный дерматит, аллергический контактный дерматит, пеленочный дерматит, псориаз обыкновенный, ихтиоз обыкновенный, микробная экзема, дерматофитии, грибовидный микоз (ранние стадии), ограниченный нейродермит (лишай Видаля), актинический ретикулоид, фенилкетонурия, энтеропатический акродерматит, синдром Вискотта-Олдрича.

ЛЕЧЕНИЕ

Общие направления в терапии больных атопическим дерматитом.

1. Диетотерапия
2. Контроль за окружающей среды
3. Фармакологические препараты системного действия
4. Наружная терапия

Фармакологические препараты системного действия.

1. Антигистаминные препараты (тавегил, зиртек, телфаст и др.)
2. Мембраностабилизирующие препараты (кетотифен, налкрон)
3. Препараты, улучшающие или восстанавливающие функции органов пищеварения (назначают в острый и подострый /неполной ремиссии/ периоды)- фестал, панкреатин, мезим-форте и др.
4. Витаминотерапия (В15, В6)
5. Иммуномодулирующая терапия (в тех случаях, когда АД протекает в сочетании с клиническими признаками иммунологической недостаточности)
6. Препараты, регулирующие функциональное состояние нервной системы
7. Системная антибактериальная терапия (если АД осложнен пиодермией)
8. Кортикостероиды системного применения (при наличии обширных эрозированных поверхностей кожи)

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Какие заболевания кожи относятся к аллергическим дерматозам?

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 2

Перечислите наиболее распространённые бытовые аллергены.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 3

Пути проникновения химических веществ в кожу:

1.

2.
3.

ЗАДАНИЕ № 4

Пути элиминации химических веществ:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 5

У ребёнка 3-х лет диагностирован контактно-аллергический дерматит на коже ягодиц, внутренней поверхности бёдер и нижней части живота. Возникновение заболевания связано с использованием синтетических пелёнок.

1. Какие морфологические элементы сыпи характерны для контактно-аллергического дерматита?

Ответ: _____

2. Какие наружные лекарственные средства необходимо назначить ребёнку?

Ответ: _____

3. Какие рекомендации по уходу за ребёнком необходимы?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 6

Клинические проявления истинной экземы у детей:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

ЗАДАНИЕ № 7

Патогенетическая классификация токсикодермий:

1.
2.

3.

ЗАДАНИЕ № 8

Какими морфологическими элементами представлены высыпания при распространённой токсикодермии?

1.

2.

3.

4.

ЗАДАНИЕ № 9

Варианты токсического эпидермального некролиза:

1.

2.

3.

4.

ЗАДАНИЕ № 10

Клиническая классификация экземы у детей:

1.

2.

3.

4.

ЗАДАНИЕ № 11

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ

1) пятно

2) пузырек

3) волдырь

4) пузырь

5) узелок

2. 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

3. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) язвы
- 2) узлы
- 3) боль, жжение
- 4) симптом Пospelова
- 5) жирные желтые чешуйки

4. БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ МОКНУЩЕЙ ЭКЗЕМОЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) мазь
- 2) присыпку
- 3) крем
- 4) примочку
- 5) желе

5. ДЛЯ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО

- 1) локализация в области лица
- 2) мозаичные рубцы
- 3) отсутствие мокнутия
- 4) симптом Бенъе положительный
- 5) симптом Никольского

6. 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

7. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ

- 1) гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства
- 2) цитостатики
- 3) фтивазид
- 4) ламизил
- 5) дифлюкан

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА

- 1) молниеносное появление папул и волдырей
- 2) положительная проба Ядассона
- 3) выраженная болезненность как пораженной, так и неизменной на вид кожи
- 4) положительный симптом Пospelова
- 5) положительный симптом Бенъе

9. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие зуда
- 2) лихенификация
- 3) локализация на спине, волосистой части головы
- 4) острое течение
- 5) поражение придатков кожи

10. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) ихтиоз
- 2) стрептостафилодермия
- 3) катаракта
- 4) бронхиальная астма
- 5) склеродермия

11. ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ЭКЗЕМУ

- 1) психоэмоциональные
- 2) облигатные химические раздражители
- 3) кортикостероидные мази
- 4) прием антигистаминных средств
- 5) прием ретиноидов

12. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ

- 1) с рождения
- 2) во время прикорма ребенка
- 3) в пубертатном периоде
- 4) в дошкольном возрасте и в любом возрасте одинаково часто
- 5) после года жизни

13. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

- 1) отсутствие зуда
- 2) пузыри и везикулы
- 3) лихенификация
- 4) острое течение
- 5) эффект от противовирусных препаратов

14. В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫДЕЛЯЮТСЯ

- 1) сезонные стадии
- 2) четыре стадии в зависимости от активности процесса
- 3) три стадии возрастной динамики
- 4) три стадии в зависимости от осложнений
- 5) стадийность не выявляется

15. ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) антигистаминные препараты
- 2) антибиотики
- 3) противовирусные средства
- 4) противогрибковые средства
- 5) ламизил

ЗАДАНИЕ № 12

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком четырех месяцев. У ребенка высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с дачей прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности. Мать страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие исследования необходимо назначить ребенку?
5. Принципы лечения заболевания

2. На прием к дерматологу обратился подросток 16 лет с жалобами на сухость кожи и сильный зуд по всему телу, бессонницу, раздражительность.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период года. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При расчесах кожи в местах поражения появляются пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом. У матери диагностирован аллергический ринит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и пластинчатые чешуйки. Очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных и локтевых сгибах, на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Ногтевые пластинки на кистях отполированы. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания
4. Какие исследования необходимо назначить больному?
5. Составьте план лечения больного.

3. К дерматологу обратилась больная 18 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

4. В стационар центральной районной больницы поступила больная 20 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 покрывку 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

**Тема 5. Псориаз. Красный плоский лишай. Особенности
клинического течения у детей. Значение трудовой экспертизы,
трудоустройства и диспансеризации больных псориазом.
Дифференциальная диагностика. Методы общей и наружной терапии**

АННОТАЦИЯ

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, искусственные травмы).

Клиническая картина. 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.

Большинство больных отмечают ухудшение состояния в холодное время года и улучшение летом, хотя у части больных сезонности в течении псориаза не бывает. При любой форме заболевания возможно псориазическое поражение ногтей пластинок кистей и стоп.

Выделяют 3 стадии процесса:

- прогрессирующую;
- стационарную;
- регрессирующую.

Прогрессирующая стадия характеризуется появлением мелких узелков ярко-розового цвета, склонных к периферическому росту и формированию бляшек различных размеров, которые могут располагаться изолированно или распространяться вплоть до тотального поражения кожи. Элементы покрыты обильными серебристо-белыми чешуйками. Чешуйки покрывают поверхность бляшки не полностью, вокруг бляшек имеется воспалительный венчик эритемы периферического роста, лишенный чешуек. В прогрессирующей стадии отмечается симптом изоморфной реакции (феномен Кебнера), который проявляется типичными псориазическими папулами на месте повреждения (травмы, царапины и др.).

В стационарной стадии прекращается появление новых высыпаний, элементы застойно-красного цвета, исчезает тенденция к периферическому росту имеющихся бляшек, чешуйки покрывают бляшку полностью.

Для регрессирующей стадии характерны уплощение бляшек, уменьшение шелушения, инфильтрации. Наряду с уменьшением инфильтрации вокруг высыпаний часто обнаруживают псевдоатрофический ободок Воронова в виде узкого нежноскладчатого, как бы атрофического кольца. Рассасывание элементов происходит с образованием очагов гипо- или гиперпигментации на месте прежних высыпаний.

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 ороговелости (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».

Поражение ногтей проявляется в образовании на поверхности ногтевых пластинок точечных углублений, напоминающих рабочую поверхность наперстка, либо напоминает онихомикоз (тусклая желтоватая ногтевая пластинка с подногтевым гиперкератозом). 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. Общее 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 неизменной 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 чаще, 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 инвалидизации. 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 от незначительных артралгий, возникающих при движении и усиливающихся после значительных физических.

Клинические особенности течения псориаза в детском возрасте

Псориаз у детей отличается нетипичностью первоначальных проявлений, особенно у детей

раннего и младшего возраста. Высыпания нередко располагаются в складках, на лице, половых органах. При необычной локализации псориаз может напоминать опрелость, экзематиды, сопровождается зудом, часто протекает с островоспалительной реакцией. У многих детей первые высыпания появляются на волосистой части головы в виде обильного отрубевидного шелушения без четких границ. Высыпания на гладкой коже в большинстве случаев также имеют менее резкие границы, чем у взрослых, менее выражены инфильтрация, шелушение. У детей чаще стали встречаться высыпания на ладонях и подошвах, изменения в суставах, причем не только при распространенном псориазе, но и при наличии ограниченных высыпаний.

Пустулезный псориаз у детей встречается редко.

Пеленочный псориаз. Высыпания при пеленочном псориазе располагаются преимущественно в промежности и на прилегающих участках кожи в виде резко очерченных, эритематозно-отечных, слегка инфильтрированных шелушащихся бляшек и папулезных элементов. Реже сыпь возникает на других участках. С возрастом у большинства больных высыпания регрессируют.

Фолликулярный псориаз. При фолликулярном псориазе первоначальные элементы возникают в устьях волосяных фолликулов в виде мелких узелков с ороговением, располагаются преимущественно на передних поверхностях голени или бедер.

Диагностические критерии псориаза

Диагноз псориаза устанавливают на основании клинической картины заболевания, выявления симптомов псориатической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии.

При поскабливании папул деревянным шпателем последовательно возникает триада характерных феноменов (псориатическая триада):

- «стеариновое пятно». При его легком поскабливании наблюдается усиление шелушения, придающего поверхности папул сходство с растертой каплей стеарина;
- «терминальная пленка» появляется после удаления чешуек в виде влажной, тонкой, блестящей, просвечивающей поверхности элементов;
- точечное кровотечение возникает после осторожного поскабливания «терминальной пленки» в виде точечных, несливающихся капель (феномен Ауспитца, или «кровавой росы» Полотебнова).

В ряде случаев для подтверждения диагноза проводится гистологическое исследование биоптата кожи из наиболее типичных очагов поражения.

Псориатическое поражение ногтей. Одним из проявлений псориаза наряду с высыпаниями на коже туловища и волосистой части головы служит поражение ногтей - псориатическая онихия.

Наиболее известной, классической формой псориатической онихии считается наперстковидный псориаз ногтей.

Клинически эта дистрофия выражается в появлении на поверхности ногтя мелких, точечных вдавлений, ямок диаметром 0,5-2мм. С. Millan (1928) назвал эти ямочки эрозиями ногтя. Причина образования ямок на поверхности ногтевой пластинки заключается в нарушении формирования ногтя, связанном с развитием точечных дефектов в проксимальной части матрикса. Возможно, это обусловлено паракератотическими процессами в данных участках. Точечные углубления на поверхности ногтевой пластинки варьируют по количеству, форме, глубине и размерам.

Дифференциальный диагноз псориаза. Псориаз крупных складок дифференцируют с кандидозом, паховой эпидермофитией, рубромикозом.

Фолликулярный псориаз - с красным отрубевидным волосяным лишаем и фолликулярным гиперкератозом (болезнь Кирле).

Розовый лишай Жибера: 1. Эритематозно - сквамозные очаги (пятна), круглой или овальной формы, вначале розово-красного цвета, в дальнейшем - с желтоватым оттенком («цвет пожелтевшего пергамента»). 2. Высыпания симметрично расположены по линиям Лангера. 3. В центре пятен роговой слой сморщивается в виде «смятой папиросной бумаги», по периферии эритематозный ободок. 4. Появлению высыпаний предшествует наиболее крупный

очаг - «материнская бляшка». 5. Не возникают на волосистой части головы, лице, кистях и стопах. 6. Быстрый регресс высыпаний (в течение 5-6 недель). 7. При раздраженных формах вследствие нерационального лечения появляются эритродермические очаги, возможно длительное течение. 8. Отсутствие типичных псориатических феноменов (псориатическая триада).

Папулезный сифилид

- Лентикулярный (папулы темно-красного цвета, плотной консистенции, более четко ограничены, не имеют выраженной склонности к слиянию, размеры папул обычно одинаковые (чаще лентикулярные), шелушение папул от центра к периферии в виде воротничка Биетта, редко наблюдается симметричное расположение высыпаний).

Кольцевидный ладонно-подошвенный сифилид - папулезные элементы в виде колец, дуг и гирлянд.

Роговой ладонно-подошвенный сифилид (крупные папулы или бляшки, покрытые роговыми наслоениями в виде оомозелостей с трещинами и периферической зоной инфильтрации, отсутствие псориатической триады).

При сифилисе положительные серологические реакции, а также наличие других проявлений сифилиса.

Красный плоский лишай (папулы синюшно-красного цвета с пупкообразным вдавлением в центре, полигональной формы, блестящие, слабо выраженное шелушение папул, частое поражение слизистых оболочек, локализация на сгибательных поверхностях конечностей, в области живота, отсутствуют феномены псориатической триады).

Псориаз может приводить к инвалидизации и психосоциальной дезадаптации больных. Псориаз нередко сочетается с системными заболеваниями, включая метаболический синдром, сахарный диабет II типа, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, патологию гепатобилиарной системы. Одной из тяжелых форм псориаза является псориатический артрит, распространенность которого составляет от 7 до 40% среди больных. Псориатический артрит ассоциируется со значительными нарушениями функциональных возможностей больных и ухудшением качества их жизни. В связи с этим, все больные псориазом подлежат обязательной диспансеризации, требуют решения вопросов трудоустройства.

Современные методы терапии псориаза

Системная терапия

- Цитостатики (метотрексат)
- Системные ретиноиды
- Фототерапия
- Селективная фототерапия (УФО)
- ПУВА-терапия (УФО на фоне приема фотосенсибилизаторов).
- Анти ФНО альфа – Инфликсимаб (ремикейд)

Наружная терапия псориаза

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

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

Этиология и эпидемиология. Этиология заболевания неизвестна. КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание, при котором экспрессия неидентифицированного до настоящего

времени антигена кератиноцитами базального слоя приводит к активации и миграции в кожу Т-лимфоцитов с формированием иммунного ответа и воспалительной реакции. Предполагается связь КПЛ с вирусным гепатитом С, однако убедительных данных, подтверждающих эту ассоциацию, не получено.

Заболеваемость КПЛ в Российской Федерации среди лиц в возрасте 18 лет и старше в 2014 году составила 12,7 случаев на 100000 соответствующего населения.

Наиболее часто КПЛ встречается у людей в возрасте от 30 до 60 лет. На долю женщин приходится 60–75% больных КПЛ с поражением слизистой оболочки полости рта и около 50% больных КПЛ с поражением кожи.

КПЛ редко встречается у детей, лишь 5% случаев заболевания приходится на пациентов детского возраста.

Клиническая картина. КПЛ характеризуется различной клинической картиной поражения кожи и слизистых оболочек, среди которых наиболее клинически значимо поражение слизистой оболочки полости рта, хотя при КПЛ высыпания могут отмечаться также на слизистых оболочках пищевода и аногенитальной области. Наиболее часто встречаются следующие формы поражения кожи при КПЛ:

1. Типичная.
2. Гипертрофическая, или веррукозная.
3. Атрофическая.
4. Пигментная.
5. Пузырная.
6. Эрозивно-язвенная.
7. Фолликулярная и др.

Выделяют 6 форм поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при КПЛ.

1. Типичная.
2. Гиперкератотическая.
3. Экссудативно-гиперемическая.
4. Эрозивно-язвенная.
5. Буллезная.

Поражение кожи при КПЛ. Поражение кожи при *типичной* форме красного плоского лишая характеризуется плоскими папулами диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема).

Характерным признаком красного плоского лишая является склонность к сгруппированному расположению высыпаний с образованием колец, гирлянд, линий. Реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреновой поверхностью. Вокруг бляшек могут возникать новые папулы, располагающиеся более или менее густо. В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто – на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо. Субъективно больных беспокоит зуд. В период обострения КПЛ наблюдается положительный феномен Кебнера – появление новых узелков на месте травматизации кожи.

Сочетание эрозивной формы КПЛ на слизистой полости рта с сахарным диабетом и гипертензией получило название – Синдром Гриншпана.

Поражение слизистой оболочки полости рта при КПЛ

Изменения слизистой оболочки полости рта при КПЛ чаще всего локализуются в области щек, языка, губ, реже – десен, нёба, дна полости рта.

Типичная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется мелкими папулами серовато-белого цвета до 2–3 мм в диаметре. Папулы могут сливаться между собой, образуя сетку, линии, дуги, причудливый рисунок кружева. Возможно появление бляшек с резкими границами, выступающих над окружающей слизистой оболочкой и напоминающих лейкоплакию. Субъективные ощущения при типичной форме КПЛ слизистой оболочки полости рта обычно отсутствуют.

Гиперкератотическая форма КПЛ отличается появлением на фоне типичных высыпаний сплошных очагов ороговения с резкими границами или появлением веррукозных разрастаний на поверхности бляшек. Больные могут отмечать сухость во рту и незначительную боль при приеме горячей пищи.

Экссудативно-гиперемическая форма КПЛ слизистой оболочки полости рта отличается расположением типичных серовато-белых папул на гиперемизированной и отечной слизистой оболочке. Прием пищи, особенно горячей и острой, сопровождается болезненностью.

Эрозивно-язвенная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется наличием мелких единичных или множественных, занимающих большую площадь эрозий, реже – язв, неправильных очертаний, покрытых фиброзным налетом, после удаления которого наблюдается кровотечение. Для эрозивно-язвенной формы КПЛ характерно длительное существование возникших эрозий и язв, вокруг которых на гиперемизированном и отечном основании могут располагаться типичные для КПЛ папулы.

Буллезная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта характеризуется одновременным присутствием типичных папулезных высыпаний и беловато-перламутровых пузырей размером до 1–2 см в диаметре. Пузыри имеют плотную покрывку и могут существовать от нескольких часов до 2 суток. После вскрытия пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии.

КПЛ слизистой оболочки полости рта рассматривается как потенциально предраковое состояние с возможностью развития плоскоклеточного рака. Описаны случаи развития плоскоклеточного рака в хронических очагах КПЛ аногенитальной области, пищевода, при гипертрофическом КПЛ.

Спонтанные ремиссии КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечаются у 2,8–6,5% больных, что намного реже, чем при поражениях кожи. Средняя продолжительность существования высыпаний на слизистой оболочке полости рта при КПЛ составляет около 5 лет, однако эрозивная форма заболевания не склонна к спонтанному разрешению. Типичная форма заболевания с ретикулярным расположением высыпаний на слизистой оболочке полости рта имеет лучший прогноз, так как спонтанная ремиссия происходит в 40% случаях.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз КПЛ проводится с вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосатым лишаем, болезнью Дарье, псориазом.

При сифилисе папулезные элементы овальные или округлые, шелушатся с образованием воротничка Бiettа, редко сопровождаются зудом. При этом поверхность папул полушаровидная, а не уплощенная, и не имеет центрального вдавления. Учитывают также другие проявления сифилиса и результаты специфических серологических реакций. В отличие от папулезных сифилидов узелки при красном плоском лишае красновато-фиолетового цвета, расположены более поверхностно и менее инфильтрированы, имеют полигональные очертания.

При атопическом дерматите не наблюдается поражения слизистых оболочек, как при КПЛ. Высыпания при атопическом дерматите обычно располагаются в локтевых и подколенных сгибах, на лице. Для атопического дерматита также более характерна лихенизация очагов поражения.

При псориазе первичным морфологическим элементом являются папулы розовато-красного или насыщенно-красного цвета, покрытые большим количеством рыхлых серебристо-беловатых чешуек, при поскабливании которых обнаруживается положительная псориатическая триада симптомов: стеаринового пятна, «терминальной пленки» и точечного кровотечения.

Лечение. Системная терапия: *глюкокортикостероидные препараты системного действия.*

Наружная терапия: *топические глюкокортикостероидные препараты* средней и высокой активности. При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с топических глюкокортикостероидов.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Основной морфологический элемент сыпи при псориазе:

1.

ЗАДАНИЕ № 2

Излюбленная локализация псориатических высыпаний:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 3

Перечислите стадии развития псориаза:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 4

Определите стадии развития псориаза:

✓ _____ стадия характеризуется появлением милиарных папул ярко-розового цвета, склонных к периферическому росту и формированию бляшек различных размеров, покрытых серебристо-белыми чешуйками. Чешуйки покрывают папулу не полностью. Положительный симптом Кёбнера.

✓ _____ стадия характеризуется прекращением появления новых высыпаний. Папулы и бляшки застойно-красного цвета, нет тенденции к периферическому росту, чешуйки покрывают папулы и бляшки полностью.

✓ _____ стадия характеризуется уплотнением бляшек, уменьшением шелушения, инфильтрацией. Обнаруживается псевдоатрофический ободок Воронова. Образуются вторичные гипо- или гиперпигментированные пятна на месте высыпаний.

ЗАДАНИЕ № 5

У детей раннего и младшего возраста высыпания псориаза нередко располагаются:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 6

Проявления каких кожных заболеваний у детей напоминают псориаз?

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 7

Псориазная триада включает следующие феномены:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 8

Клинические проявления наиболее часто встречаемой псориазной онихии?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 9

Чем отличаются псориазные папулы от сифилитических?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 10

Подростку 17 лет диагностирован синдром Гриншпана.

1. Что такое синдром Гриншпана?

Ответ: _____

2. Основной морфологический элемент сыпи на коже при красном плоском лишае?

Ответ: _____

3. Типичные и атипичные формы красного плоского лишая на слизистой полости рта?

Ответ: _____

4. Консультации каких специалистов необходимы данному больному?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 11

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) лицо
- 3) складки
- 4) ногтевые фаланги
- 5) разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов

3. 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

4. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

- 1) экссудативно-гиперемическая
- 2) пятнистая
- 3) бугорковая
- 4) рубцующаяся
- 5) узловатая

5. ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА КОЖЕ

- 1) сгибательная поверхность конечностей
- 2) волосистая часть головы
- 3) ушные раковины
- 4) ладони и подошвы
- 5) ногтевые пластинки

6. ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСОРИАЗА

- 1) на лице
- 2) на сгибательных поверхностях предплечий
- 3) на локтях и коленях
- 4) на туловище
- 5) на ладонях и подошвах

7. 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

8. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

- 1) с красной волчанкой
- 2) со склеродермией
- 3) с псориазом
- 4) с атопическим дерматитом
- 5) с экземой

9. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) дегтярных препаратов высокой концентрации наружно
- 2) циклоспорина
- 3) тигафона
- 4) ПУВА-терапии
- 5) кортикостероидов

10. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ

- 1) кератолитические
- 2) антисептические
- 3) фунгицидные
- 4) противогрибковые
- 5) противовирусные

ЗАДАНИЕ № 12

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к дерматологу обратилась больная 18 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и руках, сопровождающиеся интенсивным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около 2-х недель, когда внезапно появился зуд и красные пятна на руках. Связывает свое заболевание с нервным перенапряжением. Самостоятельно не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит, хронический гайморит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже туловища, сгибательной поверхности плеч, предплечий располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На коже предплечий линейные и точечные эксфолиации.

1. Поставьте диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

2. На прием к дерматологу обратился больной 16 лет, с жалобами на высыпания на коже предплечий, бедер, нестерпимый зуд кожи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным около 1,5 недель. Внезапно появились высыпания красного цвета на коже предплечий и бедер, сопровождающиеся интенсивным зудом. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением во время сессии. Чтобы уменьшить зуд принимал супрастин.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже сгибательной поверхности предплечий и внутренней поверхности бедер имеются полигональные папулы с блестящей поверхностью, синюшно-красного цвета с центральным западением. Отдельные папулы сливаются с образованием небольших бляшек, на фоне которых заметны переплетающиеся полосы. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов белесоватые папулезные элементы.

1. Поставьте диагноз
2. Этиология и патогенез заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

3. На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на сильный зуд, высыпания на туловище, конечностях и в полости рта.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной около 2-х месяцев, когда появились высыпания на коже туловища, конечностей, в полости рта, сопровождающиеся зудом. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Отмечает, что около полугода беспокоят сухость во рту, жажда, немотивированное увеличение массы тела. Сопутствующие заболевания - хронический панкреатит, гипертоническая болезнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий, кистей, располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На слизистой полости рта имеются единичные эрозии неправильных очертаний. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета милиарные папулы. Ногти на кистях имеют выраженную продольную исчерченность и очаговое помутнение. Лимфоузлы не увеличены.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данному синдрому.
3. Консультации каких специалистов необходимы больной?
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания

4. На прием к дерматологу обратился подросток 16 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.

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.

5. На прием к дерматологу обратился больной 20 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.

6. 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. Наружная терапия заболевания.

7. К дерматологу обратилась больная 30 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, утреннюю скованность и болезненность при движениях левого коленного сустава, суставов обеих кистей, изменение ногтевых пластинок кистей.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 9 лет. Впервые высыпания появились на коже локтевых и коленных суставов, повторялись ежегодно, преимущественно в осенне – зимнее время. Самостоятельно лечилась средствами народной медицины (отвары чистотела, череды, пихтовые ванны) с кратковременным улучшением. Болезненность левого коленного сустава отмечает в течение последнего года. Утреннюю скованность, болезненность при сгибании и разгибании, деформацию межфаланговых суставов обеих кистей отмечает в течение пяти лет. Наследственность отягощена- у отца псориаз.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, на туловище бляшки ярко-розового цвета, величиной до детской ладони с четкими границами, на их поверхности множественные мелко- и среднепластинчатые белесоватого цвета чешуйки. Симптомы псориазической триады положительные. На I, III пальцах левой кисти, III, IV пальцах правой кисти положительный симптом наперстка.

Левый коленный сустав визуально не изменен, кожа над ним без воспалительных явлений. Рентгенографически: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели.

Межфаланговые суставы обеих кистей деформированы, кожа над ними без воспалительных явлений, сгибание и разгибание в них затруднено, болезненно. Рентгенографически: околосуставной остеопороз, неравномерное сужение суставных щелей, остеофиты.

1. Поставьте диагноз.
2. Влияние заболевания на качество жизни.
3. Наружная терапия заболевания.

Тема 6. Туберкулез кожи. Клинические варианты. Люпозории.
Принципы лечения. Лепра. Клиника. Диагностика.
Организация и принципы лечения. Лепрозории

АННОТАЦИЯ ТУБЕРКУЛЁЗ

Возбудитель туберкулеза (микобактерия) открыт в 1882г Робертом Кохом. *M. tuberculosis* – это аэробные не образующие спор неподвижные бациллы с большим содержанием липидов в клеточной стенке.

Туберкулез кожи является одним из проявлений туберкулезного заболевания организма и вызывается проникновением в кожу туберкулезных палочек.

Чаще туберкулез кожи вызывается туберкулезными микобактериями человеческого типа (68,5%), реже – бычьего типа (30,5%).

Кожный туберкулез характеризуется широким спектром поражений, зависящим от пути передачи, вирулентности микроорганизма и иммунного статуса макроорганизма. Туберкулезная волчанка и скрофулодерма, редкие сами по себе, являются двумя наиболее часто встречаемыми формами кожного туберкулеза.

Ведущая роль наряду с массивностью инфицирования и вирулентностью бактерий принадлежит состоянию иммунной реактивности организма.

Для возникновения туберкулеза кожи необходим ряд условий, которые можно представить как совокупность эндогенных и экзогенных факторов:

1. функциональные нарушения ЦНС, нарушение функции эндокринных желез.
2. нарушение обменных процессов организма (минерального, холестерина, водного).
3. острые инфекции, травмы
4. кортикостероидная и цитостатическая терапия
5. неполноценное питание с недостатком белков и витаминов.
6. неблагоприятные условия внешней среды (переохлаждения, перегревания организма), повреждения кожи.

Диагностика туберкулеза кожи

Условно можно выделить достоверные и вероятные признаки туберкулеза кожи.

Достоверные признаки:

Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.

- а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)
- б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)
- в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)
- г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).

Вероятные признаки:

- а) наличие туберкулеза внутренних органов у больного
- б) клинические проявления туберкулеза кожи
- в) кожные пробы с туберкулином.

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. Пospelова). 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)

Исход волчанки – рубцевание. Рубцы тонкие, гладкие, поверхностные, пигментированные, в дальнейшем депигментирующиеся. Напоминают папиросную бумагу, легко собирающуюся в складки; реже могут образовываться рубцы, напоминающие келоидные. Для волчанки характерно образование на рубцах свежих люпом, иногда изъязвления. Излюбленная локализация – лицо (75%). Чаще поражается нос, затем верхняя губа. Язвенные формы могут приводить к деформациям носа, рубцовым сужениям рта, нарушениям речи. На лбу и щеках преобладает плоская форма волчанки, на кистях и стопах – бородавчатая. На волосистой части головы волчанка локализуется редко. Волчаночный процесс поражает не только кожу, но и слизистые оболочки верхних дыхательных путей и полости рта.

Из осложнений при волчанке встречается рожистое воспаление, слоновый отек, раковое перерождение (lupus carcinoma).

Дифференциальный диагноз туберкулезной волчанки необходимо проводить с бугорковым сифилидом, туберкулоидной лепрой, туберкулоидной формой лейшманиоза, глубокими микозами, хронической пиодермией, хронической дискоидной красной волчанкой.

Туберкулез кожи колликувативный (первичная и вторичная скрофулодерма)

Первичная скрофулодерма развивается вследствие гематогенного попадания в кожу туберкулезных микобактерий во время бациллемии в период первичного туберкулеза. Клинически эта форма характеризуется образованием преимущественно в области конечностей подвижных, плотноватых узлов.

Кожа над ними истончается, образуются изъязвления с выделением гноя и крупинки некротической ткани. Язвы неправильной формы, поверхностные, нередко соединяются фистулезными ходами. Рубцы мостиковидные, с наличием сосочков. Пospelов А.И. назвал их «мохнатыми». При первичной скрофулодерме не удастся установить связь с пораженными лимфатическими узлами или свищами костно-суставного туберкулеза.

Вторичная скрофулодерма развивается контактным путем, когда туберкулезная инфекция переходит с пораженных лимфатических узлов или из свищей костно-суставного процесса в кожу. При вторичной скрофулодерме узлы наиболее часто располагаются на шее, под нижней челюстью, на щеках, в надключичной и подключичной областях, в области грудины. Язвы более глубокие, нередко имеют свищевые ходы в пораженный лимфатический узел. Рубцы втянутые, обезображивающие.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитическими гуммами, глубокими микозами, актиномикозом, хронической пиодермией, для чего проводят микробиологическое, серологическое исследование, постановку туберкулиновых проб.

Лечение

Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе.

Больных туберкулезом кожи берут на учет противотуберкулезные учреждения. Они проводят основное и противорецидивное лечение (вместе с диспансерным наблюдением). В специализированные стационары (люпозории), а также в стационары, имеющие койки для больных туберкулезом кожи, подлежат приему следующие больные: 1) с любыми активными формами туберкулеза кожи, впервые диагностированными; 2) с обострениями и рецидивами туберкулезного процесса; 3) нуждающиеся в проведении курса противорецидивной терапии. Срочной госпитализации подлежат больные, у которых развитие туберкулезного процесса кожи может вызвать нарушение функции важного органа или тяжелый косметический дефект. **Антибактериальная терапия** осуществляется с использованием туберкулостатических препаратов. Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях

специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим. Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные симптоматические средства.

ЛЕПРА

Лепра (проказа) представляет собой хроническую генерализованную инфекцию человека, вызываемую *Micobacterium leprae*. Это системное заболевание с преимущественным поражением периферических нервов и кожи.

Лепра характеризуется необычайно длительным инкубационным периодом, упорством в отношении терапии. Болезнь развивается хронически-прогрессивно, временами давая обострения; при отсутствии рационального лечения приводит к тяжелой инвалидности и через много лет обычно заканчивается смертью.

Этиология. Эпидемиология. Патогенез.

Возбудитель лепры - *Micobacterium leprae*. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы, размеры которых варьируют от 1,5 до 6,0 м длины и от 0,2 до 0,4 м ширины, в свежих лепромах имеются в колоссальном количестве, часто располагаясь в виде компактных скоплений – шаров (*globi*), диаметр которых может достигать до 200 м.

Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений. Хотя путь передачи до сих пор остается неясным, полагают, что скорее всего *M. leprae* передается назореспираторным путем.

Заразительность лепрой намного ниже многих других хронических инфекций, в том числе туберкулеза. Известны многочисленные случаи продолжительного и самого тесного контакта с больными лицами, оставшихся всю жизнь здоровыми (один супруг болел, второй – здоров).

Инкубационный период при лепре исчисляется годами, обычно принято считать его длительность от 3 до 10 и более лет, но описаны достоверные случаи, когда инкубационный период продолжался несколько месяцев.

Продромальные явления. Больные жалуются на нарастающую слабость, сильные невралгические боли, отмечаются также гиперестезии, парестезии и другие нервные расстройства. Продромальный период может затянуться на несколько месяцев и обычно сменяется появлением ясно выраженных симптомов болезни.

Лепроматозный тип лепры

Лепроматозный тип лепры характеризуется минимальной сопротивляемостью макроорганизма, наличием огромного количества бацилл, характерными лепроматозными поражениями кожи, слизистых, висцеральных органов и периферической нервной системы, гранулематозной гистоструктурой и отрицательной реакцией на внутрикожное введение лепромина. Болезнь имеет тенденцию к прогрессирующему развитию. В эпидемиологическом отношении тип наиболее опасный.

Процесс начинается обычно незаметно, с появления на коже круглых и неправильной формы эритематозных пятен с блестящей поверхностью, эти пятна имеют своеобразный ржавый цвет. С течением времени чувствительность снижается, затем исчезает. Чаще всего инфильтрированные пятна появляются на лице. На лице в результате этого отмечается одутловатость, разрежение и выпадение бровей.

Через несколько месяцев или лет на фоне описанных высыпаний или реже на неизменной коже развиваются типичные лепромы или разлитые лепроматозные инфильтраты в дерме или

гиподерме. Лепроматозные инфильтраты располагаются преимущественно на голених и на предплечьях. Изолированные лепромы сливаясь, могут образовать сплошной конгломерат узлов с неровной поверхностью. Дермальные лепромы, типа плотных бугорков, имеют красновато-ржавый цвет, на поверхности их часто видны телеангиэктазии, иногда шелушение. Кроме пятен и узлов высыпания могут быть представлены и пузырями размером с лесной орех с серозным или серозно-гнойным содержимым. Пузыри ссыхаются в корки, под которыми наступает эпителизация, причем остаются слегка пигментированные пятна с потерей чувствительности на этом участке кожи. Из слизистых оболочек чаще всего в процесс вовлекается слизистая оболочка носа – лепрозный ринит. На слизистой оболочке перегородки носа и придаточных полостей появляются инфильтраты, выделение из носа усиливается, нарастают корки, развиваются явления хронического насморка. Инфильтраты в области носовой перегородки имеют склонность к изъязвлению; образовавшиеся язвы часто ведут к разрушению перегородки и западению носа на границе костной и хрящевой его части, вследствие чего кончик носа приподнимается кверху. На слизистой рта в области твердого и мягкого неба, а также на языке наблюдаются диффузные инфильтраты, редко изъязвляющиеся. При глубоких инфильтратах в толще языка последний становится плотным, резко увеличивается в объеме, на его поверхности появляется складчатость с особенно выраженной продольной срединной складкой. Слизистая гортани поражается весьма часто. При распространении инфильтрата на голосовые связки появляется охриплость голоса, а в дальнейшем и афония, которая может стать стойкой вследствие рубцовых изменений слизистой гортани. Лимфатические узлы (бедренные, локтевые, паховые, подмышечные, шейные и другие) увеличены до размеров лесного ореха, безболезненны, подвижны.

Поражения нервной системы в основном сводятся к поражению периферической нервной системы и к развитию невритов и полиневритов. Нервные стволы становятся плотными и утолщаются, поэтому легко прощупываются в виде плотных тяжей, иногда с четкообразными утолщениями.

Трофические изменения приводят к мутиляциям кистей и стоп не вследствие глубоких инфильтратов, переходящих на кости, а в результате трофических нарушений: происходит постепенное размягчение и рассасывание костного вещества без явных изменений кожи.

Наряду со специфическими высыпаниями у больных может наблюдаться неспецифическая сыпь: розеола, папулы, пемфигоидные элементы.

Туберкулоидный тип лепры

Туберкулоидный тип лепры характеризуется высокой степенью сопротивляемости; бациллы обнаруживаются только в периоды обострений, да и то в относительно небольшом количестве; поражения кожи и периферических нервов имеют типичную туберкулоидную структуру, стабильны, склонны к обратному развитию. Лепроминовая проба, как правило, резко положительна.

Основными элементами сыпи при туберкулоидном типе лепры являются мелкие, красно-синюшные полигональные папулы. Они часто сливаются, образуя фигурные элементы в виде дисков, колец, полуколец. Причем наружный край высыпаний четко выражен, приподнят, четко очерчен и выделяется красновато-синюшным цветом, тестоватой консистенцией. Внутренний край смазан и незаметно переходит в центральную бледноватую часть очага поражения. Иногда они формируют сплошные бляшки. Реже встречаются единичные бугорки застойного цвета по типу люпом.

Для туберкулоидного типа лепры характерно расстройство чувствительности в области высыпаний и вокруг них. Причем в начале отмечается гиперестезия, затем чувствительность снижается и исчезает (в начале термическая и болевая, затем тактильная чувствительность). Потоотделение на месте высыпаний как при лепроматозном типе прекращается. Вообще при туберкулоидном типе характерно относительно спокойное течение.

Очень часто при туберкулоидной лепре наблюдается вовлечение в патологический процесс нервных стволов, особенно локтевого и большого ушного. Нервные стволы при пальпации болезненны, чувствительность в области иррадиации оказывается сниженной, а затем исчезает.

Недифференцированный тип лепры

При недифференцированном типе имеется различная степень сопротивляемости, в общем, с тенденцией к резистентности; поражаются преимущественно кожа и периферические нервы, выявляется картина банального воспалительного инфильтрата, обычно не содержащего бацилл, либо очень малое количество.

Высыпания в виде нестойкой и преимущественно пятнистой сыпи разной величины и очертаний. Пятна носят эритематозный характер, реже они бывают гиперпигментированными или депигментированными, имеют довольно четкие границы. Наиболее типичная локализация их – ягодицы, область поясницы, бедра, плечи.

Очень быстро в области сыпи теряется чувствительность и медленно, но неуклонно начинают выпадать волосы, нарушается, а затем полностью прекращается потоотделение. Такое относительно спокойное течение может длиться годами, не сопровождаясь при этом общими явлениями.

При этом типе лепры наиболее часто поражаются локтевые, большие ушные, малоберцовые и реже другие нервы. Клинически это выражается в неравномерном утолщении и уплотнении их, а также болезненности при надавливании. Выпадает температурная чувствительность. Снижаются рефлексы как кожи, так и слизистых оболочек. Проявляются различные двигательные, трофические и сосудистые расстройства, параличи. Поражаются мышцы лица, деформируются кисти рук (типа птичьей лапы), стопы. Трофические расстройства кожи проявляются дисхромиями, появлением пузырных элементов, мутиляцией кистей. При всех видах лепры возможны психические расстройства интоксикационного генеза в виде реактивных депрессий, чаще встречаются неврозы.

Диагностика лепры

Для распознавания лепры больной должен быть раздет и методически осмотрен. Необходимо тщательно осмотреть весь кожный покров, видимые слизистые оболочки, определить состояние лимфатических узлов и крупных нервных стволов. Диагноз лепры обычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и бацилл лепры в коже. Обязательно проводится бактериоскопическое исследование соскоба (а не слизи) со слизистой оболочки носовой перегородки.

Лечение

В начале 1900-х гг. в Бирме был разработан растительный препарат – хаулмутровое 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. В связи с возникновением устойчивости к дапсону в настоящее время для лечения лепры применяют комбинированную лекарственную терапию, что привело к коренному улучшению прогноза и уменьшению числа новых случаев заболевания во всем мире. Основными препаратами для лечения лепры являются дапсон, рифампин (рифампицин), клофазимин и этионамид. Из этих препаратов только рифампин обладает бактерицидным действием.

Прогноз при лепре неблагоприятный. Однако при рациональной и ранней терапии нередко наблюдаются продолжительные ремиссии. Критерий излеченности отсутствует. Менее

благоприятен прогноз при лепроматозном типе лепры.

Профилактика

Чрезвычайно важное значение в профилактике лепры имеет выявление и лечение больных в наиболее ранней стадии болезни. Госпитализации в специализированные противолепрозные учреждения (лепрозории, противолепрозные диспансеры или санатории) подлежат только больные-бактериовыделители. Выявление источников инфекции проводят путем обследования лиц, находившихся в контакте с больным лепрой. Членов семей больных лепрой берут под наблюдение в диспансерах, при необходимости им проводится превентивное лечение. Детей, родившихся у больных лепрой, в последние годы признано возможным оставлять с матерью на период до 2-3-летнего возраста при условии, если мать аккуратно лечится.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Перечислите экзогенные и эндогенные факторы возникновения туберкулёза кожи:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 2

Перечислите достоверные признаки туберкулёза кожи:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 3

Перечислите вероятные признаки туберкулёза кожи:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 4

В каком возрасте обычно возникает туберкулёзная волчанка?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 5

Какая форма туберкулёза кожи регистрируется чаще других?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 6

Диагностические феномены туберкулёзной волчанки:

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 7

Исход туберкулёзной волчанки на коже.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 8

Типичная локализация туберкулёзной волчанки.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 9

С каким проявлением сифилиса необходимо дифференцировать туберкулёзную волчанку?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 10

Вследствие чего развивается вторичная скрофулодерма?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 11

В условиях какого стационара необходимо проводить лечение больных туберкулёзом кожи?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 12

Определите тип лепры.

- ✓ _____ тип характеризуется минимальной сопротивляемостью организма, наличием огромного количества бацилл. Характерно поражение кожи, слизистых, внутренних органов, периферической нервной системы. Имеет тенденцию к прогрессирующему развитию, в эпидемиологическом отношении этот тип наиболее опасный.
- ✓ _____ тип характеризуется высокой степенью сопротивляемости, бациллы обнаруживаются только в периоды обострений и в небольшом количестве. Поражение кожи и периферических нервов имеют характерную структуру, склонны к обратному развитию.
- ✓ _____ тип характеризуется различной степенью сопротивляемости, тенденцией к резистентности, малым содержанием бацилл. Поражаются преимущественно кожа и периферические нервы. Может трансформироваться в один из вышеописанных типов.

ЗАДАНИЕ № 13

Высыпания при лепре представлены следующими морфологическими элементами:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 14

Какие виды чувствительности нарушены при лепре?

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 15

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) гематогенный диссеминированный
- 2) колликативный
- 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) хроническое течение
- 2) медленно прогрессирующее, рецидивирующее течение
- 3) быстро прогрессирующее течение
- 4) инволюционное течение
- 5) рецидивирующее течение

5. 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

6. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПОСПЕЛОВА, ФЕНОМЕН «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ», ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) туберкулезной волчанки
- 2) третичного сифилиса
- 3) вторичного сифилиса
- 4) туберкулоидного типа лепры
- 5) лейшманиоза

7. 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

8. ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- 1) с бугорковыми сифилидами
- 2) с мелкоузелковым саркоидозом
- 3) с туберкулоидной лепрой, с туберкулоидным лейшманиозом
- 4) с бугорковыми сифилидами, туберкулоидной лепрой, туберкулоидным лейшманиозом
- 5) с бугорковыми сифилидами, мелкоузелковым саркоидозом, туберкулоидными лепрой и лейшманиозом

9. 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

10. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ

- 1) крупные
- 2) мелкие и плоские
- 3) остроконечные
- 4) полушаровидные
- 5) не имеют специфического вида

11. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ

- 1) люпоидный сикоз
- 2) эритематоз (красная волчанка)
- 3) лимфоцитома, плоскоклеточный рак
- 4) люпоидный сикоз, лимфоцитома, плоскоклеточный рак
- 5) люпоидный сикоз, эритематоз; лимфоцитома, плоскоклеточный рак

12. МУЖЧИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) уплотненной эритемой Базена
- 2) скрофулодермой
- 3) бородавчатым туберкулезом кожи
- 4) острым милиарным туберкулезом кожи
- 5) туберкулезной волчанкой

13. ЖЕНЩИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) уплотненной эритемой Базена
- 2) скрофулодермой
- 3) бородавчатым туберкулезом кожи
- 4) золотушным лишаем
- 5) острым милиарным туберкулезом кожи

14. УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

- 1) плотные и малоблезненные
- 2) мягкие и безболезненные
- 3) эластичные и безболезненные
- 4) мягкие и болезненные
- 5) плотные и болезненные

15. ЛЮПУС - КАРЦИНОМА – ЭТО

- 1) одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи
- 2) развитие туберкулезной волчанки на фоне рака кожи
- 3) развитие рака кожи у больного туберкулезной волчанкой не зависимо от локализации обоих заболеваний
- 4) развитие рака кожи на фоне туберкулезной волчанки или на рубце после туберкулезной волчанки
- 5) одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи вне очагов волчанки

16. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЛЛИКВАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) боковые поверхности шеи, подчелюстная и надчелюстная
- 2) подмышечная
- 3) пахово-бедренная
- 4) локтевая
- 5) парастеральная

17. 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

18. 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

ЗАДАНИЕ № 16

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к дерматологу обратился подросток 16 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 больного?
3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?

2. На прием к дерматологу обратилась больная 20 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 сопровождалась 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, малоблезненные синевато-красного цвета, дно сероватого цвета, покрыто вялыми грануляциями. Язвы размерами от 1,0 x 1,5 см до 1,5 x 2,0 см. 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?

3. На прием к дерматологу обратилась больная 15 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. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

4. На прием к дерматологу обратилась больная 30 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. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
3. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

5. На прием к дерматологу обратился больной 20 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. Этиология и патогенез заболевания
3. Где должен получать лечение больной?

6. На прием к дерматологу обратилась больная 18 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица и слизистой полости рта.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 3-х лет, когда на коже лица появились высыпания красно-розового цвета, которые сливались и кровоточили. Через год после этого появились высыпания в полости рта. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Мать и старшая сестра болеют туберкулезом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания располагаются на коже левой щеки, носа, верхней губы. 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, он легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. В полости рта слизистая оболочка десен красного цвета, слегка отечна. На этом фоне имеются отдельные бугорки, склонные к слиянию.

Подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены.

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. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?

7. На прием к дерматологу обратился больной 25 лет с жалобами на появление безболезненных образований на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 4-х месяцев, когда на коже лица в области щек появились безболезненные высыпания. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился.

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

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица в области щек и крыльев носа. Высыпания представлены бляшками буровато-желтого цвета, различных размеров, с фестончатыми краями, возвышенным периферическим валиком. При диаскопии предметным стеклом бляшки приобретают буро-желтую окраску. При надавливании зондом, он легко проникает в ткань, вызывая кровотечение.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больного?

Тема 7. Вирусные дерматозы у детей (герпесы, контагиозный моллюск, бородавки). Диагностика. Лечение

АННОТАЦИЯ

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.

Дерматропные:

–эпидермальные (папилломы, себорейные кератомы, юношеские бородавки, вульгарные бородавки, верруциформная эпидермодисплазия, 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°C, 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

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

Вирусное заболевание кожи и нервной ткани, возникающее вследствие реактивации вируса герпеса 3 типа и характеризующееся воспалением кожи (с появлением преимущественно пузырьковых высыпаний на фоне эритемы в области «дерматома») и нервной ткани (задних корешков спинного мозга и ганглиев периферических нервов).

Этиология и эпидемиология

Возбудитель заболевания – вирус герпеса человека 3 типа (вирус *Varicella Zoster*), идентичный вирусу ветряной оспы.

Клиническая картина

Клиническим проявлениям ОГ предшествует *продромальный период*, во время которого появляются боль и парестезии в области пораженного дерматома (реже - зуд, «покалывание», жжение). Боли могут носить периодический или постоянный характер и сопровождаться гиперестезией кожи. Болевой синдром может симулировать плеврит, инфаркт миокарда, язвы двенадцатиперстной кишки, холецистит, почечную или печеночную колику, аппендицит, пролапс межпозвоночных дисков, раннюю стадию глаукомы, что может приводить к трудностям диагностики и лечения.

Боль в продромальном периоде может отсутствовать у пациентов в возрасте до 30 лет с нормальным иммунитетом.

Особенностью высыпаний при опоясывающем герпесе являются расположение и распределение элементов сыпи, которые наблюдаются с одной стороны и ограничены областью иннервации одного сенсорного ганглия. Наиболее часто поражаются области иннервации тройничного нерва, в особенности глазной ветви, а также кожа туловища T₃–L₂ сегментов. Поражение кожи в области грудной клетки наблюдается более чем в 50% случаев; реже всего сыпь появляется на коже дистальных отделов конечностей.

Клиническая картина опоясывающего герпеса включает в себя *кожные проявления и неврологические расстройства*. Наряду с этим, у большинства больных наблюдаются общеинфекционные симптомы: гипертермия, увеличение региональных лимфатических узлов, изменения ликвора (в виде лимфоцитоза и моноцитоза).

Высыпания при опоясывающем герпесе имеют короткую эритематозную фазу (часто она вообще отсутствует), после чего быстро появляются папулы. В течение 1-2 дней папулы превращаются в везикулы, которые продолжают появляться в течение 3–4 дней – *везикулярная форма Herpes zoster*. Элементы склонны к слиянию. Если период появления новых везикул длится более 1 недели, это указывает на возможность наличия у пациента иммунодефицитного состояния.

Пустулизация везикул начинается через неделю или раньше после появления первичных высыпаний. Далее через 3–5 дней на месте везикул появляются эрозии и образуются корочки. Корочки обычно исчезают к концу 3-й или 4-й недели заболевания. Однако чешуйки, а так же гипо- или гиперпигментация могут оставаться и после разрешения высыпаний опоясывающего герпеса.

При более легкой, *абортивной форме Herpes zoster* в очагах гиперемии также появляются папулы, но пузырьки не развиваются.

При *геморрагической форме* заболевания пузырьковые высыпания имеют кровянистое содержимое, процесс распространяется глубоко в дерму, корочки приобретают темно-коричневый цвет. В некоторых случаях дно пузырьков некротизируется и развивается *гангренозная форма Herpes zoster*, оставляющая рубцовые изменения кожи.

Интенсивность высыпаний при ОГ разнообразна: от диффузных форм, почти не оставляющих здоровых участков кожи на стороне поражения, до отдельных пузырьков, нередко сопровождающихся резко выраженными болевыми ощущениями.

Генерализованная форма характеризуется появлением везикулярных высыпаний по всему кожному покрову наряду с высыпаниями по ходу нервного ствола. Повторного проявления инфекции в виде генерализованных высыпаний, как правило, не наблюдается. При наличии иммунной недостаточности (в том числе, при ВИЧ-инфекции) кожные проявления могут появляться вдали от пораженного дерматома – *диссеминированная форма* ОГ. Вероятность появления и степень выраженности диссеминации высыпаний на коже повышаются с возрастом больного.

Поражение *глазной ветви тройничного нерва* наблюдается у 10–15% больных ОГ, высыпания при этом могут располагаться на коже от уровня глаза до теменной области, резко прерываясь по срединной линии лба. Поражение назоцилиарной ветви, иннервирующей глаз, кончик и боковые части носа, приводит к проникновению вируса в структуры органа зрения.

Поражение *второй и третьей ветви тройничного нерва*, а также других черепно-мозговых нервов может приводить к развитию высыпаний на слизистой оболочке полости рта, глотки, гортани и коже ушных раковин и наружного слухового прохода.

Болевой синдром

Боль является основным симптомом опоясывающего герпеса. Она часто предшествует развитию кожной сыпи и наблюдается после разрешения высыпаний (постгерпетическая невралгия, ПГН). Боль при опоясывающем герпесе и ПГН обусловлена различными механизмами. На ранних стадиях течения ОГ формируются анатомические и функциональные изменения, приводящие к развитию ПГН, что объясняет связь тяжести первичной боли с последующим развитием ПГН, а также причины неудач противовирусной терапии в профилактике ПГН.

Болевой синдром, как правило, сопровождается нарушениями сна, потерей аппетита и снижением веса, хронической усталостью, депрессией, что приводит к социальной дезадаптации пациентов.

Осложнения опоясывающего герпеса

К осложнениям опоясывающего герпеса относятся: *острый и хронический энцефалит, миелит, ретинит, быстро прогрессирующий герпетический некроз сетчатки*, приводящий к слепоте в 75-80% случаев, *офтальмогерпес (Herpes ophthalmicus) с контралатеральным гемипарезом* в отдаленные сроки, а также *поражения желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы* и др.

Офтальмогерпес - герпетическое поражение любого ответвления глазного нерва. При этом часто поражается роговица, приводя к возникновению *кератита*. Кроме того, поражаются другие части глазного яблока с развитием *эписклерита, иридоциклита, воспаления радужной оболочки*. Сетчатка редко вовлекается в патологический процесс (в виде кровоизлияний, эмболий), чаще поражается зрительный нерв, что приводит к невриту зрительного нерва с исходом в атрофию (возможно, вследствие перехода менингеального процесса на зрительный нерв). При опоясывающем герпесе с поражением глаз высыпания распространяются от уровня глаз до макушки, но не пересекают среднюю линию. Везикулы, локализованные на крыльях или кончике носа (*признак Гетчинсона*), ассоциируются с наиболее серьезными осложнениями.

Ганглиолит коленчатого ганглия проявляется синдромом Ханта. При этом поражаются сенсорные и моторные участки черепно-мозгового нерва (*паралич лицевого нерва*), что сопровождается вестибуло-кохлеарными нарушениями. Высыпания появляются в области распределения его периферических нервов на слизистых оболочках и на коже: везикулы локализуются на барабанной перепонке, наружном слуховом отверстии ушной раковины, наружном ухе и на боковых поверхностях языка. Возможна односторонняя потеря вкуса на 2/3 задней части языка.

Высыпания ОГ могут располагаться в области копчика. При этом развивается картина нейрогенного мочевого пузыря с нарушениями мочеиспускания и задержкой мочи (за счет миграции вируса на соседние автономные нервы); может ассоциироваться с ОГ сакральных дерматомов S₂, S₃ или S₄.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС У ДЕТЕЙ

Имеются единичные сообщения о заболевании детей опоясывающим герпесом. К факторам риска возникновения ОГ у детей относятся: ветряная оспа у матери во время беременности или первичная инфекция VZV в 1-й год жизни. Риск заболевания ОГ повышен у детей, которые переболели ветряной оспой в возрасте до 1 года.

Опоясывающий герпес у детей протекает не так тяжело, как у пожилых пациентов, с меньшей выраженностью болевого синдрома; постгерпетические невралгии также развиваются редко.

Лечение

При простом герпесе применяют противовирусные препараты: ацикловир, валтрекс, фамцикловир. Ацикловир назначают внутрь по 200 мг 5 раз в 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% оксодиную; 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.

Для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции назначаются спиртовые 1–2% растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукорцин.

При наличии буллезных высыпаний пузыри вскрывают (надрез стерильными ножницами) и тушируют анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0,5% р-р хлоргексидина биглюконата и др.).

Для лечения детей, больных ОГ, рекомендуется назначение ацикловира** 20 мг на кг массы тела перорально 4 раза в сутки в течение 5 дней.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиология

Папилломавирусы являются причиной различных бородавок. Относятся к семейству Паповавирусов (Papovaviridae), объединяющих группу ДНК-содержащих вирусов. 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

Бородавки обыкновенные (вульгарные) локализуются преимущественно 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.

Принципы терапии 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, электротермокаустика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж;
- цитотоксические препараты: кондилилин, подофиллотоксин, филлотоксин, 5-фторурацил.

Лечение детей

Методами выбора лечения бородавок у детей являются физические методы деструкции, не вызывающие токсических побочных реакций.

Физические методы

Электрокоагуляция

Вирусные бородавки методом электрокоагуляции удаляют послойно. Воздействие электротоком проводят под местной инфильтрационной анестезией путем легкого контакта игольчатого наконечника электрода с поверхностью образования. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина.

Криодеструкция

Замораживание патологического образования производится с помощью жидкого азота, закиси азота, двуокиси углерода. С целью деструкции используют насадки круглой формы с гладкой контактной поверхностью. Охлажденный криозонд помещают перпендикулярно поверхности кожи и плотно прижимают к ней. Экспозиция составляет 1–5 мин. При деструкции плоских и вульгарных бородавок применяется одноцикловый метод, подошвенных бородавок – метод

«олимпийских колец» и двухциклового метод. Повторное криовоздействие проводят через 7-10 дней.

Лазерная деструкция

Бородавки удаляют послойно. Воздействие осуществляют контактным способом, сканирующими движениями световода, в непрерывном режиме работы аппарата, с экспозицией от 2-5 секунд до 2-3 минут в зависимости от размера бородавки. Образовавшийся в процессе лазерной абляции струп иссекают ножницами, затем дно раны вторично облучают лазером. После облучения разрушенные ткани удаляют марлевым тампоном, смоченным спиртовым раствором или раствором перекиси водорода. Пациенту рекомендуется обрабатывать раневую поверхность растворами анилиновых красителей (бриллиантового зеленого, фукорцина) 2-4 раза в сутки, избегать травмирования раны и контакта с водой, а также самостоятельного удаления струпа до окончания процесса заживления. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина.

Радиохирургическая деструкция

Метод основан на генерации электромагнитной волны различных частот в диапазоне от 100 кГц до 105 МГц. Радиоволна большой мощности проходит от рабочего электрода через ткань, вызывая незначительный разогрев в месте касания рабочего электрода, при этом происходит разрыв или рассечение ткани без механического усилия или коагуляции. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина.

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

Клиническая картина

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. При надавливании из узелков выделяется кашицеобразная масса.

Лечение

Основным направлением терапии является деструкция элементов контагиозного моллюска. Учитывая возможность аутоинокуляции, необходимо удаление всех элементов контагиозного моллюска, для чего перед проведением терапии следует провести осмотр всей поверхности кожного покрова больного, обращая внимание на складки кожи. Пациентам следует рекомендовать не брить участки кожи с высыпаниями, поскольку это может привести к аутоинокуляции.

Методы деструкции

Кюретаж – механическое удаление очагов поражения кюреткой. Процедура болезненна. После кюретажа возможно возникновение мелких, слегка западающих рубцов. Неудачи терапии методом кюретажа могут быть обусловлены большим количеством высыпаний и сопутствующей дерматологической патологией (атопическим дерматитом).

Криотерапия: на каждый элемент контагиозного моллюска воздействуют жидким азотом в течение 6–20 сек. Если высыпания сохраняются, процедуру повторяют через неделю. Процедура криотерапии сопровождается болезненностью и образованием пузырей, после нее возможны нарушение пигментации кожи, формирование слабо выраженных рубцов.

Эвисцерация (вылушивание) проводится тонким пинцетом и рекомендуется для удаления свежих высыпаний. Данный метод позволяет получить материал для последующей патогистологической верификации диагноза.

Лазеротерапия: элементов контагиозного моллюска СО₂ лазером или импульсным лазером на красителях с характеристиками: длина волны 585 нм, частота 0,5–1 Герц, размер пятна – 3–7 мм, плотность энергии 2–8 Дж/см², длительность импульса – 250–450 мс. Если после процедуры лазеротерапии высыпания сохраняются, повторную деструкцию проводят через 2–3 недели.

Электрокоагуляция элементов контагиозного моллюска.

Для уменьшения боли и дискомфорта во время деструкции элементов контагиозного моллюска используется местная анестезия.

После деструкции элементов контагиозного моллюска проводят обработку участков кожи, на которых они располагались, антисептиками: йод + [калия йодид + этанол], 5% спиртовой раствор.

У больных *атопическим дерматитом* высок риск формирования рубцов при большом количестве высыпаний, в связи с чем проведение кюретажа нежелательно.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Какие морфологические элементы сыпи характерны для простого герпеса?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 2

У каких детей повышен риск заболевания опоясывающим лишаем?

1.

ЗАДАНИЕ № 3

Какие вирусы являются причиной различных бородавок?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 4

Вирусу какого заболевания идентичен вирус опоясывающего лишая?

1.

ЗАДАНИЕ № 5

Основной субъективный симптом опоясывающего лишая:

1.

ЗАДАНИЕ № 6

Излюбленная локализация контагиозного моллюска у детей.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 7

Метод лечения контагиозного моллюска у детей.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 8

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. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) волдыри
- 2) сгруппированные пузырьки
- 3) папулы лентикулярные
- 4) язвы
- 5) рубцы

4. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) цвет нормальной кожи
- 2) (+) симптом Пospelова
- 3) синюшно-красный цвет
- 4) сетка Уикхема
- 5) зуд

5. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

- 1) относится к ИППП
- 2) дифференцируют с розовым лишаем
- 3) никогда не рецидивирует
- 4) необходимо назначение кортикостероидов
- 5) необходимо назначение фунгицидных средств

6. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) отсутствие болезненности
- 2) удовлетворительное состояние
- 3) диссеминация высыпаний по ходу сосудов
- 4) асимметричность и группировка высыпаний
- 5) рецидивы

7. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) синафлан
- 2) анилиновые красители
- 3) ихтиоловую мазь
- 4) серную мазь
- 5) медифокс

8. К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) ламизил

- 2) метисазон
- 3) нистатин
- 4) фуцидин
- 5) дифлюкан

9. 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

10. 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

11. 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

12. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПОЯВЛЕНИЮ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипергидроз
- 2) микоз стоп
- 3) снижение иммунитета
- 4) применение антибиотиков
- 5) травматические повреждения

13. ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ

- 1) при назначении их в комплексе с другими препаратами
- 2) при назначении их в первые часы (дни) заболевания
- 3) при длительном применении их
- 4) при применении препарата в различных лекарственных формах
- 5) при микстинфекции

ЗАДАНИЕ № 9

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

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 0,3 см 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.

2. 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 0,5 см 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?

3. На прием к врачу обратился больной 18 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 0,3 см. Расположены пузырьки на фоне гиперемизированной и слегка отечной кожи. Содержимое пузырьков – серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной и гиперемизированной 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

4. На прием к врачу обратился мужчина 20 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 гиперемизирована, отечна. На этом фоне располагаются тесно сгруппированные напряженные пузырьки с серозным содержимым, величиной от 0,2 до 0,4 см 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 гиперемизированном 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?

5. К венерологу обратился подросток 18 лет с жалобами на появление образований в области

головки полового члена.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение 2-х недель, когда в области головки полового члена появились возвышающиеся образования. Самостоятельно не лечился. Не женат. Ведет активную половую жизнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти. Высыпания представлены пальцеобразными выпячиваниями бледно-розового цвета.

1. Поставьте диагноз
2. Дайте определение заболеванию
3. Этиология заболевания
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
5. Составьте план обследования больного.

6. На консультацию к дерматологу направлен подросток с жалобами на болезненные высыпания на коже груди, повышение температуры тела, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение нескольких дней, когда после резкого переохлаждения появились пузырьки на правой половине грудной клетки, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. В течение последних трех дней приступообразно возникли новые высыпания, болезненность резко усилилась.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диффузный характер. Асимметричный. На правой половине грудной клетке с переходом на правую лопатку по ходу межреберных нервов на фоне отечной эритематозной кожи сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, эрозии, серозные корочки.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данного заболевания.
3. На чем основана диагностика данного заболевания?
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

Тема 8. Сифилис. Общее течение. Пути заражения.

Особенности клинических проявлений заразных форм сифилиса (первичный, вторичный) у детей. Третичный сифилис

АННОТАЦИЯ

Сифилис – это хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, свойственное исключительно человеческому роду, возникающее вследствие заражения или врожденной передачи и поражающее все ткани и органы человека.

Этиология

Возбудителем сифилиса является бледная трепонема. В своем строении бледная трепонема имеет чехол, который не всегда хорошо выражен, не стоек. Концы бледной трепонемы заострены, имеются образования – блефаропласты. К ним прикреплены фибриллы (полый цилиндр, на который намотана спираль). Поверхностные и глубокие фибриллы обеспечивают различный характер движения бледной трепонемы. Они расположены между наружной стенкой и цитоплазматической мембраной, но в определенные периоды жизни могут располагаться снаружи трепонемы. Наружная стенка имеет трехслойное строение. Значение этих слоев различно. Нарушение наружной стенки не губительно для жизнеспособности трепонемы (в отличие от нарушения цитоплазматической мембраны). С цитоплазматической мембраной связан ряд жизненных функций. Она является местом локализации многих ферментных систем и антигенов, выполняет барьерные функции, ограничивает проникновение токсических веществ и медикаментов внутрь клетки. В цитоплазме видны мезосомы, рибосомы, ядерная вакуоль. Основная их функция – снабжение энергией в точках усиленного роста. Чаще они расположены около мест деления. Электронная микроскопия установила наличие форм устойчивого выживания бледных трепонем – цист и L-форм. Бледная трепонема чаще всего (как тканевой паразит) располагается в межтканевых щелях, различных клетках, в периваскулярном пространстве, встречается в периферии и эпителии. Цисты и L-формы чаще наблюдаются при латентных и поздних формах сифилиса, мало активны, макроорганизм и трепонемы в этих случаях сосуществуют. Стандартные серологические реакции слабоположительные или даже отрицательные. Трепонемы в формах устойчивого выживания весьма резистентны к внешним воздействиям, в том числе к антителам и антибиотикам. Фагоцитоз при сифилисе является незавершенным. Защищаясь, бледная трепонема вырабатывает вокруг себя мембраны и становится окруженной полимембранными фагосомами. Трепонемы в полимембранных фагосомах более устойчивы к лечению и воздействиям антител.

Классическое течение сифилитической инфекции

В период существования сифилитической инфекции в организме больного развивается иммунитет, который носит название нестерильного, инфекционного. Он существует до тех пор, пока в организме имеется возбудитель. Инфекционный иммунитет сопровождается аллергической реакцией. Вместе с исчезновением инфекционного иммунитета исчезает инфекционная аллергия. Бледная трепонема попадает в организм, размножается. В ответ на это в организме начинают вырабатываться антитела. В результате этого, большая часть возбудителя гибнет, наступает скрытый период болезни – без клинических проявлений. Однако оставшиеся бледные трепонемы при благоприятных для них условиях, вновь начинают активно размножаться и обуславливают наступление рецидива. После этого вновь мобилизуются защитные силы организма. Таким образом, формируется волнообразное течение сифилиса.

Инкубационный период.

В настоящее время отмечается удлинение инкубационного периода до 30-35 дней (описаны случаи до 3-4 месяцев, и даже до 6 месяцев). Укорочение периода возможно до 10-15 дней. Удлинение чаще происходит при лечении сопутствующих заболеваний антибиотиками. Имеет значение состояние макроорганизма, массивность заражения и вирулентность микроорганизма. Уже в инкубационном периоде человек является заразным.

Пути передачи.

2. Половой путь заражения
3. Бытовой путь заражения
4. Профессиональный путь заражения
5. Гемотрансфузионный путь заражения
6. Трансплацентарный путь заражения

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Для этого периода характерны следующие проявления:

1. Твердый шанкр.
2. Регионарный склероденит.
3. Изменение иммунологической реактивности организма, проявляющееся положительными серологическими реакциями.
4. Полиаденит в конце первичного периода.
5. У 20% больных нарушение общего состояния, связанное со спирохетной септициемией (слабость, недомогание, повышение температуры, ночные костные боли).

Характерные признаки классического твердого шанкра:

- А. Язва или эрозия (трещина)
- Б. Правильная геометрическая форма (округлая, овальная)
- В. Уплотнение в основании
- Г. Цвет сырого мяса
- Д. Безболезненность
- Е. При поскабливании серозное отделяемое

Атипичные формы твёрдого шанкра:

- А. Шанкр-панариций
- Б. Шанкр-амигдалит
- В. Индуративный отёк

Осложнения твердого шанкра:

1. Баланит
2. Баланопостит
3. Фимоз
4. Парафимоз
5. Гангренизация
6. Фагеденизм

Дифференциальная диагностика твердого шанкра

А. Типичные

- **Эрозия:** эрозивный баланопостит, генитальный герпес, гонорейные, трихомонадные эрозии, травматическая эрозия, буллезная токсикодермия, эрозии при различных дерматозах
- **Язва:** мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва, молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва

Б. Атипичные

- **Шанкр-панариций:** панариций
- **Шанкр-амигдалит:** лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана
- **Индуративный отек:** у женщин бартолинит, абсцесс; у мужчин пластическая индурация, слоновость полового члена.

Регионарный склероденит возникает через 5-8 дней после появления твёрдого шанкра. Лимфатические узлы увеличены до размеров сливы, грецкого ореха и более; безболезненные, имеют плотно-эластическую консистенцию.

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА

Вторичный период сифилиса начинается через 2,5-3 месяца после заражения и характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках высыпаний – вторичных сифилидов. При вторичном сифилисе поражаются также внутренние органы, суставы, мышцы, кости, сосуды, органы слуха, зрение, нервная и эндокринная система. Но эти поражения, как правило, протекают доброкачественно, характеризуются функциональными нарушениями и успешно поддаются противосифилитическому лечению.

Вторичные сифилиды не вызывают никаких субъективных ощущений, не имеют ярко-воспалительной окраски, появляются толчками и разрешаются, не оставляя следа, за исключением пустулёзных сифилидов.

Клинические проявления пятнистого сифилида

Вторичные сифилиды представлены пятнистыми (розеола), папулёзными и пустулёзными высыпаниями.

Наиболее частым и ранним проявлением вторичного периода сифилиса является *розеола*. Это сосудистое воспалительное пятно величиной с ноготь мизинца. Как правило, розеола не сливается между собой, не шелушится, при надавливании стеклом – исчезает. Излюбленная локализация розеола – боковые поверхности туловища, живот. Иногда пятнистые высыпания проходят для больного незаметно.

Дифференциальная диагностика сифилитической розеола

1. отрубевидный лишай
2. токсикодермия
3. инфекционная эритема (при брюшном, сыпном тифе, кори, краснухи)
4. розовый лишай Жибера
5. «мраморная кожа»
6. пятная от укусов лобковых вшей

Папулёзный сифилид представлен лентикулярными папулами медно-красного цвета. Реже встречаются на коже туловища милиарные и нумулярные папулы.

Различают следующие клинические разновидности папулёзного сифилида:

1. Ладонно-подошвенный (часто трактуемый больными как омозолелости).
2. Эрозивно-язвенный (при локализации на половых органах, вокруг ануса – особо заразителен.)
3. Широкие кондиломы (гипертрофические папулы на половых органах и вокруг ануса).
4. Псориазиформный сифилид (папулы с шелушением напоминают псориазные).
5. Себарейный папулёзный сифилид (у себарейных субъектов).
6. Папулёзный сифилид слизистой полости рта (папулы опалового цвета).

Дифференциальная диагностика папулёзного сифилида

1. псориаз
2. красный плоский лишай
3. парapsoriasis
4. остроконечные кондиломы
5. геморроидальные узлы
6. вегетирующая пузырчатка
7. ладонно-подошвенная кератодермия
8. микоз стоп
9. ангина Венсана
10. дифтерия
11. красная волчанка
12. себорея

Пустулёзный сифилид относится к сравнительно редким сифилидам, является показателем недоброкачественного течения сифилиса. Пустулёзные сифилиды, разрешаясь, оставляют на

коже рубцы. Серологические реакции нередко дают отрицательный результат. Пустулезные сифилиды более упорно противостоят специфическому лечению. Различают сифилитическую эктиму, рупию, угревидный, оспенновидный, и импетигиозный сифилид.

Во вторичном периоде сифилиса характерно развитие сифилитического облысения, выпадение бровей и ресниц. Это результат нервно-трофических нарушений при сифилисе. Различают 3 формы сифилитического облысения: мелкоочаговое, диффузное и смешанное. Также во вторичном периоде возможно появление пигментного сифилида – сифилитической лейкодермы. Лейкодерма стойкая, исчезает через 6-8 месяцев, иногда через 1,5-2 года, даже при полноценном лечении. Проявляется пятнами гипопигментации различных размеров на фоне умеренно гиперпигментированной кожи, задней и боковых поверхностей шеи, реже – на груди. Различают лейкодерму пятнистую, кружевную и мраморную. Сифилитическую лейкодерму следует дифференцировать с вторичной лейкодермой после отрубевидного лишая, псориаза, себореи, а также с витилиго.

При заражении детей бытовым путем шанкры локализуются на красной кайме губ, в углах рта, миндалинах и на пальцах кистей. Шанкр в области миндалин напоминает амигдалит, в углах рта имеет вид эпителизирующейся заеды с уплотнением в основании. На красной кайме губ и на коже пальцев шанкры покрыты корочкой и сопровождаются выраженным регионарным склерадениом. При половом заражении шанкры у детей имеют типичный вид. Клиника вторичного сифилиса у детей мало отличается от клинических проявлений этой стадии болезни у взрослых.

Третичный период сифилиса

Развивается через 3-4 года с момента заражения, может развиваться спустя многие годы при бессимптомном течении инфекции. Возникает как правило у нелеченных или плохо леченных больных ранними формами сифилиса. Развитию способствуют детский и старческий возрасты, сопутствующие тяжёлые соматические заболевания.

Сифилиды третичного периода представлены бугорками и гуммами, малозаразительны, необильны, располагаются на ограниченных участках, регрессируют медленно.

Бугорки, как правило, изъязвляются, формируются мозаичные рубцы, реже – рассасываются, оставляя рубцовую атрофию. Гуммы представляют собой четко ограниченные, плотные, безболезненные образования. Как правило, гуммы изъязвляются, образуя глубокие язвы.

Рубец втянутый, безобразный, звездчатый. Реже гуммы могут рассасываться, оставляя рубцовую атрофию, или замещаться соединительной тканью. На слизистой полости рта, на твердом небе гуммы дают перфорации. При деструкции твердого неба полость рта сообщается с полостью носа. Нарушается фонация, жидкая пища вытекает из носа.

Сифилитический глоссит характеризуется увеличением языка, появлением на его поверхности борозд – «мошоночный» язык, затем вследствие развития соединительной ткани уменьшается в размерах, становится «деревянным», искривляется, затрудняется прием пищи и речь. Гуммозные поражения слизистой носа появляются на перегородке носа, на границе между хрящевой и костной частями. При распаде инфильтрата возникает язва, появляется гнойное отделяемое, разрушается костная ткань, западает стенка носа («седловидный» нос). Сифилитические бугорки следует дифференцировать с туберкулезной волчанкой, базально-клеточной карциномой, саркоидом, туберкулоидной лепрой. Сифилитические гуммы нужно отличать от липомы, уплотненной эритемы Базена, колликувативного туберкулеза кожи, хронической узловатой пиодермии.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Какими морфологическими элементами сыпи представлены высыпания во вторичном периоде сифилиса?

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 2

Дифференциальная диагностика эрозивного твёрдого шанкра.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 3

Характерные признаки твёрдого шанкра.

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ЗАДАНИЕ № 4

Атипичные формы бледной трепонемы.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 5

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую алопецию?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 6

Как проявляется сифилитическая лейкодерма у больных сифилисом?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 7

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. 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

2. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) чешуйкой
- 2) пятном
- 3) бугорком
- 4) язвой
- 5) лихенификацией

3. ЭВОЛЮЦИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ

- 1) рубец
- 2) исчезает бесследно
- 3) лихенификация
- 4) рубцовая атрофия
- 5) вегетации

4. СРЕДИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) индуративный отек
- 2) фимоз
- 3) парафимоз
- 4) гангренизацию
- 5) баланопостит

5. ШАНКР-АМИГДАЛИТ - ЭТО

- 1) эрозия миндалина
- 2) язва миндалина
- 3) увеличенная в размерах синюшно-красная миндалина
- 4) увеличенная в размерах обычной окраски миндалина
- 5) заглочный абсцесс

6. ДЛЯ РЕГИОНАРНОГО СКЛЕРАДЕНИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) болезненность
- 2) узлы спаяны между собой
- 3) мягкая консистенция
- 4) абсцедирование
- 5) безболезненность

7. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ

- 1) через 1 месяц

- 2) через 2-3 месяца
- 3) через 5-6 месяцев
- 4) через 6-8 месяцев
- 5) через 1 год

8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) с токсикодермией
- 2) с псориазом
- 3) с красным плоским лишаем
- 4) с экземой
- 5) с контагиозным моллюском

9. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) красным плоским лишаем
- 2) парафимозом
- 3) отрубевидным лишаем
- 4) экземой
- 5) пузырчаткой

10. ХАРАКТЕРНОЕ ШЕЛУШЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКИХ ПАПУЛ

- 1) от периферии к центру
- 2) от центра к периферии
- 3) по всей поверхности папулы
- 4) по правой половине папулы
- 5) по левой половине папулы

11. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА

- 1) папулы ладоней и подошв
- 2) обильная розеолезная сыпь
- 3) сгруппированные бугорки
- 4) широкие кондиломы
- 5) мелкоочаговое облысение

12. ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА

- 1) узел, бугорок
- 2) папула, волдырь
- 3) везикула, пятно
- 4) пустула
- 5) папула

13. ЭВОЛЮЦИЯ БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА

- 1) трансформация в гумму
- 2) бесследное исчезновение
- 3) рассасывание с рубцовой атрофией
- 4) формирование вегетации
- 5) переход в лихенизацию

14. ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ГУММЫ

- 1) изъязвление, замещение фиброзной тканью
- 2) бесследное исчезновение
- 3) вегетация
- 4) лихенификация
- 5) нет верного ответа

ЗАДАНИЕ № 8

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. К врачу дерматовенерологу обратился подросток 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 виды лечения заболевания существуют?

2. К отоларингологу обратилась девочка 14 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.

3. К урологу обратился подросток 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.

4. К врачу дерматовенерологу обратился больной 18 лет с жалобами на высыпания на коже туловища. При осмотре на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь, в области ладоней и подошв папулы. Вокруг ануса гипертрофические, эрозивные папулы. Выражен полиаденит. В области уздечки полового члена рубчик размером 0.2-0.3 см.

1. Какой следует поставить диагноз?
2. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие варианты папулезного сифилида Вы знаете?

5. К отоларингологу обратилась больная 18 лет с жалобами на осиплость голоса, незначительную болезненность при глотании, появившиеся неделю назад; недомогание, утомляемость.

При осмотре полости рта на миндалинах обнаружены белесоватого цвета папулы величиной до горошины.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика отоларинголога в отношении больной.
3. Перечислите возможные проявления заболевания на слизистой оболочке полости рта.
4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.

Тема 9. Ранний и поздний врожденный сифилис. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения детей больных сифилисом

АННОТАЦИЯ ВРОЖДЁННЫЙ СИФИЛИС

Под врождённым сифилисом понимают сифилитическую инфекцию, существующую у ребенка еще до рождения. При заражении ребенка сифилисом во время прохождения через родовые пути с возникновением твердого шанкра, речь идет о приобретенном сифилисе. Инфекция передается от больной матери плоду через пупочную вену или лимфатические щели пупочных сосудов на 4-5 месяце беременности.

Ранний врождённый сифилис

В настоящее время выделяют ранний врождённый сифилис, наблюдаемый у детей до 2-х лет, поздний врождённый сифилис (после 2-х летнего возраста), который чаще всего проявляется в возрасте 7-14 лет. Также выделяют ранний врождённый сифилис скрытый и поздний врождённый сифилис скрытый – без клинических симптомов, сопровождающийся положительными серологическими реакциями.

Характерны изменения со стороны кровеносных сосудов, специфические патологические изменения в печени, почках, легких, селезенке, поджелудочной железе и других органах. Гистологические изменения характеризуются изменениями стенок сосудов и разрастанием соединительной ткани.

Сифилитические пневмонии приводят к внутриутробной гибели плода. Плод обычно погибает между 4 и 7 лунными месяцами, иногда раньше. Плацента увеличена в размерах, бледная, в норме соотношение массы плаценты и массы плода 1:6, 1:5. При патологии – 1:4 или 1:3.

У новорожденных с врожденным сифилисом кожа морщинистая, дряблая, «старческий вид» отличает таких детей. Нередко голова увеличена, выражена сеть венозных сосудов. Отмечаются явления дистрофии. Дети плохо прибавляют в массе, не могут сосать, беспокойны, плохо спят, иногда при резких движениях издают пронзительный крик (симптом Систо).

Патогномоничные признаки раннего врождённого сифилиса

1. Сифилитическая пузырчатка
2. Высыпания сифилидов свойственных вторичному периоду (розеолы, папулы)
3. Малый вес
4. Остеохондрит Вегнера
5. Хориоретинит
6. Гидроцефалия
7. Сифилитический ринит
8. Слабое развитие гиподермы («старческий вид»)
9. Псевдопаралич Парро
10. Увеличение печени и селезенки
11. Диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера
12. Специфический менингит
13. Анемия

Наиболее ранней сыпью является *сифилитическая пузырчатка*. Она часто наблюдается уже

при рождении. Пузыри расположены на плотном основании, имеют плотную, напряженную покрывку, содержимое серозное или серозно-геморрагическое. Локализуются на ладонях и подошвах, реже – на других участках. При этом у ребёнка могут быть высыпания розеол и папул, а также другие проявления сифилиса.

Другим патогномичным признаком является диффузная папулезная *инфильтрация Гохзингера*. Возникает, как правило, на 8-10 неделе жизни ребенка. Предшествует диффузная эритема. Чаще поражение локализуется на подбородке, губах, в углах рта; поражаются ладони, подошвы, волосистая часть головы, задняя поверхность бедер, ягодицы, кожа в области локтевых и коленных суставов. Формируется диффузное уплотнение кожи, своеобразный блеск кожи, возникают эрозии и трещины, покрытые желтовато-бурыми корочками. В отделяемом эрозий обнаруживаются бледные трепонемы. После заживления трещин на всю жизнь остаются беловатые лучистые рубцы (симптом Робинсона-Фурнье).

Нередко бывает *сифилитический ринит*. Дыхание затрудненное, ребенок дышит ртом. В развитии сифилитического ринита различают 3 стадии:

I стадия (сухая) – значительное набухание слизистой оболочки, своеобразное затруднённое дыхание;

II (катаральная) – из носа выделяется слизистый, а в дальнейшем гнойный и кровянистый секрет;

III (язвенная) – обильные гнойно-кровянистые зловонные выделения, трещины, эрозии слизистой оболочки носа, приводящие иногда к носовым кровотечениям.

Если лечение своевременно не начато, патологический процесс переходит на носовые хрящи и кости, и возникает деформация носа (седловидный нос).

Остеохондрит Вегнера. Это нарушение образования кальция и торможение развития остеобластов. Обнаруживается в первые 3 месяца жизни у 85% больных ранним врождённым сифилисом. У детей старше 1 года не встречается. Может быть единственным признаком раннего врождённого сифилиса. Нередко сопровождается периоститами. Отмечается в области рёбер, лопаток, тазовых костей, костей черепа, но чаще поражает трубчатые кости верхних и нижних конечностей. Для практических целей достаточно сделать 2 рентгенограммы (обоих предплечий с дистальным концом плечевой кости и обеих голеней с дистальным концом бедренной кости).

Стадии развития остеохондрита Вегнера:

I стадия – характерна светлая или беловато-жёлтая полоска шириной 2мм (в норме 0,5мм) в зоне предварительного обызвествления. Иногда эти изменения могут наблюдаться при других заболеваниях и даже у здоровых детей.

II стадия – имеется расширенная (до 2-4мм) светлая полоска с зазубренными краями, обращёнными в сторону эпифиза.

III стадия – образуется грануляционная ткань, расположенная под хрящевым слоем ближе к диафизу. На рентгенограммах тёмная, шириной 2-4мм, полоса разрежения на границе между эпифизом и диафизом. возможен внутриэпифизарный перелом кости (псевдопаралич Парро). При псевдопараличе Парро чувствительность сохранена, электровозбудимость мышц нормальная.

При врожденном сифилисе уже в первые месяцы жизни ребенка обнаруживаются поражения печени и селезенки (увеличиваются в размерах, становятся плотными). В легких развивается интерстициальная пневмония. Наблюдаются анемия, увеличение СОЭ. При поражении ЦНС развиваются менингит, менингоэнцефалит, поражения глаз (ириты, хориоретиниты).

Поздний врожденный сифилис

Поздний врожденный сифилис начинается у детей в возрасте от 2 лет и старше, чаще регистрируется в возрасте 7-14 лет.

Выделяют достоверные и вероятные признаки позднего врожденного сифилиса. К достоверным признакам относится триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, специфический лабиринтит, зубы Гетчинсона. До прорезывания постоянных зубов изменения выявляют на рентгенограмме. Триаду Гетчинсона обнаруживают редко. Чаще наблюдаются один или два симптома.

К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса относят: рубцы Робинсона-Фурнье, ягодицеобразный череп, «седловидный» нос, дистрофию зубов в виде кистеобразных больших коренных зубов и клыков, «саблевидные» голени.

Также выделяют дистрофии: высокое готическое твердое небо, инфантильный мизинец, симптом Авситидийского, аксифоидия, диастема Гаше.

Зубы Гетчинсона встречаются у 15-20% больных поздним врожденным сифилисом. Оба передних верхних резца имеют бочкообразную форму (шире на уровне шейки, чем на режущем крае). На свободном крае зуба видны полулунные выемки. С возрастом края зубов стачиваются и к 20-25 годам зубы становятся короткими с широким краем.

Паренхиматозный кератит наблюдается у 50% больных поздним врожденным сифилисом. Сопровождается светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом. Отмечается перикорнеальная инъекция сосудов, диффузное или очаговое помутнение роговицы.

Лабиринтная глухота возникает обычно в возрасте от 6 до 15 лет. Обусловлена воспалением и геморрагиями в области лабиринта в сочетании с дегенерацией слухового нерва. Обычно бывает двусторонней.

Сочетание достоверных признаков с вероятными, с положительными серологическими реакциями у ребенка и его родителей являются основанием для постановки диагноза позднего врожденного сифилиса.

Лабораторная диагностика сифилиса

Серологические методы

Нетрепонемные тесты:

- *реакция микропреципитации (РМП)*

Общая характеристика нетрепонемных тестов:

1. применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипидный антиген);
2. позитивируются через 1-2 недели после образования первичной сифиломы;
3. имеют невысокую чувствительность (до 70–90% при ранних формах сифилиса и до 30% - при поздних), могут давать ложноположительные результаты (3% и более).

Трепонемные тесты:

- *ИФА*
- *иммуноблоттинг*
- *метод ИХЛ (иммунохемилюминесценции)*
- *ПБТ (простые быстрые тесты у постели больного, или иммунохроматографические тесты)*
- *РПГА*
- *РИФ*
- *РИБТ (РИТ) (реакция иммобилизации бледных трепонем)*

Общая характеристика трепонемных тестов:

1. применяется антиген трепонемного происхождения;
2. чувствительность – 70-100% (в зависимости от вида теста и стадии сифилиса);
3. специфичность – 94-100%.

РИФ, ИФА, иммуноблоттинг (ИБ) становятся положительными с 3-й недели от момента заражения и ранее, РПГА и РИБТ — с 7–8-й.

ЛЕЧЕНИЕ

Основные положения:

Рекомендуемые схемы обеспечивают наилучшее соотношение между необходимой эффективностью лечения и доказанной безопасностью применения.

Альтернативные схемы обеспечивают приемлемые результаты лечения при отсутствии возможности использования рекомендуемых схем в случаях:

- ✧ индивидуальной непереносимости лекарственного средства или любого из его компонентов;
- ✧ беременности;
- ✧ лактации;
- ✧ возрастных ограничений;
- ✧ наличия сопутствующих соматических заболеваний;

Выбор между однократными и многократными методиками лечения осуществляется врачом на основании следующих критериев:

- степень тяжести и продолжительность течения заболевания;
- наличие осложнений;
- риск несоблюдения пациентом врачебных рекомендаций;
- социальная адаптированность пациентов;
- особенность ведения половых партнеров;
- особые обстоятельства.

ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. Специфическое лечение назначается больному только после становления диагноза сифилиса с учетом клинических и серологических данных.
2. Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, которые находились в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними (остро заразными) формами сифилиса
3. Профилактическое лечение назначается беременным женщинам болеющим или переболевшим сифилисом, а также детям, родившимся у таких матерей
4. Пробное лечение может быть назначено при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы, органов чувств, опорно-двигательного аппарата и т.п., когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными лабораторными данными, а клиническая картина не позволяет исключить наличие сифилитической инфекции

Специфическое лечение детей, больных ранним и поздним врожденным сифилисом, проводится препаратами пенициллина: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая, бензилпенициллина новокаиновая соль. Разовые и суточные дозы, кратность инъекций с учётом массы тела.

Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Патогномоничные признаки раннего врождённого сифилиса.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 2

С каким инфекционным дерматозом необходимо дифференцировать сифилитическую пузырчатку?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 3

Стадии развития сифилитического ринита и их характеристика:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 4

Возможные области локализации на коже диффузной папулёзной инфильтрации Гохзингера.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 5

В каком возрасте чаще появляются симптомы позднего врождённого сифилиса?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 6

Чем отличается истинная саблевидная голень от ложной?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 7

Перечислите стигмы позднего врождённого сифилиса.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

ЗАДАНИЕ № 8

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. 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

2. ПРИЗНАКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

- 1) симптом Робинсона-Фурнье
- 2) псевдопаралич Парро
- 3) триада Гетчинсона
- 4) саблевидная голень
- 5) лабиринтная глухота

3. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО

- 1) сифилитическая пузырьчатка
- 2) только папулезная сыпь
- 3) лейкоплакия слизистых
- 4) петехиальная сыпь
- 5) эпидемическая пузырьчатка

4. 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

5. ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бугорковая сыпь туловища
- 2) лабиринтная глухота
- 3) седловидный нос
- 4) саблевидные голени
- 5) ягодицеобразный череп

6. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА У БОЛЬНОЙ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННОЙ ПРОИСХОДИТ НА

- 1) 1 - 2 месяце беременности
- 2) 3 месяце беременности
- 3) 4 - 5 месяце беременности
- 4) 6 - 7 месяце беременности
- 5) 8 - 9 месяце беременности

7. ПЕНИЦИЛЛИН НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ

- 1) спиралевидной формы
- 2) инцистированной формы
- 3) растущей формы
- 4) L-формы
- 5) зернистой формы

8. 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

9. СЛЕДУЕТ РАЗЛИЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

- 1) специфическое
- 2) превентивное
- 3) профилактическое
- 4) пробное
- 5) специфическое, превентивное, профилактическое, пробное

ЗАДАНИЕ № 9

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком, у которого на слизистой полости рта неделю назад появились папулезные высыпания. Ребенку 2 месяца. При осмотре на ладонях, на слизистой полости рта в области щек папулы; заложенность носа, насморк. Мать обследовалась в первой половине беременности.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика врача – педиатра.
3. Стадии сифилитического ринита.

2. При проведении медицинского осмотра в военкомате у призывника обнаружены радиальные рубцы вокруг рта и носа, кистеобразные первые моляры.

1. Предположительный диагноз.
2. Дальнейшие мероприятия для подтверждения диагноза.
3. Достоверные признаки позднего врожденного сифилиса.

3. У подростка 15 лет при осмотре полости рта стоматологом обнаружены бочкообразные верхние центральные резцы.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика врача-стоматолога.
3. Дальнейшая тактика врача – венеролога.
4. Вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.

4. К окулисту обратилась больная 16 лет, у которой сосуды склер левого глаза резко инъецированы, беспокоит светобоязнь, помутнение роговицы. Считает себя больной 3 недели.

1. Тактика врача-окулиста.
2. Предположительный диагноз.
3. Тактика венеролога. План обследования для подтверждения диагноза.

Тема 10. Урогенитальные инфекции у детей. Гонорейные и негонорейные вульвовагиниты девочек. Диагностика. Лечение и профилактика

АННОТАЦИЯ

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания. 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 86,1 на 100 000 населения соответственно).

Заболеваемость детей гонореей в последние годы значительно выросла, что напрямую связано с ростом заболеваемости среди взрослых. Заражение может произойти в любом возрасте от периода новорожденности до подросткового.

В период новорожденности заражение происходит преимущественно при прохождении плода через инфицированные родовые пути матери. Описаны единичные случаи внутриутробного инфицирования через околоплодные воды при гонорейном хориоамнионите. При этом поражаются перианальная область, вульва, влагалище, конъюнктивы, глотка, верхние дыхательные пути. Гонококковый ринит, стоматит развивается через несколько дней после родов. Ринит проявляется в виде слизисто-гнойных выделений из носа. Гонорейный стоматит сопровождается эрозиями на поверхности губ, языка, десен, неба. При исследовании отделяемого из эрозий часто обнаруживается гонококк. Гонорейный стоматит и ринит могут сочетаться с конъюнктивитом, ларинготрахеитом, отитом. Применение 30% сульфацил-натрия или 1% нитрата серебра практически полностью исключает возможность развития офтальмогонорей. В связи с недостатком в сыворотке крови новорожденного бактерицидного IgM у них высок риск развития диссеминированной гонококковой инфекции.

В дальнейшем заражение гонореей наиболее часто происходит в возрасте 3-9 и 15-17 лет. Половой путь инфицирования наблюдается у 98,8% подростков в возрасте 11-17 лет. Неполовой путь инфицирования остается преобладающим у детей до 10 лет. Источником инфицирования в 71,3-75% случаев является мать.

Поражения мочеполовых органов характеризуются многоочаговостью. В 100% случаев поражается влагалище и преддверие, в 85% - уретра, в 50-82% - прямая кишка, в 50-75% - шейка матки, реже развивается бартолинит. Не частыми являются поражения глаз, глотки, суставов. Течение гонореи у девочек все чаще становится подострым и торпидным. Встречаются случаи субъективно асимптомного течения.

Инкубационный период 2-3 дня. При острой свежей гонорее ребенок предъявляет жалобы на ощущение зуда и жжения в области промежности, вульвы, жжение при мочеиспускании. Если присоединился цистит появляются боли внизу живота, дизурия. В перианальной области зуд, могут отмечаться боли при дефекации. Ребенок угнетен, стремится полежать. Иногда в течение нескольких дней наблюдается субфебрильная температура.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

При внешнем осмотре слизистая преддверия, малые и большие половые губы отечны, гиперемированы, покрыты слизисто-гнойными выделениями, свободно вытекающими из влагалища. Паховые складки, внутренняя поверхность бедер, промежность мацерируются.

Клиитор и девственная плева отечны. Губки уретры отечны, гиперемированы, при надавливании на уретру со стороны влагалища из нее выделяется гной. При вагиноскопии влагалищная часть шейки матки гиперемирована, отечна, из канала небольшое количество слизисто-гнойного отделяемого. Нередко определяется эрозия шейки матки.

Бартолинит развивается редко, обычно в виде одностороннего каналикулита. Прямая кишка поражается в области наружного сфинктера и на 3 см. выше. Складки наружного сфинктера отечны, гиперемированны, иногда между ними определяются трещины покрытые гнойным налетом.

При подостром течении воспалительный процесс в половой области менее интенсивен: гиперемия слабая и имеет очаговый характер, выделения из уретры и влагалища скудные, слизисто-гнойные, дерматита нет. При вагиноскопии на стенках влагалища определяются четко ограниченные участки гиперемии и инфильтрации, отечность слабо выражена, между складками незначительное количество слизисто-гнойного отделяемого, шейка слабо гиперемирована, отечна, иногда эрозирована. Субъективных жалоб нет.

Хроническая гонорея встречается реже свежей и диагностируется обычно в период обострения. Клинически в период ремиссии протекает асимптомно. Обострение соответствует подострому течению свежей гонореи. При вагиноскопии устанавливают, что нижние 2/3 влагалища не изменены, но 1/3 особенно в задней части свода гиперемирована, зернистая. Могут определяться эндоцервицит, эрозия шейки матки.

Клиника детского сальпингита, пельвиоперитонита, периаппендицита гонококковой этиологии: субфебрильная, фебрильная температура, общее недомогание, схваткообразные боли внизу живота, дизурические, диспептические расстройства, перитонеальные симптомы положительные.

Дифференциальную диагностику проводят с неспецифическими вульвовагинитами развивающимися в результате попадания микроба из внешней среды или гематогенно из отдаленных очагов (тонзиллит, синусит, пиодермия). При этом обнаруживается стафилококк, энтерококк, стрептококк, кишечная палочка, протей, клебсиеллы, а также возбудители ИППП. Иногда встречается дифтерийный вульвовагинит. Также возможно развитие вульвовагинита при глистной инвазии (острицы). Вульвовагиниты, связанные с нарушением обмена веществ и общими заболеваниями: железодефицитная анемия, мочекислый диатез, сахарный диабет ожирение. Вагиниты, развивающиеся по причине химической, термической, механической травматизации влагалища, инородное тело влагалища.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Какими анатомо-физиологическими особенностями строения половых органов у девочек обусловлен неполовой путь заражения гонореей?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 2

Перечислите клинические проявления гонореи новорожденных:

1.
2.
3.

4.

ЗАДАНИЕ № 3

Пути заражения новорожденных гонореей:

1.
2.

ЗАДАНИЕ № 4

Какие субъективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 5

Какие объективные симптомы характерны для гонококкового ринита и стоматита?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 6

Какие субъективные и объективные симптомы характерны для гонококкового конъюнктивита?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 7

Субъективные симптомы больной гонореей девочки:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 8

Объективные симптомы больной гонореей девочки:

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 9

У девочки 3-х лет диагностирована свежая гонорея мочеполовых органов. Опишите локальный статус поражения.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 10

С какими неспецифическими вульвовагинитами необходимо дифференцировать гонорейный вульвовагинит?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 11

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ – ГОНОКОКК ОТНОСИТСЯ

- 1) к парным коккам грам-отрицательным
- 2) к парным коккам грам-положительным
- 3) к парным коккам грам-вариабельным
- 4) к коккобациллам грам-отрицательным
- 5) к коккобациллам грам-вариабельным

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ

- 1) с хламидиями
- 2) с трихомонадами
- 3) с дрожжевым мицелием
- 4) с уреаплазмой
- 5) с гарднереллами

3. В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ

- 1) лактозу
- 2) галактозу
- 3) декстрозу
- 4) сахарозу
- 5) рибозу

4. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ ЭПИТЕЛИЕМ

- 1) многослойным плоским неороговевающим
- 2) переходным
- 3) многослойным плоским ороговевающим
- 4) цилиндрическим
- 5) кубическим

5. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) 30% раствор сульфацила натрия
- 2) 1%-й водный раствор нитрата серебра
- 3) 0,5%-я глазная мазь эритромицин
- 4) 1%-я глазная мазь тетрациклин
- 5) 20% раствор сульфацила натрия

6. В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) цефтриаксон
- 2) пенициллин
- 3) джозамицин
- 4) доксициклин

5) вильпрафен

7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С

- 1) трихомониазом
- 2) микоплазмозом
- 3) кандидозом
- 4) хламидиозом
- 5) со всеми перечисленными

8. КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) через 7 дней
- 2) через 10 дней
- 3) через месяц
- 4) через 3 недели
- 5) через 14 дней

9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ АНТИБИОТИКОМ

- 1) пенициллином
- 2) цефтриаксоном
- 3) вильпрафеном
- 4) эритромицином
- 5) тетрациклином

ЗАДАНИЕ № 12

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. В родильном доме у новорожденного диагностирована гонококковая офтальмия.

1. Укажите путь инфицирования новорожденного.
2. Какие субъективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?
3. Какие объективные симптомы характерны для гонококковой инфекции глаз?
4. Какими препаратами проводится лечение гонококковой офтальмии новорожденных?
5. Профилактика гонококковой офтальмии новорожденных.

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

При осмотре. Губки уретры отечны, гиперемизированы, выделения свободные, гнойные.

При обследовании. В мазках из уретры обнаружены гонококки. 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 подростка?
3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?

3. Девочка 12 лет обратилась к венерологу по поводу умеренных слизисто-гнойных выделений из влагалища, незначительных резей при мочеиспускании. Половая связь со случайным половым партнёром 10 дней назад.

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.

При обследовании. В мазках из цервикального канала и уретры обнаружены гонококки.

Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у детей.
2. Субъективные симптомы заболевания.
3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?

4. У подростка 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 гонококки.

Диагностирована острая гонорея, острый передний уретрит.

1. Пути инфицирования данным заболеванием у взрослых и детей.
2. Какие объективные симптомы характерны для данной инфекции?
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания.

Тема 11. ВИЧ-инфекция. Проявления на коже и слизистой полости рта

АННОТАЦИЯ

ВИЧ-инфекция

Заболевание, вызываемое вирусом иммунного дефицита человека, с избирательным поражением Т-системы иммунитета, финальной стадией которого является синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД).

СПИД

Синдром приобретенного иммунодефицита – иммунологическая болезнь вирусной этиологии с избирательным поражением Т – системы иммунитета.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель:

Т – лимфотропные человеческие ретровирусы 3 – го типа (Human T – limphotropic virus type III – HTLV – III).

Вирус поражает:

- Т – лимфоциты – хелперы
- Тромбоциты
- Клетки эндотелия крови и лимфатических сосудов
- Макрофаги
- Нервные клетки (нейроглию)

Вирус может быть обнаружен во всех биологических жидкостях больного:

- Кровь
- Лимфа
- Сперма
- Слюна
- Слезная жидкость
- Грудное молоко
- Пот

Пути и факторы передачи.

- Половые контакты с больными
- Переливание непроверенной крови
- Повторное использование инъекционных игл, шприцев и др. инструментов
- Трансплацентарная передача
- Передача через грудное молоко

Группы повышенного риска:

- Гомосексуалисты (72% от общего числа больных СПИД)
- Наркоманы (17%)
- Проститутки
- Больные после гемотрансфузий (1,4%)
- Больные гемофилией (0,7%)
- Дети родителей групп риска
- Лица с ИППП

Возрастная и половая структура.

Подавляющее преобладание взрослых (99%). Значительное преобладание мужчин (в 11 раз больше, чем женщин). В возрастных группах 30 - 39 лет и 40 – 49 лет соотношение мужчин и женщин 18:1 и даже 27:1.

Заболевания, сопровождающие СПИД

- Опухоли (саркома Капоши, карциномы, липомы)
- Паразитарные и инфекционные поражения кожи
- Прочие дерматозы (васкулиты, телеангиэктазии, синдром желтых ногтей, крапивница, очаги облысения и др.)

Симптомы на начальных этапах заболевания.

- Утомляемость
- Повышенная температура
- Увеличение лимфатических узлов (локтевые, под – и надключичные, подчелюстные, шейные, околоушные и затылочные)
- Головная боль
- Высыпания разнообразны и неспецифичны
- Содержание Т – лимфоцитов – хелперов в крови близко к нормальному

Симптоматология.

- Инкубационный период от 4 - 6 мес. до 3 – 5 лет и более
- Клинические формы:
 - Легочная
 - Кишечная
 - Церебральная
 - Диссеминированные (саркома Капоши и генерализованные вторичные инфекции)

Критерии клинической диагностики.

- Длительная лихорадка неясной этиологии
- Хронический диарейный синдром (более 1 – 2 мес.)
- Хронические пневмонии неясной этиологии, резистентные к обычной химиотерапии, пневмоцистная пневмония
- Лимфопения неясной этиологии
- «Беспричинное» снижение массы тела больного на 10% и более
- Лимфомы центральной нервной системы
- Саркома Капоши у лиц моложе 60 лет
- Частые эндогенные или экзогенные реинфекции

Возбудители диссеминированных форм ВИЧ-инфекции

Условно патогенные и патогенные микроорганизмы:

- Вирусы (простого герпеса и опоясывающего лишая; Эпштейна – Барр, цитомегаловирусы, ВПЧ)
- Простейшие (токсоплазмы, пневмоцисты, криптоспоридии)
- Грибы (рода *Candida*, *Trichophyton*; аспергиллы, криптококки и др.)
- Бактерии (пиококки, туб. микобактерии, легионеллы, клебсиеллы, актиномицеты)

Дерматозы - ранние и чувствительные маркеры ВИЧ-инфекции.

Обладают комплексом следующих характеристик:

- Инфекционно – паразитарная природа
- Четкие отклонения от типичной клинической картины
- Тенденция к диссеминации
- Упорное течение
- Стойкость к традиционной терапии
- Сочетание с генерализованной лимфаденопатией

Инфекционные поражения кожи и слизистых.

- Микотические поражения кожи (за пределами обычной локализации. Глубокие микозы)
- Кандидоз с поражением слизистой полости рта, пищевода, гениталий, прямой кишки и

перианальной области; поражения внутренних органов

- Себорейный дерматит
- Герпетическая инфекция (простой герпес, опоясывающий лишай)
- Контагиозный моллюск, бородавки
- Пиодермии (шанкриформная пиодермия, фолликулиты, стрептодермии)

Поражения слизистой полости рта.

- Различные клинические формы кандидоза (у 60 – 75% больных «беспричинный кандидоз»)
- Бактериальная инфекция полости рта (язвенно – некротический гингивит)
- Агрессивная форма парадонтита (ВИЧ – парадонтит)
- Вирусные инфекции (герпетический стоматит, опоясывающий лишай)
- Саркома Капоши (у 20 – 40% больных)
- «Волосистая» лейкопектия (чаще на боковых поверхностях языка)
- Заболевания неясной этиологии (афтозные стоматиты, сухость слизистой, двухсторонние опухоли околоушных слюнных желез)

У 45% больных ВИЧ лимфаденопатия в области головы и шеи.

Диагностика.

- Клинические данные
- Результаты лабораторных исследований:
 - ИФА
 - Непрямая реакция иммунофлюоресценции
 - Иммуноблоттинг
 - Радиоиммунологический анализ
 - Радиоиммунопреципитация

Глобальная программа по СПИДу.

Программа рассчитана на достижение трех целей:

- Предотвращение новых случаев заражения
- Обеспечение помощи и ухода для уже заразившихся
- Координация действий по борьбе со СПИДом, предпринимаемых в отдельных странах и в мире в целом.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЗАДАНИЕ № 1

Характерные общие клинические симптомы у ВИЧ-инфицированных?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 2

Пути и факторы передачи ВИЧ-инфекции:

1.
2.
3.
4.
5.

ЗАДАНИЕ № 3

Возбудители диссеминированных форм ВИЧ-инфекции:

1.
2.
3.
4.

ЗАДАНИЕ № 4

Как проявляется саркома Капоши у ВИЧ-больных?

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 5

Какие инфекционные дерматозы являются маркёрами ВИЧ-инфекции?

1.
2.
3.

ЗАДАНИЕ № 6

Опишите проявления волосистой лейкоплакии на слизистой полости рта.

Ответ: _____

ЗАДАНИЕ № 7

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ТИПИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пиодермии
- 2) микозы
- 3) вирусные дерматозы
- 4) саркома Капоши
- 5) пиодермии, микозы, вирусные дерматозы, саркома Капоши

2. СПИД-МАРКЕРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) оппортунистические инфекции внутренних органов
- 2) поражения нервной системы
- 3) саркому Капоши
- 4) волосатую лейкоплакию языка
- 5) все перечисленное

3. ИНФЕКЦИЯ ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ

- 1) трансфузионным путем
- 2) трансмиссивным путем
- 3) от заболевшей матери к плоду
- 4) инъекционным путем

5) половым путем

4. ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) лихорадка более одного месяца
- 2) длительная лимфаденопатия
- 3) потеря массы тела более 10%
- 4) волосатая лейкоплакия языка
- 5) все выше перечисленные

5. ГРУППЫ РИСКА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) наркоманы и токсикоманы
- 2) грудные дети
- 3) пожилые люди
- 4) больные красной волчанкой
- 5) больные с нарушениями в иммунной системе

6. ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ ПОДЛЕЖАТ

- 1) больные гепатитом В и С
- 2) грудные дети
- 3) пожилые люди
- 4) люди молодого возраста
- 5) больные аллергодерматозами

7. САРКОМА КАПОШИ У ВИЧ БОЛЬНЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) в молодом возрасте
- 2) в пожилом возрасте
- 3) на коже в области суставов
- 4) на волосистой части головы
- 5) в складках кожи

8. В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНО ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) атопический дерматит
- 2) рецидивирующие гнойные инфекции
- 3) эритематоз
- 4) вульгарная пузырчатка
- 5) многоформная экссудативная эритема

9. ХАРАКТЕРНОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) поражение Т-клеточного звена иммунитета
- 2) повышение Т-лимфоцитов хелперов в крови
- 3) поражение В-клеточного звена иммунитета
- 4) повышение иммунорегуляторного индекса
- 5) поражение неспецифического звена иммунитета

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

- 1) саркома Капоши
- 2) кандидозные онихопаронихии
- 3) рецидивирующая герпетическая инфекция
- 4) рецидивирующие пиодермии
- 5) все вышеперечисленные

ЗАДАНИЕ № 8

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

1. К дерматологу обратился больной 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, слабость, утомляемость, упорную диарею в течение 2-х месяцев.

Процесс носит распространённый характер, локализуясь на коже груди, живота, верхних конечностей. Высыпания представлены узелками величиной до горошины цвета кожи с вдавлением в центре. При надавливании из узелков выделяется кашицеобразная масса.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие особенности проявления имеет дерматоз, и чем это может быть обусловлено?
3. Тактика врача-дерматолога.

2. К дерматологу обратился больной с жалобами на болезненные высыпания в области спины, груди и живота. Три месяца назад отмечал подобные высыпания на коже спины. В амбулаторной карте больного есть запись его обращения к врачу и диагноз – Опоясывающий лишай. Указаны высыпания на коже спины справа по ходу межрёберных нервов.

При осмотре обнаружены высыпания на коже спины слева и справа по ходу межрёберных нервов, представленные пузырьками величиной до мелкой горошины с геморрагическим содержимым, расположенными на фоне эритематозной и отёчной кожи. На груди и животе диссеминированная буллёзная сыпь.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие особенности проявления и течения имеет дерматоз, и чем это может быть обусловлено?
3. Тактика врача-дерматолога.

3. У ВИЧ-инфицированного больного диагностирован кандидозный стоматит.

1. Как проявляется кандидозный стоматит у ВИЧ-инфицированных больных?
2. Перечислите другие возможные варианты поражения грибами рода *Candida* у ВИЧ-инфицированных.

4. У ВИЧ-инфицированного больного 18 лет диагностирована саркома Капоши. Высыпания локализуются на слизистой языка и щёк, на коже груди и передней поверхности голени.

1. Опишите локальный статус данного больного.
2. Какие клинические особенности саркомы Капоши характерны для ВИЧ-инфицированных больных молодого возраста?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асхаков, М. С. Дерматовенерология. Разноуровневые задания для формирования клинического мышления : учебное пособие / М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с.
2. Владимиров, В. В. Кожные и венерические болезни. Атлас : учеб. пособие / В. В. Владимиров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 232 с.
3. Дерматовенерология : нац. рук. : крат. изд. / ред. Ю. С. Бутов, Ю. К. Скрипкин, О. Л. Иванов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с.
4. Дерматовенерология : руководство для врачей / ред. Ю. С. Бутов, Н. Н. Потекаев, В. Ю. Васенова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с.
5. Дерматовенерология : учебник / ред. А. В. Самцов, В. В. Барбинов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с.
6. Дерматовенерология : учебник / ред. Е. В. Соколовский. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. - 687 с.
7. Детская дерматовенерология : учебник / ред. И. А. Горланов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 512 с.
8. Довгалоук, А. З. Злокачественные новообразования кожи (клиника, диагностика, лечение и вопросы медико-социальной экспертизы) : пособие для врачей / А. З. Довгалоук. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. - 271 с.
9. Карачева, Ю. В. Алопеции: клиника, диагностика, лечение : учеб. пособие / Ю. В. Карачева, А. Н. Смыкова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 40 с.
10. Ламоткин, И. А. Онкодерматология : атлас : учебное пособие / И. А. Ламоткин. - Москва : Лаборатория знаний, 2017. - 881 с.
11. Платонова, А. Н. Дерматовенерология. Атлас : учебное пособие / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 136 с.
12. Ранний врожденный сифилис: клинические проявления, принципы диагностики, лечения и профилактики : учебное пособие / Т. Е. Таранушенко, Н. В. Матыскина, О. А. Ярусова, И. М. Олянина ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2020. - 106 с.
13. Физиотерапия в дерматологии / Л. С. Круглова, К. В. Котенко, Н. Б. Корчажкина [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с.
14. Червонная, Л. В. Пигментные опухоли кожи / Л. В. Червонная. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 224 с.
15. Яковлева, Т. А. Паразитарные дерматозы у взрослых и детей : учеб. пособие / Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 77 с.
16. Яковлева, Т. А. Практические умения и методы в обследовании и диагностике больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем : учеб. пособие / Т. А. Яковлева, Ю. В. Карачева ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2017. - 88 с.

Типография КрасГМУ
Подписано в печать 18.03.2022. Заказ № 19201

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1